

**Министерство здравоохранения  
Республики Казахстан**

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

**А.Л. Катков**

**Структурированные техники стратегической  
полиmodalной психотерапии, используемые  
в «рабочей фазе», фазе «завершения»  
программы медико-социальной реабилитации,  
а также на этапе противорецидивной  
и поддерживающей терапии зависимых  
от психоактивных веществ**

*Методические рекомендации*

Павлодар  
2012

**Катков А.Л.**

**Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в «рабочей» фазе, фазе «завершения» программы медико-социальной реабилитации, а также на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от психоактивных веществ: Методические рекомендации.** – Павлодар, 2012. – 50 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 в «рабочей» фазе и фазе «завершения» программы медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ, а также на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии. Особое внимание обращается на психотерапевтическую работу с такой базисной мишенью, как патологический (дефицитарный) личностный статус, поскольку от этого зависит главный результат соответствующих лечебно-реабилитационных программ – формирование высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость. Кроме того, с использованием структурированных техник стратегической полимодальной психотерапии на обозначенных этапах наркологической помощи эффективно решаются типичные внутриличностные и межличностные проблемы резидентов программ медико-социальной реабилитации. Основной акцент делается на разнообразии и комплексности используемых технических подходов.

#### **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 этапах амбулаторной/ стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии.....	4
2. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в «рабочей» фазе программы медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ.....	5
3. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в фазе «завершения» программы медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ.....	36
4. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.....	46
Заключение.....	49
Список использованных источников.....	50

## **Введение**

На современном этапе развития наркологической науки и практики большое внимание уделяется реабилитационному направлению (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002; NIDA, 2000), а также программам противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) (Пак Т.В., 2008; Дудко Т.Н., 2009; Катков А.Л., 2009). В частности, в многочисленных исследованиях показано, что полноценная медико-социальная реабилитация, противорецидивная и поддерживающая терапия зависимых от ПАВ существенно продлевают сроки и повышают качество терапевтических ремиссий (Кабанов М.М., 1976; NIDA, 2000).

Основным компонентом как низкоструктурированных, так и высокоструктурированных (профессиональных) программ медико-социальной реабилитации (МСР) зависимых от ПАВ, являются психотерапевтические подходы и технологии (Батищев В.В., 1998; De Leon G., 1997, Даренский И.Д., Белокрылов И.В., 2011; Катков А.Л., 2011).

Между тем по результатам репрезентативных исследований реализация профессиональных психотерапевтических подходов и используемых методов в структуре наркологической помощи, в частности на основных этапах программ МСР, противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, встречает значительные сложности. Существенная часть такого рода проблем следует отнести за счет слабой разработанности методологических вопросов комплексной реализации методов и технологий профессиональной психотерапии (Катков А.Л., Макаров В.В., 2009).

Настоящие методические рекомендации в значительной степени разрешают данную проблему, поскольку основной подход СПП как раз и заключается в возможности оптимального сочетания различных психотерапевтических модальностей, реализуемых в общем контексте адекватной терапевтической стратегии, при соответствующем макротехнологическом и метатехнологическом оформлении пространства двухуровневой развивающей коммуникации.

### **1. Общие принципы стратегической полимодальной психотерапии на этапах амбулаторной/стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии**

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) – авторский метод, разработанный нами в период 2001–2010 гг., который включает специфические макротехнологическое, метатехнологическое оформление базисной 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 психотерапии и др.).

Основными мишенями, в отношении которых проводится психотерапия в «рабочей» фазе и фазе «завершения» программ МСР, а также на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ, являются: патологический личностный статус, мотивационная сфера, патологический социальный статус химически зависимых лиц, а также синдром созависимости у родных и близких. При этом патологический личностный статус (включающий и базисные характеристики дефи-

цитарности свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ) является наиболее значимой, сквозной мишенью всех обозначенных этапов наркологической помощи.

Типичные неосознаваемые проблемы, с которыми ведется работа в рабочей фазе и фазе завершения реабилитационной программы, связаны с перегруженностью «проигрышными» сценариями совладания с патологической зависимостью, базисной неуверенностью в себе. На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии такой проблемой чаще всего является запрос на дополнительные ресурсы и альтернативные способы получения удовлетворения, удовольствия от жизни.

Запросы, которые чаще всего предъявляются резидентами программы МСР при прохождении «рабочей» фазы, следующие: заниженная самооценка, неуверенность в собственных возможностях преодоления и освобождения от зависимости, неотрагированная обида и перегруженность виной. При прохождении фазы «завершения» наиболее типичными проблемами и запросами на помощь являются следующие: страх перед выпиской, страх перед возвратом влечения, чувство растерянности и страха перед необходимостью нормальной жизни. На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии наиболее часто встречаются запросы следующего порядка: «Не хватает сил, энергии; пустота внутри, не знаю, чем заполнить; не знаю, где искать точку опоры в жизни».

При этом универсальными терапевтическими задачами, решаемыми на всех обозначенных этапах наркологической помощи с использованием приведенных технологий СПП, является форсированное развитие высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, формирование стойкой мотивации на сохранение трезвости и достижение значимых жизненных целей, создание ресурсной системы отношений с ближайшим окружением.

Специальные психотерапевтические задачи, связанные с эффективным решением заявляемых и неосознаваемых проблем, выполняются за счет макротехнологических, метатехнологических и структурно-технологических подходов СПП, используемых в обозначенных фазах и этапах наркологической помощи.

Макротехнологические и метатехнологические подходы СПП формируют условия, обеспечивающие гиперпротекцию рекомендуемых структурированных техник.

Их более подробное описание дается в других опубликованных методических материалах (Катков А.Л., 2012).

## **2. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в «рабочей» фазе программы медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ**

В работе с таким проблемным блоком, как: заниженная самооценка, базисная неуверенность в себе, неуверенность в собственных возможностях преодоления и освобождения от зависимости (данные проблемы объединены на основании общего психогенеза) используются:

1) Специальная разминочная техника «Портрет» – основной смысл которой заключается в том, что пациенты с низкой самооценкой, базисной неуверенностью

и зависимостью от чужого мнения получают от значимых лиц в группе такую обратную связь, которая повышает их самооценку и обнадеживает в отношении возможности достижения целей.

Техническое действие начинается после проведения стандартной процедуры оценки состояния участников на начало терапевтической сессии, в ходе чего озвучиваются соответствующие проблемные ситуации («чувствую неуверенность в любых сложных ситуациях», «не верю в себя», «постоянно думаю о том, что ничего не добьюсь» и т.д.). Терапевт обращает внимание участников группы на тот очевидный факт, что человек не может знать о себе всего – обязательно есть какая-то часть его личности, характера, о которых он не догадывается, но эту важную часть, при соответствующем желании и концентрации, можно разглядеть «со стороны». В этом случае портрет человека будет существенно отличаться от привычного образа самого себя, который в данном случае не столько помогает, сколько мешает в жизни. Далее терапевт предлагает участникам разбиться на пары (нужно следить за тем, чтобы, по возможности, старшие резиденты работали в парах с проблемными пациентами, однако это условие не является обязательным) и определиться, кто является «художником», а кто – «моделью». Задача художника – увидеть «спящую» часть личности партнера и составить ее словесный портрет. Затем роли меняются. Как правило, при спокойной и доверительной обстановке нужные слова и образы находятся. В начале этого действия терапевт может продемонстрировать с каким-либо пациентом пример того, как это делается. Упражнение выполняется стоя. Участникам предлагается, как минимум, три раза поменять партнеров с тем, чтобы каждый услышал не менее трех описаний своего нераскрытого потенциала. По мере реализации технического действия уровень вовлеченности участников повышается. О вхождении группы в первичное ресурсное состояние свидетельствует повышение уровня «шума». В завершение технического действия проводится короткая обратная связь, в ходе чего обращается внимание на позитивные изменения в состоянии проблемных пациентов.

2) Специальная разминочная техника «Ресурсный опыт» – смысл данного технического действия заключается в актуализации и усвоении опыта совладания со стрессовой ситуацией, снижении уровня тревоги, избавлении от иррациональных проекций в отношении такого рода ситуаций.

Техническое действие показано после проведения стандартной процедуры опроса состояния участников на момент начала терапевтической сессии и выявлении соответствующего актуального запроса на повышение уверенности в сложных, неопределенных ситуациях. Терапевт обращает внимание группы на то, что те чувства, которые возникают в сложных, стрессовых ситуациях – тревога, неуверенность, беспокойство – обычная человеческая реакция, которая переживается как дискомфорт, но в то же время и мобилизует на активные поиски выхода. В жизни каждого человека такие ситуации возникают не однажды. Иногда это поворотные моменты, которые меняют весь уклад жизни. Далее участникам предлагается разбиться на пары и поделиться с партнерами воспоминаниями о тех пережитых кризисных ситуациях, выход из которых находился благодаря собственным усилиям. При этом важно при-

помнить свои мысли и ощущения как на пике кризисных переживаний, так и после благополучного разрешения ситуации. По завершении данного упражнения участники разворачиваются в круг, и ведущий предлагает каждому из партнеров коротко пересказать историю, услышанную от собеседника (с согласия последнего). В ходе этого пересказа терапевт дает короткие, точные комментарии, которые позитивно подкрепляют и подчеркивают ценность опыта каждого участника – т.е. всемерно способствует тому, чтобы данный опыт был адекватно воспринят и закреплён в группе. Специально обращается внимание на тот факт, что «сильным» или «слабым» человека делает не само по себе чувство неуверенности в неопределённой ситуации, а только лишь наличие или отсутствие активных действий в направлении поиска выхода и преодоления. С началом осмысленного действия уровень тревоги и неуверенности резко снижается (о чем, как правило, и сообщают все участники группы). Кроме того, существуют простые правила, которые помогают освободиться от неприятного эмоционального фона – «шпаргалка», «антистрессовая гимнастика» – которые будут прорабатываться на специальных терапевтических сессиях. Техническое действие завершается короткой обратной связью по самочувствию участников. Приемлемым результатом следует считать повышение эмоционального фона и активности у проблемных пациентов.

3) Специальная разминочная техника «Перевертыш» – используется с целью изменения оценочных критериев, которыми пациенты пользуются в отношении квалификации своих «недостатков» и которые весьма часто являются причиной низкой самооценки.

Проведение данной разминочной техники показано при выявлении соответствующего актуального запроса на начальной стадии терапевтической сессии. Техническое действие начинается с предложения терапевта провести особую форму знакомства участников группы. Теперь, когда все присутствующие уже многое знают друг о друге, пришло время доверить партнерам кое-какие «тайны» о своих недостатках. Терапевт предлагает разделить участникам по парам, в которых и будут проводиться соответствующие «признания» примерно в следующей форме: мы уже достаточно знаем друг друга, много узнали и о себе. Я, например, знаю, что у меня есть такие достоинства, как... (далее следует перечисление тех достоинств, которые участники действительно находят в себе сами или с помощью окружающих)..., но есть и недостатки... (описывается один или два недостатка, о которых пациент может сказать). Далее терапевт предлагает организовать знакомство между парами – каждой паре необходимо познакомиться как минимум с тремя другими парами участников – таким образом, чтобы участники представляли друг друга, а не самих себя. При этом именно то качество, о котором партнер говорил как о недостатке, преподносится как его самое главное достоинство. Пациенты в этом упражнении должны продемонстрировать подлинную креативность, представляя каждой следующей паре все более разнообразные аргументы в пользу «исключительного достоинства» обсуждаемой характеристики партнера. Тем более что говорить о другом, в этом плане, всегда легче, чем о себе. В то же время «перевернутая» информация о своих недостатках, идущая от партнера, воспринимается с гораздо более высокой степе-

нью доверия, чем если бы это делал сам пациент. При необходимости терапевт демонстрирует образец такого рода процедуры попарного знакомства, после чего начинается активная фаза технического действия. При этом, как правило, наблюдается существенный рост креативной активности пациентов и удлинение процедуры знакомств в парах, свидетельствующие о формировании первичного ресурсного состояния у участников группы. После выполнения упражнения поводится короткая обратная связь, в ходе чего внимание группы акцентируется на изменение состояния проблемных пациентов. Терапевт стимулирует процесс обсуждения проведенной техники – чему научилась группа, как теперь участники относятся к своим недостаткам, что произошло с правилами, по которым обсуждаемые качества ранее квалифицировались как недостатки и пр. Хорошим результатом здесь следует считать готовность к изменению заниженной самооценки у проблемных пациентов.

4) Техника «Пьедестал» (с опорой на когнитивный компонент) – основная терапевтическая идея данного технологического подхода заключается в том, что пациенты, получая четкое, понятное представление об истоках и механизмах неуверенности в себе, неуверенного поведения, о том фундаменте – «пьедестале», который необходимо выстроить для эффективного совладания с этой проблемой, – избавляются от тягостной для них неопределенности в данной сфере. План продуманных действий по формированию уверенного поведения, который формируется в результате реализации данной техники, уже сам по себе является характеристикой устойчивого ресурсного состояния – краеугольным камнем всего фундамента.

Техническое действие проводится в виде мозгового штурма, совмещенного с ролевыми действиями. На первом этапе в группе проводится дискуссия в отношении причин неуверенности в себе. Идеи, высказываемые участниками группы, первоначально записываются на доске, систематизируются, убираются повторы. Творческая активность группы и отдельных участников всемерно поощряется терапевтом. Последний также следит за тем, чтобы главные компоненты неуверенного поведения – завышенные требования к себе, основанные на некритически усвоенных правил того, что от человека ожидают только совершенства; иррациональная уверенность в том, что только окружающие имеют право оценивать поведение и поступки; заниженная самооценка; страх быть высмеянным, отвергнутым; отсутствие навыков выражения чувств – не остались вне сферы внимания группы. Далее у инициативных участников выясняется степень присутствия у них главных компонентов неуверенного поведения, из которых формируется первый пьедестал-фундамент неуверенности в себе. Основу такого «пьедестала» составляют именно те пациенты, которые в своих позах, жестах олицетворяют поименованные свойства. После того как этот первый фундамент сформирован, каждый из инициативных участников может высказаться о мыслях, действиях и поведении неуверенного человека, который будто бы стоит на этом пьедестале – т.е. формируется некий обобщенный образ той проблемы, с которой следует внимательно разобраться. А что значит разобраться? – это означает необходимость разобрать ее на составные части, понять, как изменить каждую часть, и сложить эти переформированные части в новый фундамент – второй пьедестал, на который теперь встанет фигура уверенного в себе человека.

Данный процесс также проводится в рамках мозгового штурма, в ходе чего участники группы решают, каким образом: фрагмент завышенных требований может быть заменен адекватными правилами и убеждениями, позволяющими чувствовать себя относительно комфортно в любых обстоятельствах; фрагмент опоры на исключительно внешнюю оценку – заменен на совокупную, гармоничную внешнюю и внутреннюю оценку; компонент заниженной самооценки – на адекватную самооценку; страх быть высмеянным, отвергнутым – на умение регуляции эмоционального состояния; отсутствие коммуникативных навыков и навыков выражения чувств – на формирование адекватных навыков в данной сфере. Все эти новые компоненты и рецепты по их «изготовлению» также записываются на доске или флипчарте. И после исключения повторов на основе данных записей из инициативных пациентов, предлагавших соответствующие рецепты «изготовления», формируется «пьедестал-2». Каждый пациент символизирует определенное свойство уверенного в себе человека, описывает чувства, мысли и способы действий, которые отчетливо выражают определенный компонент данного состояния. Таким образом формируется общий образ уверенного в себе человека, располагающегося на данном фундаменте, который, конечно, не «родился таким», а двигался к этому рубежу за счет развития определенных свойств. Здесь терапевт еще раз обращает внимание группы на совершенно конкретные «рецепты» развития искомых свойств, разработанные, записанные и усвоенные самими участниками терапевтического процесса. Теперь дело только в том, чтобы энергично выполнить намеченную программу. Далее, в завершение технического действия проводится процедура обратной связи и оценки состояния участников, дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом следует считать осознание участниками важности понимания истоков неуверенности в себе и разработку адекватных планов по совладанию с этим состоянием.

Намеченную программу действий лучше реализовывать, начиная от простых технологий к сложным. Это касается как тренинговой программы (в которую, как минимум, должны включаться тренинги коммуникативности, сензитивности, ассертивности), так и психотерапевтических технологий.

5) Блок простых технических приемов по управлению эмоциональным состоянием – главная идея здесь заключается в том, что быстрая редукция эмоционального дискомфорта (страх, тревога, беспокойство), обычно испытываемого в состоянии неопределенности, неуверенности, сама по себе способствует разблокировке «деятельностного ступора», когда человек с трудом воспроизводит даже и хорошо усвоенные навыки поведения. С этой целью используются техники:

- «шпаргалка» – суть данного технического действия заключается в том, что инициативных пациентов сначала просят выучить, прорепетировать в воображении, а затем и в ролевом действии простую «трехходовку» – 1. сказать, что он чувствует в стандартной проблемной ситуации (например, в начале выступления перед аудиторией); 2. сказать, что он собирается сделать; 3. начинать это делать.

Для реализации техники следует выбрать именно ту ситуацию, в которой пациент чаще всего испытывает состояние неуверенности. Ключевым моментом здесь является высказывание пациента о своем эмоциональном состоянии. В ходе роле-

вой игры он может убедиться в том, что такое высказывание как раз и разворачивает аудиторию в стону понимания и поддержки. Ему самому становится легче уже потому, что не нужно прилагать никаких сверхусилий для сдерживания тех самых чувств, о которых следовало просто сказать. Далее, существенно сокращается период времени до начала активных действий, в ходе чего ситуация становится существенно более определенной;

– антистрессовая гимнастика (массаж точки Хэ-Гу с двух сторон в течение 5-6 минут; глубокое диафрагмальное дыхание; массаж лица горячим влажным полотенцем – 5-6 минут) – данная техника с ее нейрофизиологическим обоснованием описывалась в предыдущем разделе;

– техника «взмаха» – т.е. управляемого воображения, в ходе чего пациенту предлагают 1. идентифицировать в одном или нескольких «кадрах» те тревожные или проигрышные сценарии, которые неизбежно сопутствуют состоянию тревоги, неуверенности в типичных проблемных ситуациях; 2. сконструировать «оптимистический» кадр – сценарий, который демонстрирует уверенное поведение пациента; 3. освоить технику замены первого, деструктивного «кадра» на второй за счет серийных повторов (до появления требуемого эффекта). Приемлемым результатом здесь будет дезактуализация привычного тревожного образа и его стойкое замещение позитивным сценарным «кадром». С использованием данной техники блокируется один из главных механизмов «разгона» эмоциональной составляющей неуверенного поведения.

6) Блок комплексных техник по коррекции эмоционального состояния (данные технологии описаны в предыдущем разделе – техники 3-7 по работе с проблемами эмоциональных расстройств).

7) Технологии когнитивной терапии (по А. Беку, А. Эллису), направленные на коррекцию иррациональных правил и установок, неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций в типичных проблемных ситуациях, связанных с неуверенностью в себе.

Техническое действие начинается с обсуждения правил презентации проблемной ситуации в модели (А, В, С), где А – обстоятельства, в которых проявляется дискомфортная реакция; В – иррациональные правила и убеждения, в соответствии с которыми формируется данная реакция; С – описание именно тех ощущений, которые возникают в определенных обстоятельствах. При этом используются доска или флипчарт, где записывается соответствующая схема. Первыми заполняются позиции А и С, с которыми более или менее все ясно: в типичной ситуации ... Я испытываю ... (здесь обычно расписываются те ощущения, которые сопутствуют состоянию неуверенности – страх, тревога, ожидание чего-то неприятного, мысли о неизбежном провале, гипертрофированная самокритика и пр.). Далее идентифицируются иррациональные правила и убеждения – позиция В – в соответствии с которыми у инициативного пациента обостряется ощущение собственной неполноценности, неуверенности, никчемности. Этот процесс требует настойчивых усилий как самого пациента, так и всей группы, предлагающей возможные варианты формулировки иррациональных правил, однако последнее слово всегда остается за инициативным пациентом.

На следующем этапе проводится работа по изменению иррациональных правил с опорой на 1. здравый смысл клиента; 2. очевидное несоответствие гипотез, которые лежат в основе иррациональных правил, очевидным и установленным фактам; 3. постоянную поддержку и креативную помощь группы и терапевта. В этих условиях инициативный пациент, который, возможно, первый раз в жизни видит отчетливую формулировку правил собственной жизни, довольно быстро осознает их нелепость и несоответствие элементарной логике, и только лишь удивляется тому, что раньше этого не замечал и не придавал значения. Далее первоначальный вариант правил меняется на новый, формулируемый с опорой на здравый смысл. Этот процесс также нужно проводить постепенно, шаг за шагом изменяя имеющийся вариант только в тех пределах, которые безоговорочно принимаются пациентом. Параллельно меняется и позиция С. Т.е. именно таким образом и формируется обновленный стыковочный сценарий теперь уже приемлемой реакции пациента на типичную проблемную ситуацию. В завершение технического действия желательна экологическая проверка – репетиция поведения клиента в проблемной ситуации, организованного теперь уже по новым правилам (техника активного воображения по Дж. Каутела); проигрывание проблемной ситуации в ролевых действиях. Приемлемым результатом здесь будет спокойное, достаточно уверенное поведение клиента, сопровождающееся чувством эмоционального комфорта как в первом, так и во втором случае.

8) Техника когнитивной терапии с акцентом на коррекцию иррациональных правил, лежащих в основе низкой самооценки. Данные технические подходы целесообразно использовать в работе со старшими резидентами, которые существенно продвинулись в терапевтической программе, имеют представление о диссоциированных личностных статусах (Я-ребенок, Я-родитель, Я-взрослый, Я-наркоман, алкоголик) и стратегиях, используемых данными субличностью для достижения своих целей. Такого рода условие необходимо выдерживать и дополнительно оговаривать в группе, поскольку у недостаточно подготовленных резидентов может возникнуть неверное понимание терапевтического контекста методики и произвольный импульс к усилению позиций личностного статуса «Я-наркоман, алкоголик». Далее необходимо иметь в виду, что техническое действие здесь может быть продолжено как процесс формирования конструктивного жизненного сценария у инициативного пациента, т.е. это пример техник-окон, эффективных как в отношении актуальных, так и универсальных задач терапевтической программы.

Техническое действие начинается с точной идентификации заявленной проблемы и понимания того, что речь идет о низкой самооценке, которая осознается клиентом как явно неадекватная, «но сделать с этим он ничего не может». Далее терапевт стимулирует групповую дискуссию на выявление причин такого несоответствия и невозможности самостоятельно изменить ситуацию. Дискуссия проводится в максимально креативном режиме мозгового штурма. Генерируемые идеи, варианты фиксируются на доске или флипчарте. Терапевт направленными вопросами подвигает группу к осознанию того обстоятельства, что вполне зрелым человеком может себя считать лишь тот, кто, безусловно, испытывая уважение к своим наставникам – учителям, родителям – т.е. всем тем, кто учил его жизни, тем не менее выстроил

собственную дорогу в жизни и те правила путешествия по этому пути, которые являются его личной «конституцией». При этом, конечно же, речь не идет о том, что «личная конституция» во всем должна противоречить родительским и учительским посланиям. Они также могут быть включены в основополагающий «документ», но только лишь после того, как эти важные тезисы утвердит внутренний «парламент» под председательством взрослого Я субъекта. Критерий здесь только один – в какой степени все эти тезисы-правила соответствуют сущностному пониманию своего места в жизни и самостоятельно избранному направлению жизненного пути. В ходе такого обсуждения может возникнуть идея психодраматического действия, воспроизводящего «заседание внутреннего парламента», проводимого под председательством взрослого Я субъекта. В этом случае данный фрагмент, после соответствующей подготовки (здесь должны быть идентифицированы родительские – учительские послания, правила, тезисы, подобраны соответствующие персоналии, которые их будут представлять в «парламенте»; подобраны основные парламентарии – Я-статусы, в функцию которых входит обсуждение презентуемых посланий с позиции интересов каждого статуса. Ключевым моментом и основной терапевтической идеей настоящего действия является актуализация и форсированное развитие личностного статуса Я-взрослый, которое всемерно подкрепляется терапевтом и группой). Если же группа по разным причинам не готова, переходят к следующему этапу технического действия. Терапевт предлагает участникам разбиться на микрогруппы по 3 человека и подготовить именно те «поправки» в основополагающий «документ» внутренней конституции, которые, по их мнению, будут способствовать устранению глубоких корней низкой самооценки инициативного пациента. Последний также принимает участие в работе одной из микрогрупп (желательно, с наиболее креативными партнерами из старших резидентов). В качестве образца ведущий может раздать участникам варианты «Билля о правах» (Бишоп С., 1996; Бубличенко М.М., 2007), обращая внимание, что весь смысл технического действия заключается в том, чтобы опираясь на эти образцы, сконструировать собственный вариант «внутренней конституции», только в этом случае и будет достигнут нужный результат. При этом обсуждаются права пациента на то, чтобы: «Иметь свое собственное мнение или убеждение», «Не обращать внимания на советы окружающих, которые не согласуются с его личным мнением», «Иметь свои собственные (какие угодно!) чувства, независимо от того, понимают ли их окружающие», «Сказать «нет», не чувствуя себя виноватым», «Заявлять о своих потребностях», «Устанавливать свои собственные приоритеты», «Выражать свои чувства открыто», «Сказать «Я не понимаю», «Высказываться в свою пользу, не чувствуя себя эгоистом», «Менять свое мнение», «Иногда терпеть неудачу», «Блюсти свои интересы», «Не зависеть от одобрения других», «Быть собой, а не тем, кем нас хочет видеть другой человек» и т.д.

На следующем этапе каждая микрогруппа презентует свой результат. При этом инициативный пациент (входя в роль Я-взрослого, принимающего решение о приемлемости предлагаемых вариантов) активно обсуждает предлагаемые варианты «внутренней конституции», дополняет и усиливает тем самым свой собственный проект. В результате должен быть сформирован «основополагающий документ» –

стержень обновленного чувства самооценности субъекта, выполняющий кроме того функции связующего моста с конструктивными сценариями будущего. Завершение работы над «внутренней конституцией», в идеале должно сопровождаться ощущениями подлинного прорыва и удовлетворения от проделанной работы, возникающих у инициативного резидента (такой результат вполне закономерен в том случае, если пациент подготовлен к проведению технического действия всей предшествующей работой в терапевтической программе).

На завершающем этапе проводится экологическая проверка «жизни по новым правилам» – репетиция прохождения типичных проблемных ситуаций, в которых ранее обострялось чувство низкой самооценки, в техниках активного воображения и ролевых играх. Далее проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссия по материалам проведенной сессии. Приемлемым результатом следует считать существенное изменение подходов к самооценке и формирование позитивных жизненных сценариев в группе.

9) Техника с акцентом на поведенческий компонент – основная идея данного подхода заключается в идентификации и закреплении моделей уверенного поведения в типичных проблемных ситуациях, проводимых с использованием «многовекторного наводнения».

В начале технического действия идентифицируются соответствующие запросы, типичные проблемные ситуации, особенности эмоциональных реакций, «горячих мыслей», неуверенного поведения в этих ситуациях – т.е. всего того, что обозначается общим термином «неуверенность в себе». Далее, инициативному пациенту, при креативной поддержке группы, предлагается сконструировать прообраз, полярно противоположный модели уверенного поведения, ясно представить себе, как в этом состоянии он будет мыслить, и что чувствовать. Этот новый образ должен быть в «замедленной съемке» 2-3 раза проигран в воображении пациента, с комментариями того, как развивается динамика изменений – мыслей, чувств, поведения.

На следующем этапе технического действия инициативному пациенту предлагают сформировать специальную микрогруппу из числа участников (при необходимости может быть задействована и вся группа), которая под его руководством будет воспроизводить обновленный вариант развития в прошлом проблемной ситуации. При этом инициативный пациент последовательно выступает в роли: 1. режиссера; 2. суфлера; 3. дублера; 4. основного актера; 5. «добродушного критика – советчика» – т.е. с разных сторон (многовекторное наводнение) осваивает модель уверенного поведения. При этом активность пациента всемерно подкрепляется терапевтом и группой. На данном этапе технического действия – ролевой игры или полноценного психодраматического фрагмента – никакой излишней поспешности проявлять не нужно, напротив, важным обстоятельством успеха здесь является условие того, чтобы инициативный пациент «входил во вкус» своих ролевых функций и все более вживался в образ уверенного в себе человека. После нескольких «прогонов» эта новая роль может быть полностью усвоена, о чем также свидетельствуют все «артисты», которыми наш клиент руководил как «режиссер». Терапевт высказывает осторожное предположение, что если эта «новая, более просторная и удобная одежда

так в пору клиенту, то он, может быть, не захочет с ней расставаться? Но если это так, что делать со старой?». Варианты ответов на этот вопрос показывают, в какой степени пациент усвоил навыки уверенного поведения, и как он собирается далее двигаться в этом направлении. Приемлемым результатом здесь является решение пациента «носить только новую одежду, а старую повесить на гвоздь и посматривать на нее, чтобы не забыть, из какой точки пришел к этому новому состоянию».

В этом же направлении должна продвинуться и вся группа. В завершение технического действия проводится оценка состояния участников и групповая дискуссия по материалам пройденной сессии.

10) Техника «Линия времени» – используется в работе с клиентами, испытывающими неуверенность в силу преувеличения возможных сложностей продвижения в терапевтической программе, а также сложностей в решении предстоящих жизненных проблем после завершения курса реабилитации.

Основная терапевтическая идея заключается: 1. в обыгрывании закона «обратной перспективы», что в результате приводит к терапевтической редукции неадекватной значимости предстоящих «испытаний»; 2. использовании стратегии релизинга, т.е. переформирования фронтальной структуры репрезентации всего комплекса проблемных задач, в продольную, когда в каждый момент времени пациент будет иметь дело только с одной, наиболее актуальной для него задачей; при таком композиционном построении общего проблемного поля пациент может быть уверен в том, что его силы и ресурсы после решения каждой актуальной задачи будут лишь возрастать, а степень «подъемности» каждой следующей проблемы – уменьшаться; 3. использовании стратегии «ресурсного серфинга», в ходе чего клиента выводят в точку «силы» – т.е. первичного ресурсного статуса – откуда он с гораздо большей степенью успешности (уверенности, креативности) генерирует варианты адекватного решения проблемных ситуаций.

Техническое действие начинается с выявления соответствующего запроса, уточнения того, что в данном случае речь идет о проблемном векторе будущего, рождающего дискомфортное чувство неуверенности в себе, собственных силах. Далее техническое действие реализуется в такой последовательности. В помещении, где проводится терапевтическая сессия, определяется направление будущего (инициативный пациент находится в точке настоящего). По этому направлению выстраиваются проблемные «точки» (стулья), каждая из которых символизирует актуальную задачу определенного временного этапа. Такого рода «цепочка» должна выстраиваться весьма тщательно, с тем чтобы актуальные задачи были четко сформулированы и расположены именно в том секторе, где, по мнению пациента, они должны быть решены. При выстраивании этой «цепи» формируется стыковочный сценарий того, что клиент таким образом почти всегда будет иметь перед собой только одну актуальную проблему, которую он в состоянии решить. Далее определяется дистанция до того рубежа, где все актуальные проблемы (их общее количество не должно превышать 5-6) будут успешно решены. Эта дистанция отмеряется в реальном пространстве, где параллельно устанавливается соответствующий масштаб – 1 шаг – 1 год или полгода, или какой-либо другой период времени. Пациенту предлагают

выбрать из числа присутствующих «скульпторов», которые будут «лепить» статую клиента-победителя, расположенную в намеченной точке будущего, где все проблемы успешно решены. Отобранные участники отправляются в эту важную точку игрового пространства, где получают необходимые инструкции по «изготовлению» живой статуи клиента-победителя – т.е. они должны воспроизводить микротехнику телесного наводнения с формированием кинестетического трансa. По мере готовности инициативный клиент в сопровождении терапевта перемещается из точки настоящего через проблемные зоны к намеченному рубежу будущего (здесь используются микротехники присоединения клиента к себе-ресурсному; проговаривания закона «обратной перспективы»; проговаривания закона «последовательного усиления») именно в том темпе, в котором клиент чувствует себя наиболее комфортно. Далее реализуется техника «живой скульптуры» с наведением кинестетического трансa. При этом позитивно подкрепляется особый личностный статус – Я-сильный, уверенный, способный находить решения в любой ситуации, ненавязчиво проговариваются сценарии успешного преодоления проблемных зон цепи, с отнесением их (важный момент!) в прошлое. После того, как устанавливаются очевидные признаки вхождения в первичное ресурсное состояние, терапевт, располагаясь на линии теперь уже пройденного пути, за счет акцентированных вопросов и манипуляции с символами проблемных задач, добивается от клиента четких формулировок их решений, которые будто бы находятся в прошлом. При этом проблемные символы последовательно удаляются с дистанции. После того, как таким образом все актуальные задачи находят свое адекватное решение, клиент в сопровождении бригады скульпторов возвращается в исходную точку. Обратная связь, проводимая в отношении его самочувствия на данном рубеже, обычно показывает, что характеристики первичного ресурсного состояния клиента здесь сохраняются. Терапевт предлагает вновь измерить дистанцию до того рубежа будущего, где все проблемы решены. Дистанция обычно существенно сокращается. Некоторые пациенты заявляют, что поскольку сущностное решение проблем найдено, то такое будущее уже наступило. С чем его и поздравляет группа и ведущий. Далее проводится оценка состояния участников и дискуссия по материалам пройденной сессии. Приемлемым результатом здесь следует считать существенное повышение уверенности участников терапевтического процесса в том, что какие бы проблемные вопросы не вставали перед ними – все они решаемы. И теперь они знают, как к этому подойти, чтобы максимально повысить свои шансы.

11) Техника «Машина времени» используется в работе с теми пациентами, которые испытывают глубоко укорененное, болезненное чувство неуверенности в себе, сопровождающее все время их сознательной жизни (при углубленной работе с такими пациентами выясняется, что имел место деструктивный вариант прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, который и предопределил дефицит базисной уверенности в себе). Основная терапевтическая идея здесь заключается в возможности компенсации травмированной памяти субъекта за счет темпоральной гиперпластики психотерапевтического пространства и обретения базисной уверенности, подкрепляемой конкурирующим психодраматическим сценарием проживаемой зано-

во жизни. Главным условием успешной реализации данного технического действия является достаточная зрелость терапевтической группы, понимающей всю важность определенных эмоциональных контекстов и готовность воспроизводить такие контексты в психодраматическом действии.

Техническое действие начинается с того, что заявляемая проблема неуверенности в себе четко идентифицируется как базисная (т.е. относимая к ранним периодам формирования личности инициативного пациента). Терапевт стимулирует развитие тематической дискуссии или же данная тема «всплывает» в групповой дискуссии и без специальных усилий терапевта. Ему следует быть лишь несколько более настойчивым в выяснении причин базисной неуверенности в себе, подводя группу к мысли о том, что, в конце концов, человек испытывает чувство уверенности, когда кому-то нужен, и что это ощущение нужности, необходимости, заботы должно сопровождать его на протяжении всей жизни. По крайней мере, в раннем детстве. Таким образом, в качестве основной версии при обсуждении причин базисной неуверенности в себе на групповой дискуссии, проговаривается вариант дефицита внимания, заботы, ощущения «нужности и необходимости» своим родителям и другим значимым лицам (основным агентом развития). На данном этапе групповой дискуссии у пациентов, в обстановке эмпатии, понимания и сочувствия, могут возникать спонтанные желания поделиться с группой своими переживаниями травмирующего эмоционального опыта раннего детства и более позднего периода развития. Эти спонтанные импульсы обычно находят поддержку у группы. Терапевт при этом мягко стимулирует участников к открытости и активности, подчеркивая полную безопасность и отсутствие принуждения к такого рода признаниям. В завершение данного этапа обычно выясняется, что травмирующий эмоциональный опыт в той или иной степени присущ многим участникам группы. Это и есть основное препятствие к формированию прочного, основательного чувства уверенности в себе, снижению степени зависимости от оценок окружающих. Далее, группе предлагается более конструктивно и точно переформулировать запрос на коррекцию (или компенсацию) травмирующего опыта. Обсуждение рождающихся терапевтических проектов означает вхождение группы в креативный режим, развитие которого активно стимулируется терапевтом. Он, например, может ненавязчиво подсказать группе возможность смещения временных (если нужно что-либо изменить в прошлом) рамок происходящих событий – ведь в поле психотерапии все возможно! После этого, группе нужно совсем немного времени, чтобы воспроизвести идею машины времени, которая, как выясняется в последующем, достаточно конструктивна. Далее реализуется процедура получения согласия пациента на путешествие по психологическому времени. Такая преамбула необходима не только по формальным соображениям безопасности, но и для того, чтобы напомнить о терапевтических целях данного действия (компенсация травмирующего опыта), снять излишнее напряжение предыдущего этапа, определить готовность основного «инструмента» данного действия, напомнить участникам группы, что таким универсальным инструментом – машиной времени – для человека является его собственная душа, с легкостью переносящая нас в сколь угодно отдаленное прошлое и далекое будущее. Своеобразный пафос пред-

стоящего момента, работа голосом, драматические паузы в терапевтической презентации готовящегося действия рассчитаны на стимуляцию интереса и вовлеченности группы до максимально возможной степени. Последний и самый действенный шаг в данном направлении – техника «пробного шара», которая должна, с одной стороны, «разогреть» интерес группы к происходящему, с другой – продемонстрировать пластическую готовность пациента к путешествию в психологическом времени. Терапевт и пациент, находящиеся в центре круга, договариваются о сигналах, которые должны быть понятными для всех присутствующих – если скрытая неличностная инстанция («подготовленная душа пациента») согласна «организовать» такое путешествие в прошлое, то присутствующие увидят импульс движения в психологическую проекцию прошлого (данная проекция должна располагаться за спиной пациента), причем терапевт указывает на возможность уже в ходе этого «пробного шара» получить реальное подтверждение продвижения пациента в свой ранний возраст. Он может указать и масштабы терапевтической регрессии, например, 1 сантиметр – 1 год. Если же, по каким-либо причинам, согласия не получено, то пациент останется в прежней позиции, или, наоборот, двинется в противоположную сторону. Терапевт, обращаясь к главному агенту действия в соответствующем тоне, просит подтвердить готовность к сотрудничеству в достижении целительных изменений – организации путешествия в психологическом времени в условленных сигналах. При этом он располагается справа и впереди от пациента, закрывая проекцию будущего и оставляя свободной проекцию прошлого. Его левая рука страхует активного участника от падения назад (пациент должен это почувствовать), правая слегка касается области средостения. После некоторой латентной паузы, обычно, все присутствующие убеждаются, что тело пациента движется в направлении проекции прошлого (если этого не происходит, возможны варианты работы с сопротивлением, другим участником группы после позитивной интерпретации полученного опыта). Вслед за этим терапевт, на фоне драматической паузы, «бросает пробный шар» (при этом имитируется процедура бросания мяча) пациенту, объявляя, что сейчас его поймает пятилетний или пятилетняя (называется имя). В случае успешной возрастной регрессии пациент «ловит» мяч и «бросает» его терапевту в ответ на просьбу вернуть мячик. Его мимика и моторика существенно изменяются, приобретая узнаваемую пластику пятилетнего ребенка. Пациенту (называется его имя) объявляют, что чуть позже интересная игра будет продолжена и он, быстро скатившись с горки, «вернется в самое начало, где будет интересно, весело и тепло». Терапевту при этом, важно убедиться, что пациент не испытывает какого-либо дискомфорта, пребывая в состоянии терапевтической регрессии возраста, охотно сотрудничает с окружающими и готов к дальнейшим изменениям, формат которых задается на фоне максимальной пластичности пациента. Далее пациента возвращают к исходной точке, где «шаг вперед означает возвращение в реальное психологическое время – возраст». После того, как этот шаг сделан, оценивается состояние пациента (обычно, это ресурсное состояние с демонстрацией готовности к изменениям). Позитивными сигналами здесь являются возрастание степени открытости и доверия, выражаемых инициативным участником на вербальном и невербальном уровнях. Следующее техническое дей-

ствии предполагает проведение возрастной регрессии до момента рождения пациента (терапевт сообщает об этом пациенту и группе), что уже не выглядит таким невероятным после только что полученного опыта. В сущности, данная техника имитирует процедуру рождения: пациента просят встать на подставку или стул и вновь озвучивают условия взаимодействия с «машиной времени» – неличностной инстанцией, с той разницей, что теперь движение назад будет означать возврат к моменту рождения (травмирующий компонент первоначального опыта здесь перекрывается отсроченным внушением, организованным в предыдущем техническом действии). Терапевт в ходе подготовки к данному действию, организует «колыбель» из сплетенных рук участников группы позади пациента таким образом, чтобы проекция движения пациента назад не встречала каких-либо препятствий, кроме готовых к приему рук. После того как «колыбель» готова и «родители» проинструктированы (при максимально возможной эмоциональной экспрессии они должны воспроизвести соответствующие запросы пациента, адресованные к родителям, проговоренные на предыдущем техническом этапе), терапевт воспроизводит процедуру обращения к «машине времени» – неличностной инстанции, подчеркивая целительный характер производимых действий. Далее, после некоторой латентной паузы обычно происходит отклонение, а затем и падение пациента на приготовленную, живую «колыбель», которая сразу же начинает выполнять свои функции: ритмичного укачивания, телесного наводнения и интенсивного эмоционального общения (это может быть колыбельная песня с импровизированным текстом, где пациент – центральная фигура, долгожданная радость, подарок родителям; либо простой текст, выражающий искреннюю радость по поводу рождения ребенка). Положительными сигналами в данной ситуации являются невербальные реакции пациента, выражающие чувства удовлетворения, радости, интереса и позитивного принятия окружающих. Далее, в ускоренном режиме, при деятельном участии и эмоциональной поддержке группы и, в первую очередь, «родителей» пациента воспроизводятся процедуры прохождения им основных жизненных коллизий (первые шаги, игра, учеба, дружба со сверстниками, успехи в конструктивной деятельности и т.д.). Прохождение каждого этапа сопровождается позитивным подкреплением развивающих импульсов, инициативы, интереса к окружающим объектам и субъектам и сотрудничества с ними, несмотря на то, что пациент может недостаточно активно имитировать или только лишь обозначать соответствующую деятельность. Не следует акцентироваться на каком-либо этапе даже в том случае, если соответствующей активности пациента не отмечается вовсе. Ведь, так или иначе, все эти события разыгрываются, главным образом, во внутреннем, психологическом поле и переживаются с достаточной интенсивностью при адекватном вербальном и невербальном подкреплении. Таким образом, пациент «дорастает» до своего реального возраста. С этого момента возможно два технических варианта развития событий: а) разворот пациента в психологическое поле будущего, где он должен «увидеть» основные вехи своего жизненного пути, в частности, картины того, как он воспитывает своих родившихся детей и внуков, получая позитивные эмоции от своей второй семьи (родительская семья – первая); б) техническое действие на этом завершается – участники психодра-

матического процесса поздравляют инициативного пациента с тем, что он «родился во второй раз. И, возможно, это и есть его главная инициатива и действие в жизни».

Проводится стандартная процедура оценки состояния всех участников, дискуссия по материалам проведенной сессии. Приемлемым результатом здесь является существенная или полная редукция чувства базисной неуверенности у инициативного пациента, а также – растущая уверенность группы в том, что даже и проблемы с глубинными, уходящими в прошлое корнями, вполне решаемы при соответствующей активности группы.

12) Техника «Ангел-хранитель» также используется в работе с пациентами, испытывающими базисное чувство неуверенности в себе. Такое глубоко укорененное чувство в данном случае должно сопровождаться острым переживанием одиночества, покинутости, притом что рядом с таким пациентом присутствуют более или менее близкие ему люди из его «взрослой» жизни.

Основная терапевтическая идея здесь заключается в актуализации и персонализации образа суперресурсных инстанций психики клиента, который вследствие всего этого понимает, что он не один в этом мире. Более того, никогда не был и не будет одиноким и забытым путником, бредущим неизвестно куда и зачем. Из предварительных условий здесь важно то, чтобы такой, несколько эксцентричный, психотерапевтический подход гармонировал с личным мифом клиента.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего запроса и дискуссии в отношении способов обретения уверенности в себе, особенно необходимой в критических жизненных ситуациях. Терапевт предлагает участникам группы поделиться жизненными эпизодами, когда в ситуации критического напряжения, риска или даже угрозы для жизни пациента (ситуации, связанные с употреблением наркотика или алкоголя, заранее исключаются), нечто или некто (здесь возможно предположительное перечисление наиболее распространенных идиоматических ресурсных персоналий) приходил на помощь. Терапевт может позволить себе развить данную тему (если группа не делает этого в спонтанном режиме), указав на то, что многие люди в критических ситуациях обращаются к этим же персонажам повторно. Собственно, поэтому и родились устойчивые представления об «ангелах-хранителях», «охраняющих духах», «внутренних стражах» и т.д. Этим заявлением группе терапевт снимает возможные опасения (как воспримут?) участников в отношении воспроизведения собственно опыта. Члены группы, получив подтверждение безопасности и адекватного принятия любого опыта, обычно достаточно активно делятся соответствующими переживаниями. Терапевт при этом внимательно отслеживает особенности формирования доступа к ресурсным инстанциям, включая обстоятельства их манифестации (в кризисной ситуации, во сне, при особом стечении обстоятельств), особенности «предметного» оформления («внутренний образ», «внутренний голос», «особое чувство, ощущение»), особенности воспроизведения и коммуникации с ресурсными инстанциями (спонтанные проявления или в ответ на призыв, коммуникация в режиме монолога – сообщения или диалога – общения и т.д.). Пристальное внимание должно быть проявлено к особенностям интерпретации данных ресурсных состояний. Здесь, во-первых, следует проводить четкую диф-

ференциацию между возможными психопатологическими проявлениями и соответствующим оформлением доступа к ресурсным инстанциям психического. Психопатологические дебюты сопровождаются, как правило, аффектами страха, тревоги. Данные состояния не контролируются, или слабо контролируются пациентом. Они возникают независимо от ситуации и его желания, не помогают, а мешают ему выполнять социальные функции и адаптироваться к складывающимся обстоятельствам. Для психопатологических переживаний, особенно в начальной фазе их развития, характерны ощущения чуждости, насильственности, крайнего неприятия и дискомфорта в отношении их «предметного» оформления у пациента. Кроме того, данным состояниям, как правило, сопутствуют и другие специфические психопатологические проявления в моторной, аффективной и мыслительной деятельности, так или иначе обращающие на себя внимание в ходе групповой коммуникации. Наличие нескольких из перечисленных признаков у кого-либо из группы является основанием для исключения его из состава участников данного технического действия и последующего углубленного обследования. Напротив, «предметное» оформление доступа к ресурсным инстанциям психического не вызывает ощущения чуждости и отвержения, это «знакомо-незнакомое», свое. Ресурсное состояние пациента облегчает, а не препятствует взаимодействию с реальностью, повышая его адаптационные кондиции. Режим монологизированного или диалогизированного «общения» с ресурсными инстанциями полностью контролируется осознаваемой личностью и прекращается по необходимости. В данном случае (второе, на что следует обратить особое внимание) обычно прослеживается четкая взаимосвязь «предметного» оформления ресурсного доступа с идиоматическим полем и этнокультуральными особенностями формирования личности пациента. В ходе инвентаризации вышеназванных признаков и особенностей «предметного» оформления ресурсных инстанций, терапевт обращает внимание группы на то, что существуют возможности «достучаться» до этих инстанций. Но что это за «ставни», в которые раз за разом упираются ищущие источника уверенности и сил? Какие препятствия здесь выставляются и как их эффективно преодолеть? Эти вопросы смещают дискуссию в более конструктивный и ограниченный фокус, в поле которого обычно выясняется, что главными препятствиями на пути к собственным ресурсам являются: а) отсутствие соответствующего опыта; б) неверие в то, что такой опыт возможно получить; в) различные стереотипы восприятия реального окружения и переносы этих стереотипов на психологическое пространство (раз этого нет в реальности, значит, этого не может быть вообще). Предварительный этап заканчивается предложением терапевта к группе попытаться преодолеть все эти препятствия и получить облегченный доступ к ресурсным инстанциям психического.

Далее техническое действие реализуется в трех вариантах. При реализации первого варианта инициативному участнику предлагается работа по формированию устойчивого доступа к ресурсным инстанциям с использованием возможностей сна. Ведь сон обладает уникальными преимуществами – он «выключает» реальность с ее стереотипами восприятия (здесь эксплуатируется механизм скрытого расширения когнитивного пространства). Но, кроме того, сон как раз и является есте-

ственным «стражем» психики, самого человека как целостного субъекта, часто предупреждая и помогая последнему в преодолении жизненных кризисов (эксплуатируется механизм отсроченного формирования предметного образа ресурсных инстанций). Поэтому совершенно естественно именно в состоянии сна встретить своего «стража, хранителя» и попытаться установить с ним прочные, доверительные отношения. Далее пациенту предлагается сформулировать соответствующий запрос для тех психических инстанций, которые «показывают сны», и подготовить его в виде письма. Обычно такого рода запрос оформляется в соответствии со скрытыми инструкциями, усвоенными пациентом при подготовке к техническому действию, и содержит почтительную просьбу показать своего «стража-охранителя», дающего силы, уверенность, надежду и выручающего в самые трудные жизненные минуты, с тем, чтобы установить с ним прочные и доверительные отношения. Пациенту дают определенное время для подготовки послания, в продолжение которого группа и терапевт могут позволить себе в полголоса обсуждать варианты предполагаемого ответа. Затем инициативного пациента перемещают на другую позицию («лицом к сну»), и уже в полной тишине дают возможность отслеживания и фиксации возникающих образов. Вхождение пациента в состояние «сна» может сопровождаться ненавязчивым подсказыванием стадий развития релаксации: «вот и дыхание становится спокойнее и глубже, лицо мягкое и спокойное и т.д.». Время, отведенное для получения образного ответа, специально не регламентируется. Если пациент спрашивает об этом, терапевт может ответить, что группа никуда не торопится, но обычно ответ формируется в первые 10-15 минут и пациент может подать сигнал, когда ресурсный доступ будет сформирован. В отведенное время нередко кто-либо из группы пытается повторить эксперимент. Препятствовать этому не следует (по завершении процедуры можно пригласить всех инициативных участников к обсуждению результатов; в том случае, если акценты предварительного этапа были расставлены правильно, результаты обычно бывают конструктивными). Благоприятными признаками динамики состояния пациента являются форсированные развития мышечной релаксации, отсутствие произвольных движений, появление соответствующих вегетативных реакций. Пациент подает сигнал о завершении коммуникации. И, далее, ему предлагается описать, а затем интерпретировать полученный образный ответ. Терапевт и группа включаются в процесс интерпретации образов, порой весьма неожиданных. Обычно креативные возможности и общий ресурсный настрой пациента, группы, терапевта, позволяют сформировать «предметный» образ ресурсных инстанций и уяснить механизмы устойчивого доступа к нему (например, через то же состояние сна). Главное в данной процедуре – закрепить взаимосвязь этого образа с ощущением спокойствия, уверенности, поддержки. После чего достаточно будет «ресурсного воспоминания» или соответствующего обращения к данному образу для форсированного воспроизведения ресурсного статуса пациента. По вербальным и невербальным реакциям пациента в завершение данного технического действия формируется предварительный вывод о полученных результатах. Благоприятными признаками являются общий эмоциональный подъем, уверенность, возрастание активности, инициативность и помощь группе в последующих действиях.

При реализации следующего варианта технического действия приглашается пациент из когорты тех, кто при обсуждении темы основной упор делал на феномене «духа предков», охраняющего и берегающего представителей определенного народа, рода, семьи. Данная тема, сама по себе достаточно интересная, вызывает и множество вопросов, в которых легко потерять нить общего терапевтического контекста. Поэтому после короткого обсуждения и выявления степени готовности пациента терапевтом выдвигается версия (здесь эксплуатируется феномен отсроченного внушения и репетиция выхода за пределы осознаваемой Я-памяти) о наличии где-то, в самых глубоких тайниках человеческой психики, другой, генетической памяти (ведь генетическая память не прерывается никогда!), о его предках, сильных и мужественных людях, которую можно актуализировать. Это и будет явление «духа предков», могучего и неустрашимого, способного оказать помощь и поддержку в кризисных ситуациях. При обсуждении данной гипотезы нередко можно отметить признаки развития акцентированных трансовых состояний не только у инициативного пациента, но и у других участников группы. Для «проверки» гипотезы инициативного пациента просят пройти в центр круга. Далее, на фоне драматической паузы, терапевт обращается к душе (подсознательным, бессознательным, неосозанным психическим инстанциям пациента) с почтительным вопросом-просьбой: готова ли эта скрытая инстанция быть проводником к глубоким слоям памяти, могучему, охраняющему духу предков? Положительным сигналом будет отклонение тела пациента назад в проекцию прошлого. При адекватной подготовке пациент и группа, обычно, являются свидетелями «готовности к сотрудничеству» проводника к генетической памяти и попутного развития акцентированного трансового состояния у инициативного пациента. Терапевт, кинестетическими приемами углубляя данное состояние, объявляет, что сейчас, через пациента, он обращается к тому, кем он (она) был триста, пятьсот, тысячу, две тысячи лет назад. При адекватной подготовке все эти персонажи – проекции недостающих ему качеств – отзываются достаточно охотно, предлагают помощь, поддержку и выражают готовность к сотрудничеству. В завершение данной процедуры полезно получить совокупный образ «духа предков», организовав диалог с ним самим, получив «из первых рук» описание его узнаваемых черт и целительных возможностей. Данный совокупный персонаж может «скрепить» договоренность о сотрудничестве и ресурсной поддержке путем поднятия правой руки пациента (эксплуатация внешних признаков общепринятой церемонии клятвы). Только что проявленному «духу предков» в самом почтительном и проникновенном тоне выражается благодарность за готовность помощи и поддержки (называется имя пациента), после чего из поля генетической памяти пациент возвращается в свои персональные границы. Обычно это критический выход из глубокого транса, который может сопровождаться частичной амнезией. Поэтому нужна некоторая пауза, чтобы пациент полноценно вошел в контекст ситуации и осознал случившееся. С этой целью терапевт предлагает группе вначале коротко обсудить полученный в результате последнего технического действия опыт (здесь также неакцентированно укрепляются взаимосвязи с образом «духа предков» и ресурсным состоянием силы, могущества, уверенности, надежности и прочной опоры). Затем высказывается па-

циент. Благоприятным сигналом здесь является его уверенность в том, что теперь он может опираться не только на собственный, индивидуальный, но и на консолидированный опыт предков, доступ к которому стал шире и прочнее. По невербальным характеристикам можно отследить признаки состояния уверенности, комфорта и эмоционального подъема. Свидетельства пациента в отношении особенностей контакта с «генетической памятью» позитивно и акцентировано подкрепляются с целью упрочить взаимосвязи между ресурсным образом «духа предков»; эмоциональным комфортом, подъемом, уверенностью в себе. Таким образом, формируется ресурсный паттерн памяти, актуализация которого будет закономерно вызывать форсированное развитие соответствующих эмоциональных и физических кондиций у пациентов в кризисных состояниях.

Следующий вариант технического действия имеет название: «забытая встреча». Идея данного технического действия заключается в том, что основное препятствие в доступе к ресурсным инстанциям психического – неверие в возможность данного прецедента и перенос стереотипных представлений о реальности в психологическое пространство – обходится за счет терапевтической регрессии возраста. Пациент, вернувшийся в детство, должен повстречать своего ангела – хранителя. Эта встреча давным-давно состоялась, но забыта и затерта блоками времени – памяти. Теперь эти препятствия могут быть устранены. После изложения данной преамбулы активному пациенту предлагается выйти в центр круга, где терапевт исследует возможности сотрудничества скрытых ресурсных инстанций по той же методике, что и в предыдущем техническом действии. Сигнал отклонения тела пациента назад означает возможность возрастной регрессии. Этого, однако, не всегда достаточно. Поэтому дополнительно используют технику «пробного шара». Терапевт объявляет, что сейчас он подбросит шар кверху, в сторону пациента, но поймает его 5-летний мальчик (или девочка), по имени (называется имя). Терапевт имитирует движение бросания мяча в сторону пациента. Если тот «ловит» виртуальный шар, то техническое действие продолжается. Пациенту-мальчику (или девочке) предлагают поиграть в мячик. При этом благоприятными признаками являются появление моторики, мимических реакций и речевых оборотов, присущих ребенку 4-5 лет. Далее терапевт обращает внимание пациента-ребенка, что на их игровой площадке появился ангел, тот ангел, который постоянно охраняет его и заботится о нем. Терапевт просит дотронуться до него, рассказать, какой он и далее поиграть в мяч, поговорить с ним. После установления первых контактов терапевт обращает внимание пациента-ребенка на то, что ангела-хранителя можно о чем-нибудь попросить, о чем-то самом важном, таком, что нужно будет всегда. И далее, терапевт в мягком, ненавязчивом ключе старается организовать «договоренность» о дальнейшей дружбе и поддержке. Благоприятными сигналами здесь являются активность и заинтересованность пациента-ребенка в ходе игры – взаимодействия, пожелания будущих ресурсных отношений. Однозначно позитивным признаком служит договоренность пациента-ребенка с ангелом-хранителем о месте пребывания последнего. При этом нередко пациент-ребенок указывает место непосредственно за своей спиной – самое незащищенное. После того, как договоренности состоялись, активному пациенту можно проводить

возрастную прогрессию с возвратом в реальное время. При этом нелишне подчеркнуть ценность того опыта, который он приобрел при последней встрече. После некоторой паузы, необходимой пациенту для того, чтобы вновь сориентироваться в происходящем и оценить собственное состояние, проводится процедура обратной связи по результатам последнего технического действия. Оценивается состояние участников. Удовлетворительным результатом здесь будет существенная или полная редукция базисного чувства неуверенности, одиночества, покинутости; отчетливые признаки формирования устойчивого ресурсного состояния в продолжение следующих нескольких дней.

В работе с таким блоком типичных проблем, как неотреагированная обида и перегруженность виной, используются:

1) Техники с опорой на когнитивный компонент – основная идея данного терапевтического подхода заключается в отыгрывании коммуникативной функции данного сложного эмоционального комплекса – чувства обиды – и разработке адекватных копинговых блоков, в совокупности «удаляющих» главный иррациональный стержень рассматриваемой эмоциональной реакции. После чего интенсивность такой реакции существенно уменьшается (прощаю или могу простить не потому, что они – обидчики – «не ведают, что творят», но потому, что я теперь ведаю что есть обида и для чего она есть). Рассматриваемый технический подход используется в работе с пациентами, у которых острое чувство обиды уже «свое» отработало, оно не является тотальным и определяющим основной вектор поведения пациента, и напоминает о себе лишь при обсуждении темы соответствующих отношений между пациентом и его «обидчиками» (по нашим наблюдениям, именно так обстоит дело в подавляющем большинстве запросов, предъявляемых на данной стадии прохождения терапевтической программы).

Техническое действие начинается с уточнения запроса у инициативного пациента (или микрогруппы), с которым далее поводится встроенная терапевтическая сессия. Терапевт предлагает предварительно обсудить вопрос того, какова функция такого состояния как обида, что эта эмоция дает человеку, от чего оберегает, что показывает и чему учит его. Таким образом неявно актуализируется коммуникативная функция рассматриваемой реакции. Кроме того, включается механизм двойной диссоциации – эмоция «отделяется» от пациента и «уходит» в холодное когнитивное поле, где возможен продуктивный анализ проблемной реакции. Далее процесс обсуждения идет в режиме креативного штурма. Предлагаются различные варианты функционального оформления чувства обиды, в том числе и достаточно парадоксальные (это нужно всемерно приветствовать, поскольку именно таким образом расширяется когнитивная схема, которую использует пациент в отношении заявляемой проблемной реакции). Благоприятным признаком является возрастающая активность пациента в данном процессе, указывающая, что ключевой фактор диссоциации «работает». Таким образом формируется первый копинговый блок – новая конструкция когнитивной решетки, которая теперь отделяет пациента от диссоциированной эмоциональной реакции. Если все было сделано правильно – т.е. данная конструкция формировалась в гиперпластическом, креативном режиме – то такой

копинговый блок является устойчивым образованием, эффективным также и в отношении других сходных эмоциональных реакций.

Следующий этап реализации технического действия связан с идентификацией собственных «горячих мыслей», которые почти в автоматическом режиме возникают у пациентов в момент острой эмоциональной реакции и которые могут актуализироваться при воспоминаниях о травмирующем событии. Эти «горячие» мысли следует отделять от той информации, которую несет чувство обиды (и которая была адекватно осмыслена на предыдущем этапе технического действия), прежде всего по тому признаку, что первые «разгоняют» деструктивную эмоциональную реакцию, а вторая, наоборот, останавливает ее. Данная дифференциация не составляет особого труда для пациента, активно отрабатывающего первый этап технического действия. После обсуждения этих различий пациента просят составить таблицу типичных «горячих мыслей» – на бумаге, доске или флипчарте. Таблица строится так, чтобы справа оставалось место для соответствующих мыслей, генерация которых является главной задачей данного этапа. Второй копинговый блок формируется таким образом за счет следующей фазы креативного шторма, в реализации которой пациент должен принимать самое активное участие. Придуманные и отобранные им варианты заполняются в подготовленную таблицу – напротив соответствующих «горячих мыслей». Далее следует «укрепить» конструкцию второго копингового блока за счет специальной микротехники «качели». Терапевтический смысл данной микротехники заключается в установлении парных взаимосвязей «горячих» и соответствующих копинговых мыслей, фиксировании «качельного» ритма их взаимодействия, когда стоит только возникнуть одной («мах» в сторону «горячих» мыслей), сразу же активируется другая («мах» в сторону копинговых мыслей). Однако при этом, за счет постоянной активности первого копингового блока и собственных усилий пациента, второй «мах» с каждым разом производится все сильнее, а первый, наоборот, тормозится. Данная метафора воспроизводится в игровом действии почти буквально – две группы пациентов образуют «качельную» пару, перебрасывающую пациента из одной площадки на другую. При этом «горячая» площадка действует жестко, с очевидным дискомфортом для пациента, «копинговая» площадка – наоборот, мягко, в режиме кинестетического наводнения. Таким образом формируется смещение вектора активности пациента в сторону более комфортного для него полюса активизации копинговых мыслей.

На третьем этапе технического действия проводится экологическая проверка – игровое воспроизведение проблемной ситуации, в которой пациент демонстрирует свои приобретенные навыки. Хорошим результатом считается доминирование рациональной оценки данной ситуации с ощущением относительного комфорта – «все идет будто мимо меня, а я остаюсь спокоен». В завершение технического действия проводится стандартная оценка состояния участников, дискуссия по материалам проведенной сессии. О положительной терапевтической динамике здесь будет свидетельствовать постоянно озвучиваемый рефрен того, что чувство обиды действительно сообщает нечто важное человеку – то, что нужно адекватно «услышать и понять», а уж тогда и многому научиться.

2) Техника с акцентом на арт-терапевтический катарсис – основная идея здесь заключается в том, что обида, как и всякая другая негативная эмоциональная реакция, может быть адекватно отреагирована и интерпретирована в процессе творческого самовыражения. В ходе чего – в условиях креативного терапевтического транса – существенно облегчается диссоциация сохранного ядра личности клиента и пережитого травматического опыта. Чисто технологическое оформление данного подхода не имеет каких-то существенных отличий от описанных нами ранее принципов построения и общей последовательности действий по арт-терапевтической коррекции эмоционального дискомфорта. В то же время интерпретация получаемых креативных образов-проекции чувства обиды, безусловно, носит свой уникальный характер, показывающий пациентам все значимые аспекты этого сложного чувства. Хорошим результатом данного технического действия является существенное улучшение эмоционального состояния участников группы. А также понимание того, что с травматическим опытом всегда можно что-то сделать. И лучше всего это получается в творческом процессе, сама суть которого заключается в переформировании имеющегося материала в новое качество.

3) Техника с акцентом на гештальт-подходы – использование данных психотерапевтических технологий показано в отношении пациентов, демонстрирующих высокую степень вовлечения в рассматриваемую эмоциональную реакцию обиды, с охватом всех сфер психической активности и жизненного пространства пациента. Основная идея здесь заключается в возможности полноценного отреагирования чувства обиды, реализуемой таким образом, чтобы, во-первых, соответствующие эмоции были проявлены в полном объеме и экспрессивной форме. Т.е. используется механизм катарсиса, действие которого в реальной жизни может быть связано с понятными трудностями (именно это обстоятельство является причиной «блокировки» процесса эффективной самоорганизации – главного механизма психологического саногенеза, со всеми вытекающими отсюда последствиями). А во-вторых – чтобы была выполнена коммуникативная функция чувства обиды, т.е. соответствующая эмоциональная реакция получила бы главного адресата.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего запроса в группе, уточнения характеристик состояния инициативного клиента и показаний для реализации рассматриваемого технического подхода. Уточняется ситуация, в результате которой была «запущена» реакция обиды, характер того внутреннего диалога, который клиент вел или продолжает вести с обидчиком. Далее терапевт обращает внимание инициативного пациента и группы на то, что в пространстве психотерапевтической сессии могут быть воспроизведены любые ситуации. И если в реальной жизни клиент по каким-либо причинам (семейные, культуральные запреты, ситуационные ограничения) не имел возможности адекватно отреагировать на какие-либо унижительные, враждебные или иные неприятные для него действия, то в рамках терапевтической сессии это будет вполне уместно. При этом абсолютно неважен сам по себе факт отсутствия в данном терапевтическом пространстве реальных персонажей-обидчиков пациента – их с успехом заменят участники группы. Клиенту предлагают определиться с тем, что в данной ситуации для него представля-

ется наиболее важным – воспроизвести именно тот эпизод, где была запущена реакция обиды (данный эпизод можно разыграть и заново пережить так, чтобы «зажатые» в то время эмоции были полностью проявлены в психотерапевтическом пространстве), либо – «встретиться» с обидчиком в режиме реального времени и попытаться воспроизвести тот внутренний монолог, который «не дает ему покоя».

При избрании первого варианта клиент подбирает участников ролевого действия, объясняет суть происшедших событий. С помощью терапевта выстраивается обновленный сюжет общего действия, оставляющий возможность адекватного эмоционального отреагирования, распределяются функциональные роли. Далее, при деликатной поддержке группы действие вначале репетируется, затем проигрывается в слегка замедленном темпе. В случае «заминки» с началом катартического отреагирования чувства обиды, терапевт стимулирует клиента: «... ты только начни, дальше будет проще...». В ходе самого процесса отреагирования терапевт невербально подкрепляет активность клиента, показывая, что нужно выплеснуть все – так, чтобы ничего не оставалось из тягостного эмоционального состояния. В этот момент «обидчик» не должен проявлять какой-либо встречной агрессии – это целиком «время пациента». После завершения катартического выплеска – о чем свидетельствует сброс напряжения, вегетативные реакции, признаки эмоциональной разрядки – и некоторой понятной паузы, терапевт просит клиента охарактеризовать свое состояние. Особое внимание обращается на эмоциональную сферу. По желанию клиента, после этого может высказаться и обидчик. Характер его высказывания будет зависеть от контекста ситуации. Но обычно – это слова понимания состояния клиента, попытка объяснения своего поведения и желание примирения. Эта речь не должна быть долгой (2-3 минуты). Довольно часто после такого диалога клиент говорит о том, что «выплеск» обиды помог проявиться другим чувствам по отношению к этому человеку (самые «злостные» обидчики – это родные и близкие люди), которые он продолжает испытывать, несмотря ни на что. Далее может следовать спонтанная сцена примирения – в данном случае абсолютно не лишняя, так как именно это действие повышает шансы на реальное примирение конфликтующих сторон.

Если клиент остановился на втором варианте, выбирается участник на роль обидчика, который получает соответствующие инструкции. Инициативный пациент должен самостоятельно определить наиболее удобную для него позицию во время предстоящего диалога – лицом к лицу, спина к спине, либо что-то другое. Далее начинается главное действие – монолог клиента, сопровождающийся порой весьма бурными эмоциональными реакциями. Терапевт находится в это время рядом с клиентом, оказывая невербальную поддержку, а при необходимости – стимулируя на открытое выражение тех чувств, которые клиент испытывает: «Здесь можно все... говори обо всех чувствах, которые испытываешь сейчас... выплесни их полностью...». После достижения эмоциональной разрядки – о чем судят по вербальным и невербальным сигналам клиента – диалог может быть продолжен в том же ключе, что и в первом варианте. Техническое действие завершается снятием ролей, стандартными процедурами оценки состояния участников, дискуссией по материалам пройденной сессии. Приемлемым результатом здесь является существенное снижение ин-

тенсивности или полная редукция чувства обиды, ощущение свободы и желания двигаться дальше в установлении нормальных отношений.

4) Техники с опорой на диссоциацию личностных статусов – данное техническое действие проводится в отношении пациентов, склонных к дифференцированному анализу своих эмоциональных реакций и обнаруживающих признаки диссоциированного чувства обиды («с одной стороны, я понимаю, что обижаться не должен – это неправильно, но ничего не могу с этим поделать», «на одну и ту же ситуацию реагирую по-разному – иногда обижаюсь, иногда – все нормально» и др.). Основная терапевтическая идея здесь заключается в том, что при анализе чувства обиды, проводимого с точки зрения дифференцированных личностных статусов (Я-ребенок, Я-подросток, Я-взрослый, Я-родитель, Я-партнер и др.), появляется возможность 1. полноценной терапевтической диссоциации данного чувства; 2. трансформации данной эмоциональной реакции в более зрелую; 3. освобождения от регрессивного способа эмоционального реагирования на травмирующую, кризисную ситуацию в межличностных отношениях.

Техническое действие в данном случае начинается с групповой дискуссии по вопросу того, почему вообще стоит освобождаться от дискомфортного состояния вины, обиды и можно ли научиться «не обижаться» с пользой для себя – чтобы это не было расценено окружающими как признак слабости. При этом терапевт идентифицирует тех пациентов, для которых характерна диссоциированная эмоциональная реакция обиды, актуальная на момент проведения терапевтической сессии. Далее работа ведется с одним из этих пациентов. Терапевт высказывает предположение, что различие в эмоциональных реакциях, в той или иной степени, присуще человеку. Он, например, может «радоваться как ребенок», «плакать как малое дитя», «беситься как подросток», «быть серьезным как столетний старец или школьный учитель». Возможно, потому, что в нем умещаются все эти персонажи: «Я-ребенок; Я-подросток; Я-родитель, Я-взрослый». Дело, следовательно, заключается в том, кто именно из этих «постояльцев» реагирует на ситуацию, или, может быть, реагируют две или три субличности одновременно. Отсюда проистекают все сложности попыток разобрататься в своих чувствах, тем более – таком дискомфортном, как обида.

На втором этапе клиенту предлагают сконструировать несколько вариантов актуальной для него ситуации, когда в одном случае – реагирует Я-ребенок, в другом – Я-подросток, в третьем – Я-взрослый. С помощью креативных участников группы такие ситуации воспроизводятся довольно легко. Инициативный пациент, дифференцируя собственный эмоциональный опыт и пользуясь информацией от участников терапевтического процесса, выстраивает линию поведения и эмоциональных реакций рассматриваемых персонажей. А затем «играет» каждого из них. Пережитый и должным образомотреагированный в каждой из этих ролей эмоциональный опыт помогает инициативному пациенту «расставить все по своим местам». В частности – осознать, что чувство обиды в ответ на какие-либо нелицеприятные действия окружающих – это чаще всего реакция ребенка, т.е. незрелая эмоциональная реакция, которая у гармоничного человека должна сравнительно быстро «уступать место» другим формам психической активности. Личностный статус «Я-подросток» чаще всего реагирует на

эту же самую ситуацию чувством гнева, протеста, ярости. И только статус «Я-взрослый» пытается извлечь уроки из пережитой ситуации, которые могут заключаться в следующем: 1. поскольку этические или другие значимые границы приемлемого поведения были нарушены – насколько эти границы были утверждены, проговорены или осознаны, в том числе и обидчиками; что нужно сделать, чтобы эти границы укрепились; 2. в случае, если в роли обидчика выступали родные и в прошлом близкие люди (а так бывает в подавляющем большинстве случаев), то это значит, что и от них нужно уметь защищаться, т.к. они вовсе не идеальные создания, а люди со своими интересами и слабостями; однако быть защищенным в ситуации конфликта – не значит дистанцироваться от своих близких; это другая крайность, которую следует избегать; 3. чувство обиды переживается так остро еще и потому, что это почти всегда удар по самоуважению и себялюбию; почему же так случилось, что эти ресурсные характеристики оказались столь уязвимыми, и что нужно сделать для их развития. Эти и другие уроки пережитой ситуации могут быть адекватно осмыслены взрослым Я пациента, все более дистанцирующимся от дискомфортного эмоционального чувства. Таким образом инициативный пациент усваивает важный алгоритм гармоничной реакции на «обидную» ситуацию: чувству обиды (т.е. реакции Я-ребенка) – минуты; анализу ситуации и адекватным действиям (т.е. активности Я-взрослого) – часы и дни. Все эти выводы должен, в результате, сформулировать сам пациент с ненавязчивой помощью терапевта и группы. В завершение технического действия проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссии по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь может считаться существенная или полная редукция чувства обиды у инициативного пациента и продвижение группы в сторону развития эмоциональной зрелости.

5) Техники с опорой на поведенческий компонент – данный технический подход, включающий этапы прохождения проблемно-ориентированной психотерапии П. Вацлавика, используется почти во всех случаях, когда нет особых показаний к реализации других специальных техник. Основная терапевтическая идея здесь заключается в поиске и усвоении более адекватных способов совладания с кризисной ситуацией в сфере межличностных отношений, чем реакция обиды.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего клиентского запроса. Далее, в ходе предварительной дискуссии обсуждается тезис того, что реакция обиды – не самый лучший и комфортный способ поведения в ситуации межличностного или группового конфликта. Инициативному клиенту с помощью участников группы предлагается: четко сформулировать особенности своих эмоциональных и поведенческих реакций – т.е. всего того, что подразумевается под словом «обида» – в проблемной ситуации, сфокусировав внимание на том, что именно его не устраивает; сконструировать возможные альтернативы реагирования на рассматриваемую проблемную ситуацию, каждая из которых будет заведомо более адекватной (нужно стремиться к тому, чтобы таких вариантов было не менее 3–4-х); обсудить, а при возможности и отрепетировать каждую из имеющихся альтернатив; выбрать наиболее приемлемый и комфортный для инициативного пациента вариант; проработать избранный вариант в технике активного воображения по Дж. Каутела, убедившись в его адекватности; принять решение в

пользу данного варианта альтернативного поведения; отрепетировать этот вариант в ролевой игре или фрагменте психодрамы, вначале в «замедленной съемке», а затем в нормальном ритме; поделиться с группой своими мыслями, чувствами, ощущениями и планами на будущее. Далее эта программа полностью реализуется при деятельном участии и поддержке группы. Хорошим результатом здесь будет редукция дискомфортного состояния обиды, удовлетворение от приобретенных способов совладания с проблемной (теперь уже в прошлом) ситуацией.

Чувство вины у зависимых от ПАВ почти всегда соседствует с реакцией обиды, причем по отношению к одним и тем же лицам. Обычно это близкие родственники или друзья, иные значимые лица. С нашей точки зрения, правильной последовательностью решения этих рядом стоящих проблем является первоначальная работа по отреагированию эмоциональной реакции обиды, а затем – работа с чувством вины, поскольку весьма часто выясняется, что последнее чувство актуализируется лишь после того, как пациент освобождается от блокирующего пресса обиды.

Психотерапевтическая работа с чувством вины имеет свои особенности, обусловленные тем, что данное состояние не сводимо к обычной эмоциональной реакции, пусть и тесно спаянной с ядром личности субъекта. В этот психологический комплекс вовлекаются практически все личностные конструкты высшего уровня, обеспечивающие экологию («нравственный закон внутри нас») межличностных, микро- и макросоциальных отношений. Отсюда выводится необходимость экологически выверенного подхода в работе с чувством вины у зависимых от ПАВ. При этом используются следующие стандартные технологические подходы:

б) Техника «Принесение вины» – данный технический подход используется в отношении пациентов, «перегруженных» чувством вины до такой степени, что это прослеживается на физическом уровне в виде ощущения тяжести, давления на плечах, постоянного внутреннего напряжения. Основная терапевтическая идея здесь заключается в «опредмечивании» чувства переживаемой вины и диссоциации этого комплекса от личностного ядра клиента, актуализации экологического механизма освобождения от вины, предусматривающего необходимость изменений личностных установок клиента (хотя бы на уровне того, чтобы состоялся факт публичного признания вины и покаяния – т.е. явных свидетельств наличия изменений такого рода).

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего проблемного запроса, уточнения характера переживаний ситуации, складывающейся, как правило, в области межличностных отношений с близкими людьми. Инициативный пациент на данном этапе может сказать о том, что после того как его собственная реакция обиды была проработана, может быть, даже и неожиданно для него – обнаружилось чувство вины, которое не дает жить и развиваться так, как он этого хочет. Может быть сказано и то, что попытки примирения им предпринимались, но ни к чему хорошему не привели. Все это не должно смущать терапевта и группу. Наоборот, с этим «стартовым материалом» и нужно начинать работу. Терапевт стимулирует групповую дискуссию вокруг терминов «приносить вину», «искупить вину» – откуда они взялись? Какой смысл заключается в этих словах? – ответы, генерируемые группой с помощью или без помощи терапевта должны показать то, что в этих

идиомах есть глубокий смысл, заложенный еще в те далекие времена, когда от качества межличностных отношений напрямую зависела жизнь конкретного человека, его родных и близких. В ходе креативного штурма группа приходит к следующей экологически выверенной церемонии принесения вины, когда по всем нравственным законам «правильно принесенная» вина должна отпускаться сущностно изменившемуся человеку: 1. пациент, испытывающий чувство вины, должен определить символ этой вины – выкуп, который он принесет на себе обиженному им лицу, показывая насколько он страдает под этим нешуточным грузом и, следовательно, изменился в самом глубоком, сущностном плане; 2. «приемщик» – оскорбленное лицо – глядя на объем и тяжесть выкупа, определяющего стоимость вины, должен оценить степень его соответствия нанесенному ущербу. И если ущерб всем этим не восполняется, пациента не извиняют (т.е. не освобождают от вины), а отправляют на следующий круг. Если же объем приносимой стоимости вины сопоставим с понесенным ущербом, то оба участника вступают в переговоры; 3. такого рода переговоры имеют внешний и внутренний смыслы; на внешнем уровне все достаточно просто – «ответчик» просит «приемщика» освободить его от вины – т.е. «извинить» в наиболее полном, прямом смысле этого слова; «приемщик» вины произносит фразу: «Я извиняю тебя» и освобождает покаявшегося от его груза. Однако на самом деле такой важный диалог не отражает глубинного смысла происходящих изменений и мало что дает. Участники данного действия должны воспроизвести глубинный диалог примерно следующего содержания: приносящий вину, глядя в глаза приемщику (прямой взгляд в данном случае должен выражать его искренность) произносит: «Посмотри на меня – ты видишь, как я изменился?» В данном случае он обращает внимание «приемщика вины» на явные знаки сущностного изменения – объем и тяжесть принесенной вины, усилия, которые были им затрачены, страдания под этой тяжестью, которые он без сомнения испытывает. Приемщик, глядя в глаза принесшему вину, после некоторой паузы отвечает: «Да, я вижу, как ты изменился, и теперь я изменился тоже». Данный наиболее драматический момент действия символизирует тот очевидный факт и результат всех предшествующих шагов, что именно сейчас, но никак не ранее, все можно начать с «чистого листа», ибо и тот и другой персонаж пережили травматический эпизод, оставив его в прошлом, сущностно изменились и готовы к восстановлению дружеских отношений. Завешает эпизод процедура освобождения пациента, принесшего вину, от его груза – т.е. извинения в прямом смысле этого слова. В данном случае освобождение от телесной тяжести должно в точности совпадать с избавлением от тяжести душевной и проводиться с акцентированным подкреплением стыковочного сценария; 4. участники психодраматического действия и его свидетели должны поделиться пережитым. На следующем – активном этапе реализации технического действия вся разработанная процедура драматического действия реализуется инициативным пациентом и отобранными участниками группы. Роль «вины-выкупа» при этом могут играть один или два партнера, усаживающиеся на плечи, спину инициативного пациента. С этим грузом он должен сделать столько кругов, сколько сможет, прежде чем «повинится» именно так, как это было предусмотрено в разработанном сценарии. После реализации дра-

матического действия, снятия ролей и обратной связи проводится стандартная процедура оценки состояния участников и дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь будет считаться существенная или полная редукция чувства вины, со всеми его телесными атрибутами, у инициативного пациента и продвижение группы в понимании экологии человеческих отношений.

7) Техника «Суд» – представляет собой фрагмент психодраматического действия, направленного на терапевтическую проработку деструктивного компонента испытываемого чувства вины, избавление клиента от навязываемой ему вины, формирование действенного стимула для последующих позитивных изменений (т.е. данная технология построена по принципу «окна», открывающегося как в сторону актуального клиентского запроса, так и в сторону универсальных задач терапевтической программы по формированию таких свойств психологического здоровья – устойчивости, как полноценное завершение личностной идентификации, сформированность внутреннего локуса контроля, наличие позитивного жизненного сценария).

Техническое действие начинается с идентификации и уточнения существенных характеристик запроса, связанного с испытываемым чувством вины у одного или нескольких участников группы. В ходе расспроса инициативного пациента обращается внимание на обстоятельства генеза этого чувства – под влиянием каких факторов или мнений значимых лиц оно было сформировано, какими механизмами оно поддерживается и др. Таким образом инициативному пациенту дают понять, что чувство вины редко появляется неведь откуда – это почти всегда следствие факта осуждения, явного или скрытого. При этом очень важно понять, каким образом состоялся этот суд, кем были представлены судьи и участники данного процесса (были, например, там адвокаты пациента, свидетели защиты или только прокуроры судьи и свидетели обвинения), на основании каких аргументов был вынесен вердикт этого тайного суда, был ли этот вердикт справедлив или это была судебная ошибка – все эти вопросы могут быть проработаны в соответствующем психодраматическом действии. И тогда, по крайней мере, будет ясно, заслуживает ли пациент такого наказания – тяжелого чувства вины, или оно может быть заменено на другие, более эффективные формы «исправительных работ». Обычно это предложение встречается группой и инициативным пациентом со сдержанным интересом. Осторожность здесь вполне понятна, ведь судебное заседание – процедура слишком серьезная даже и в игровом исполнении, ну а в данном случае решается действительно важный вопрос наказания одного или нескольких участников группы. Терапевт не пытается облегчить «судьбу» участников этого действия, наоборот – только лишь повышает «градус» драматического накала. Далее терапевт стремится к тому, чтобы в последующем обсуждении общей канвы и деталей драматического действия главным лицом оставался инициативный пациент, которому он помогает лишь точно поставленными вопросами.

На следующем этапе уточняется сюжет, общий порядок и действующие лица предстоящего «пересуда». Как минимум, там должны присутствовать: «обвиняемый» – т.е. сам пациент, судьи, прокурор, адвокат, главные свидетели обвинения и защиты; оставшаяся часть группы может выполнять функцию присяжных заседателей. Одно важное условие оговаривается предельно четко – инициативный пациент

должен показать участникам все их роли (т.е. это практически полноценный прогон определенных фрагментов судебного заседания, где он выступает от лица прокурора, защитника, свидетелей и судей). Данный момент является во всех отношениях важным, так как именно здесь формируется новый угол зрения на проблему вины и невиновности и, соответственно, возможность новых этических и эмоциональных реакций со стороны пациента. Все важные фрагменты, таким образом, репетируются при максимально возможном позитивном подкреплении терапевта и креативной активности группы. Наконец, по мере готовности, терапевт объявляет о досудебном совещании, на котором говорится о том, что, скорее всего, прокурор ничего нового не скажет, но вот адвокат (это может быть личностный статус Я-взрослого инициативного клиента) как раз может повлиять на пересмотр решения авторитетных судей и присяжных заседателей – например, он может аргументировано просить замену наказания вины или хотя бы ее части на исправительные работы, которые его подзащитный готов выполнять в течение достаточно длительного времени (например, период прохождения терапевтической программы и еще 2-3 года после этого).

На следующем – игровом – этапе судебное заседание объявляется открытым. При этом реализуется как оговоренная, отрепетированная часть, так и те импровизации, подсказанные терапевтическим контекстом и общим драматическим накалом разыгрываемого действия. Существенным моментом здесь являются выступления свидетелей защиты – т.е. участников терапевтической группы, которые высказываются в пользу инициативного пациента, поскольку видели и знают, как он двигался в реабилитационной программе; выступление адвоката обвиняемого-пациента, и наконец – присяжных заседателей и судей, которые могут в этот раз учесть доводы адвоката и свидетелей защиты и главное – поверить самому пациенту в том, что он действительно двигался, многого достиг и достигнет еще большего на пути формирования именно тех свойств, которые делают его уже другим человеком – искупившим значительную часть вины. Вердикт, который при этом выносится, зачитывается в торжественной обстановке, с ритуальными действиями по освобождению пациента от вины в обмен на зрелый контроль над своим поведением и жизнью. Терапевт здесь также может высказаться в том плане, что все эти персонажи – судьи, прокуроры, адвокаты, свидетели – никуда не денутся от пациента, но теперь все они смотрят на него как на человека, заслуживающего доверия, а не наказания. Куда-то «даться» в этой ситуации может только сама вина (здесь терапевт готовит разрыв шаблона для всех присутствующих и вызывает в зал заседания бывшую «вину», подталкивая пациента к месту свидетеля и показывая, что именно он и должен выступит от имени вины). Вопрос, который задается бывшему чувству вины, звучит следующим образом: «В какое новое чувство она согласна превратиться, и уже, собственно говоря, трансформировалась?» Ответ в этом случае дается пациенту достаточно легко – это то чувство, которое он испытывает здесь и сейчас – облегчения, надежды, рождающейся уверенности в том, что дальше будет все именно так, как он прописал в своих жизненных планах. На этой ноте «судебное заседание» объявляется закрытым. Проводится обратная связь с участниками, оценивается динамика состояния инициативного клиента и группы. Хорошим результатом реализованного технического дей-

ствия является редукция чувства вины, актуализация позитивного жизненного сценария и внутреннего локуса контроля у инициативного пациента и в группе в целом.

8) Техники, основанные на сказко-драматических сюжетах. Данный технический подход используется в отношении пациентов, в достаточной степени продвинувшихся в терапевтической программе, имеющих представление о сложной структуре психики человека (например, о дифференцированных личностных статусах), а также – осознавших весь комплекс непростых, глубинных проблем, связанных с чувством вины. Предлагаемое техническое действие в данном контексте является лишь неким заключительным аккордом, необходимым для того, чтобы: 1) освободить пациента от чувства вины; 2) сформировать устойчивое ресурсное состояние. Эта техника также построена по типу «окна», открывающегося как в сторону решения конкретной проблемы, так и в сторону достижения универсальных психотерапевтических целей. Основная идея здесь заключается в персонификации и закреплении приобретенного ресурсного опыта, укреплении «нравственного закона внутри нас» – как главного инструмента ментальной экологии пациента.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего проблемного запроса, который, в данном случае, является следствием предшествующей внутренней работы инициативного пациента и работы группы с комплексом проблем, связанных с чувством вины. На начальном этапе уместно возобновление тематической дискуссии в группе с обсуждением того, какие этические уроки могут быть усвоены в связи с чувством вины, посылаемым человеку. Результатом такой дискуссии, с неявной подачи терапевта, могут быть тезисы того, что есть некие нравственные законы «внутри нас» – неявные и не прописанные ни в каких официальных бумагах – за выполнением которых следят такие же неявные и невидимые инстанции (которые можно называть как угодно: душа, дух, бессознательное, неличностные психические инстанции, внутренний страж, хранитель и пр.). Сущностный смысл посылаемого этими невидимыми силами чувства вины состоит в усвоении важного этического урока: нельзя безнаказанно нарушать экологическое пространство другого человека – в этом случае будет нарушена и твоя собственная экология. Этот принцип хорошо известен с давних времен и прописан в этических кодексах всех наиболее известных религиозных конфессий. Однако каждый человек, по-видимому, должен осознать действие «нравственного закона внутри нас» посредством своего собственного пережитого опыта. Но вот – этот важный опыт получен, этический урок усвоен. Что же дальше? На следующем этапе реализации технического действия терапевт предлагает разыграть сюжет сказочного действия, где приобретенный инициативным пациентом опыт должен «ожить» в сказочных персонажах, а суперресурсные инстанции человеческой психики, убедившись, что преподанный урок усвоен правильно, «чудесным образом» освобождают пациента от чувства вины. Группой и пациентом обсуждаются известные сказочные сюжеты (данный период вхождения участников в игровое сказочное пространство с нарастанием чувствительности к «чудесным изменениям» весьма важен, поэтому необходимо, чтобы такой креативный штурм продолжался не менее 10-15 минут). Если не находится никакого подходящего или оригинального сценария, терапевт предлагает использо-

вать канву известного сказочного сюжета «Репка», внешне напоминающего историю инициативного пациента: 1) был «посеян» проступок; 2) из которого выросла «большая – пребольшая» проблема; 3) эту большую проблему – чувство вины – тянули, да не вытянули другие, будто бы «хорошие» поступки пациента (наверное потому, что корни у вины-репки очень глубокие, да и сил у тех, кто тянул, было недостаточно); 4) теперь нужно попробовать тянуть так, чтобы вытянуть – как это сделать? Обсуждение последнего вопроса также проводится в режиме креативного штурма, в ходе чего «опредмечиваются» все достижения инициативного пациента в его продвижении в терапевтической программе, внутренней работе. Во время этого действия участники креативной группы получают наглядный урок того, до какой степени важны результаты этой работы – действия по искуплению вины; приобретенные умения, знания, навыки; идеи конструктивного жизненного сценария, планы по их реализации; правила внутренней экологии, которые сформулировал для себя пациент и другие ресурсные приобретения – и насколько они значимы в решении тех непростых проблем, которые встречаются в жизни человека. При этом главные достижения инициативного пациента должны быть представлены отобранными участниками предстоящего сказочно-драматического действия. Их функция заключается в вытягивании опредмеченного чувства вины с проговариваем того вклада, который каждый из них вложил в это общее действие. Важным моментом является определение телесного компонента заявляемой проблемы – зоны расположения и «укоренения» чувства вины. При этом выясняются детали испытываемых дискомфортных телесных ощущений, предпочтений пациента в отношении способов контакта ресурсной группы «тянущих – потянувших» с опредмеченным корнем вины – виртуальный конфликт, простое касание, плотный телесный контакт и др. На стадии действия, когда все детали уточнены и сюжет понятен каждому участнику, инициативный пациент располагается в удобной для него позиции, его персонифицированные ресурсные функции – друг за другом, в установленном самим пациентом порядке. Терапевт следит за тем, чтобы руки пациента были свободны, и сам он мог легко поменять свое положение по отношению к группе помощников. Сказочно-драматическое действие, реализуемое на пике гиперпластики пациента и группы, начинается по сигналу. После каждой попытки (всего их 3-4), оформляемой в духе «тянут – потянут, вытянуть не могут», пациент делится своими ощущениями, передающими, как правило, возрастание внутреннего напряжения в зоне опредмеченного корня чувства вины. В ходе реализации третьей попытки, терапевт сигналом «Стоп, все застыли» разрывает шаблон сюжета, коротко поясняя, что в сказках возможно и такое чудо, как остановка времени. Это может случиться только по очень важному поводу. И такой повод есть – именно сейчас пришел черед суперресурсным инстанциям (душе, духу и пр.) проявить себя ... показать свою силу ... и желание ... помочь изменившемуся ... и усвоившему все уроки пациенту ... в том, чтобы освободиться ... вытянуть корень ... этого созревшего плода ... переставшего быть виной ... утратившего горечь. Терапевт касается правого плеча пациента и просит ту силу, которая сейчас, в этой сказочной ауре слышит его, ... сделать правую руку легкой и невесомой ... наделить её волшебной силой ... ухватить корень созревшего плода,

вместе со всеми ... (здесь, как правило, присутствующие наблюдают феномен левитации руки пациента, её движения в указанном направлении – к контактной зоне) ... и – (с резким усилением голосового акцента и подчеркнутым разъединяющим жестом) – вытянуть, вырвать его (при этом группа помощников «уваливается» назад, как при перетягивании каната). Руки пациента укладываются на зону контакта. После некоторой паузы его просят поделиться своими ощущениями. Обычно – это чувство легкости, освобождения, особого подъема. Терапевт не забывает поблагодарить помогающую им «чудесную силу», выражая уверенность, что она и далее будет оказывать поддержку пациенту в его добрых делах.

При реализации последнего фрагмента возможен вариант простого проговаривания факта участия внесознательных суперресурсных инстанций в этой общей цепи помощников (т.е. без демонстрации «очного» присутствия в психотерапевтическом пространстве). Также возможен вариант, когда пациент присоединяется к усилиям группы и «вытаскивает» первого из помощников, образующих ресурсную группу, помогая ему в свою очередь «вытянуть» корень чувства вины из контактной зоны. Однако эти последние варианты не дают полного эффекта терапевтической сессии, связанного с возможностью простраивания стыковочного сценария эффективного взаимодействия с суперресурсными инстанциями в проекции будущего.

После завершения активной фазы проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников, снятия полей, дискуссии по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь будет полная редукция чувства вины у инициативного пациента, повышение мотивации на углубленную терапевтическую работу в группе.

Следующим блоком типичных проблем, предъявляемых в ходе прохождения рабочей фазы стационарной и амбулаторной реабилитации, являются: неумение выстраивать доверительные отношения, основанные на взаимной поддержке, доверии; конфликты в ближайшем окружении. Здесь следует отметить, что сама по себе идея терапевтического сообщества, форма построения групповой работы, наличие психотерапевтического режима в отделении – по сути являются элементами круглосуточного и многомесячного, непрерывного тренинга, направленного на сущностное решение данных проблем. Но, кроме того, пациенты в обязательном порядке участвуют в специальных коммуникативных тренингах, тренингах по эффективному управлению конфликтами. В ходе чего такого рода запросы специально идентифицируются и с ними ведется системная, последовательная работа.

Что же касается отдельных компонентов данных проблемных состояний – как правило, это чувство неуверенности, агрессии или иного эмоционального дискомфорта – то работа с ними проводится за счет использования технического репертуара, описанного в двух предшествующих подразделах.

### **3. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в фазе «завершения» программы медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ**

На завершающей стадии программы, предшествующей выписке пациентов из отделения или центра психотерапевтическая работа ведется с такими типичными про-

блемами, как: страх перед выпиской, возвратом влечения, необходимостью «нормальной жизни». Данные проблемы на основании общего психогенеза также представлены единым блоком. При этом используются следующие технические подходы:

1) Техники с опорой на когнитивный (разъяснение) компонент – данное техническое действие используется практически в каждой терапевтической сессии, проводимой по соответствующему запросу инициативного пациента, либо в качестве единственного средства, либо – на предварительном этапе реализации иной структурированной техники. Основная идея данного терапевтического действия заключается в том, что за счет адекватных разъяснений истинного механизма появления опасений по поводу предстоящей выписки и возврата в жизнь – размыкается самое главное иррациональное звено (как же так – я столько работал, и снова страшно – тут что-то не то...), разгоняющее реакцию тревоги. В частности, в режиме открытой дискуссии пациентам разъясняется, что временная, не столько терапевтическая, сколько эмоциональная регрессия перед выпиской – явление обычное. Так, перед тем, как перепрыгнуть на другой берег ручья, к которому человек только что подошел, он для разбега делает несколько шагов назад. Т.е. это своего рода страховка, способ мобилизации на прыжок в будущее. Другая ассоциация – состояние перед экзаменом – вроде бы все знаешь, но всё равно волнуешься. Это волнение проходит, стоит только вытащить билет и увидеть вопросы, на которые нужно отвечать. Далее разбираются конкретные поводы для избыточной тревоги перед выпиской. Это могут быть: 1. осознание того, что терапевтическая программа заканчивается, а пациент только недавно по-настоящему в неё включился и теперь понимает, как много он не успел (здесь уместно напоминание о том, что он может участвовать в курсах противоречивой и поддерживающей терапии, где этот дефицит может быть восполнен); 2. опасения в связи с отсутствием средств на существование, перспектив работы, учебы, неулаженными конфликтами с родственниками и прочими обстоятельствами ближайшей проекции будущего, вызывающими обоснованную тревогу (но в тоже время – это и стимул для того, чтобы в оставшиеся дни, пользуясь поддержкой группы, разработать план конкретных действий, предусматривающий поэтапное решение всех проблем. При этом можно и нужно использовать возможности социальных служб и фондов – их адреса всегда можно узнать и уже в ближайшие дни попытаться наладить контакты. Т.е. нужно начать действовать и тогда состояние неопределенности и тревоги быстро сменится рабочим состоянием мобилизации); 3. предощущение чувства «брошенности» – здесь пациент кому-то нужен, о нем заботятся, его поддерживают, но там он будет один на один с не очень дружелюбным окружением – отсюда опасения того, как бы не вернуться к наркотику или алкоголю, которые как раз в таких ситуациях наиболее востребованы (истина, однако, состоит в том, что «другой» – существенно изменившийся пациент никогда не вернется в тот же самый мир. В любом случае, он сумеет развернуть его «светлой стороной» к себе – просто на это нужно некоторое время. Но как раз в это время и можно воспользоваться программой противоречивой терапии, где бывшие пациенты в первые месяцы после выписки получают ресурсную поддержку и обучаются стрессоустойчивости. Даже если только знаешь обо всём этом – чувствуешь себя гораздо

спокойнее). В завершение такого обсуждения каждый повод для формирования тревожной реакции получает удовлетворительное разъяснение и понятную перспективу дальнейшей терапевтической и социальной работы. Далее соответствующая работа ведется по каждому конкретному запросу. Удовлетворительным результатом реализации данного технического действия является существенное снижение уровня тревожности в группе пациентов.

2) Техники с опорой на коррекцию эмоционального состояния – в данном случае используется технологический репертуар, описанный нами в предыдущих разделах (техники коррекции эмоционального дискомфорта).

3) Техники с акцентом на коррекцию компонента неуверенности в себе – здесь также используется технологический репертуар, описанный в соответствующем разделе.

4) Техническое действие «ресурсные поля» с акцентом на формирование конструктивных, доверительных отношений с окружением пациента. Данное техническое действие реализуется в отношении резидентов, испытывающих опасения в связи с ожидаемым резким перепадом ситуации после выписки – «здесь одно – доверие, поддержка, там – совсем другое».

На предварительном этапе идентифицируется соответствующий запрос, выясняются его особенности, проводится предварительная тематическая дискуссия, реализуется техника с опорой на когнитивный компонент (разъяснение). Вышеприведенные действия способствуют приведению инициативного пациента в первичное ресурсное состояние с такими необходимыми характеристиками, как креативность и пластика.

На следующем этапе технического действия пациента просят представить всё пространство предстоящей жизни, разместив его в пределах помещения, где проводится терапевтическая сессия. Группа занимает места на периферии обозначенного поля жизни пациента. Далее пациента, находящегося на «линии настоящего», у края площадки, просят разместить в этом поле каких-либо людей, события, конкретные обстоятельства, среди которых ему «действительно хорошо». При этом действует ранее наложенный запрет на воспроизведение ситуации наркотического или алкогольного опьянения. Начальный момент процедуры «заселения» может встречать трудности по причине неотреагированных и неразрешенных конфликтов в среде значимых других лиц (родных, друзей) пациента. Однако эти трудности достаточно легко преодолеваются мягкой стимуляцией: «Ты только начни, попробуй!». По мере заполнения «пространства жизни» событиями и людьми, терапевт не мешает пациенту располагать эти «собрания» достаточно компактно, образуя замкнутые системы «лицом внутрь». Напротив, поощряется активность и фантазия пациента. Ему предлагается определять свое местоположение (систему отношений) в каждом круге, если только этого не происходит в спонтанном режиме. В данной процедуре представляют интерес комментарии пациента по поводу того, какую позицию он занимает в действительности, и чего бы хотелось. Ему предлагается прорепетировать и тот, и другой вариант с участниками группы, выполняющими роль значимых лиц. Отмечаются особенности расположения, чувств, мыслей, действий в обоих ва-

риантах. Ключевым моментом в данной ситуации является осознание пациентом возможности применения «принципа солнца» для изменения отношения к нему со стороны значимых других лиц (перевода конфронтационной системы отношений в синергетическую). Изначальный дружественный импульс должен исходить от него самого. Терапевт и группа стимулируют развивающее поведение пациента, раз за разом разыгрывая драму «раскрытия цветка» ресурсных человеческих отношений в каждом круге значимых людей. При этом образованные круги становятся, во-первых, шире, а во-вторых, их количество увеличивается. Пациент использует позитивный опыт установления новых, ресурсных отношений для того, чтобы включить в систему жизненных ценностей и тех лиц, близкие отношения с которыми, как он считал ранее, безнадежно утеряны. Эти действия пациента получают безусловное позитивное подкрепление терапевта и группы. Данный этап заканчивается завершением формирования всех возможных кругов – «ресурсных полей» и обозначением пространства между ними. В ходе чего также выясняются особенности ощущений, мыследеятельности и поведения пациента при движении по данному промежуточному пространству (некоторые пациенты обозначают это пространство как «минное поле», подчеркивая, что здесь нужно соблюдать осторожность и быть готовыми ко всяческим неприятностям). У пациента, вернувшегося после завершения формирования жизненного пространства на «линию настоящего», выясняют особенности его статуса, фиксируя степень достигнутых изменений. Обычно это чувство того, что «и настоящее и, особенно, будущее изменилось – просветлело, появилось надежда и силы, ощущение тепла в груди». Пациенту предлагают сравнить конфигурацию кругов с первоначальной и убедиться, что ресурсного пространства в жизни стало значительно больше, а территории «минных полей» значительно меньше. Далее пациент совершает тот же маршрут, развивая конструктивный сценарий отношений в каждом круге. Он может приглашать в это «путешествие» попутчиков – своих друзей и близких, устанавливая более прочные связи между «ресурсными полями», и отмечая усиление их позитивного влияния. При этом наряду с важными, объединяющими тенденциями, отмечается и другое: путешествие по пространству «минных полей» в сопровождении родных и близких становится более безопасным. Меняется отношение к данному пространству. Это – всего лишь дорога, где так же можно ощущать уверенность и спокойствие. Интеракции в каждом круге проходят в спонтанном режиме. Обычно группа четко улавливает контекст терапевтического действия, и на втором круге «путешествия» в каждом из «ресурсных полей» разрабатываются и позитивно подкрепляются сценарии конструктивного развития пациента. Данный этап и общее техническое действие, в целом, завершается проведением процедуры дебрифинга (снятия ролей) для участников группы и обсуждением материала сессии. Далее проводится стандартная процедура фиксации изменений и определения перспектив. При этом особое внимание обращается на характер взаимоотношения с первоначально заявленной проблемой. Положительным результатом можно считать полную редукцию деструктивной тревоги, формирование устойчивого ресурсного состояния с высокой мотивацией на реализацию конструктивного жизненного сценария.

5) Техника «Шаги за горизонт» – применяются в работе с тем пациентами, которые на заключительном этапе терапевтической программы: 1. испытывают состояние страха, тревоги; 2. обнаруживают признаки дефицита устойчивого ресурсного состояния (в частности – доминирования конфронтационной стратегии адаптации, слабой проработанности конструктивных способов взаимодействия с окружением; отсутствия ресурсной метапозиции); 3. однако, при всем том – усвоили определенные фрагменты терапевтической программы, способны осознавать общие контексты и смыслы реализуемых терапевтических действий.

Основная терапевтическая идея здесь заключается в идентификации антиресурсной метапозиции клиента, занимаемой им по отношению к основным агентам со-бытия, и терапевтической трансформации «жесткой линии внутреннего горизонта» в существенно более гибкую, конструктивную, ресурсную метапозицию. Данная идея реализуется за счет использования последовательных шагов – технических действий, проявляющих внутренний, неявный кодекс правил (горизонт), действующих в отношении главных инстанций со-бытия: осознаваемое Я (персона); неличностная, неосознаваемая инстанция психического (неосознанное, подсознательное, предсознательное, сверхсознательное, душа, дух и другие обозначения данной инстанции); значимые лица (они); все остальные (другие); мир – реальность (объекты, события, информация).

Техническое действие начинается с возобновления групповой дискуссии по теме скрытого или открытого запроса пациентов на формирование устойчивых ресурсных состояний, ощущение уверенности, прочности и стабильности достигнутых результатов. При деликатной и ненавязчивой стимуляции фокус групповой дискуссии достаточно быстро смещается к обсуждению 5-й позиции в перечне свойств антинаркотической устойчивости личности (ресурсная достаточность в смысле возможности реализации конструктивных жизненных сценариев) в аспекте скрытого контекста отношений, существующих между персоной (осознаваемым Я) пациента и другими главными инстанциями со-бытия. Задача группы состоит здесь в том, чтобы установить взаимозависимость значимых событий в жизни участников терапевтического процесса с основными принципами взаимодействия с главными агентами со-бытия. Этому помогает идентификация ресурсной метапозиции активного пациента, что, в сущности, сводится к определению эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов в его взаимодействии с упомянутыми ресурсными инстанциями. Данное техническое действие выполняется уже в формате встроенной терапевтической сессии. Группа используется как фон и активно участвует в ролевых сюжетах. Пациента помещают в то место ограниченного пространства (предполагается, что это поле жизни пациента), которое он сам себе отводит. И, далее, в этом пространстве размещают поименованные агенты со-бытия в последовательности и архитектуре, которая представляется уместной пациенту. В диагностическом и прогностическом смысле последние характеристики представляются достаточно важными, как и дистанция, отделяющая его персону от тех или иных агентов. Так, например, если окажется, что неличностную, суперресурсную инстанцию психического он поместил не внутрь себя, но где-то на периферии собственного жизненного поля, презентировал не в виде живого чувства, но в качестве какого-либо «материально-

го» идола, то есть основания полагать, что доступ к данным ресурсам у пациента затруднен. Интерес представляет и расположение пациента относительно прочих агентов со-бытия. Позиция, когда персона в центре, другие (за исключением неличностной инстанции психического) равно удалены, но в пределах досягаемости от вытянутой руки пациента, может свидетельствовать о существовании отношений гармонии и сотрудничества между основными агентами со-бытия. Другая гармоничная и перспективная, ресурсная конфигурация – когда вокруг персоны concentрическими кругами, по типу «матрешки», выстраиваются значимые лица (они), затем, все остальные (другие), далее, мир – реальность (объекты, события, информация). Таким образом пациент сообщает, что он сотрудничает с каждой инстанцией – кругом. Какие-либо иные конфигурации, когда, например, персона – пациент располагается на одном краю общего поля жизни, а основные агенты со-бытия – на другом, представляются менее гармоничными и ресурсными. Обычная динамика конфигураций в ходе реализации данной методики – от менее гармоничных и ресурсных вариантов к более гармоничным и ресурсным. Техническое действие продолжается выяснением чувств, ощущений, которые пациент испытывает по отношению к основным агентам со-бытия. Его просят также сообщить, что он думает по поводу каждого из них. При этом определяется преимущественно конфронтационный или, наоборот, синергетический вектор эмоционального и когнитивного взаимодействия пациента с главными агентами со-бытия. Далее пациенту предлагают определить и проиллюстрировать поведение каждого агента по отношению к нему и свое собственное поведение по отношению к агенту. При этом пациент активно использует помощь группы для инсценирования соответствующих сюжетов. Последние представляют собой особо ценный материал для анализа и выводов относительно базисных стратегий поведения инициативного участника. В завершение данного технического действия пациенту предлагают обозначить место и роль каждого из основных агентов со-бытия в значимых эпизодах своей жизни, в частности, генезе актуальных для него проблем. О неконструктивном контексте отношений между основными участниками данного действия могут свидетельствовать тенденции к возложению ответственности за возникновение проблем на главных агентов (за минусом персоны пациента). А также способы решения актуальных проблем исключительно за счет персональных усилий, без попытки использовать помощь и поддержку окружения. Неконструктивными представляются одни лишь упования на «потустороннее» вмешательство суперресурсных инстанций без встречной активности пациента. Окончательные выводы о базисной стратегии поведения пациента, применительно к основным агентам со-бытия, формируются с учетом вышеназванных критериев, а также с использованием специальной диагностической триады. Эмоциональные реакции, межличностные отношения, действия пациента в спонтанно-возникающих ситуациях квалифицируются как синергетический или конфронтационный (антиресурсный) полюс адаптации согласно следующих, дополнительных критериев. О синергетическом полюсе могут свидетельствовать такие реакции в эмоциональной сфере, как: эмоциональный подъем, творческое предощущение, вдохновение, деятельностное удовлетворение, иногда, позитивная (мобилизующая) тревога.

В сфере межличностных отношений – доверие и уважение, поддержка, интерес, адекватное разделение статусных и человеческих отношений. В сфере действия – осмысленная активность, поиск возможностей для сотрудничества, высокая продуктивность и креативность. О преобладании конфронтационного полюса в поведенческой стратегии пациента могут свидетельствовать такие эмоциональные реакции, как: страх, тревога, дискомфорт, неуверенность, блокирование эмоций (оцепенение). В сфере межличностных отношений – враждебность, агрессия, неприятие, отсутствие или неадекватное разделение статусных и человеческих отношений. В сфере действия – агрессия, паника, бегство, формирование неконструктивных защит, низкая продуктивность и креативность. Предварительный этап завершается кратким подведением итогов – констатацией метапозиции и базисной стратегии поведения пациента по отношению к основным инстанциям со-бытия. Терапевт при этом делает все возможное для того, чтобы активный участник в предельно сжатой, лаконичной форме обозначил присущие именно ему характеристики метапозиции и стратегии поведения. В самом общем виде она может выглядеть следующим образом:

- беглец или агрессор (неконструктивная метапозиция в сочетании с конфронтационной стратегией поведения);
- отстраненный свидетель (неконструктивная метапозиция в сочетании с нейтральной стратегией поведения) – позиция социального и личного аута;
- со-участник, со-трудник, со-творец (конструктивная метапозиция в сочетании с синергетической стратегией поведения).

Однако стремиться к буквальному повторению приведенного варианта не следует. Пациент должен самостоятельно сформулировать главный вектор собственной жизни с тем, чтобы или согласиться с ним, но тогда все останется как есть, и следует смириться с низким качеством жизни; или попытаться изменить систему отношений между основными агентами со-бытия, переформировать позицию бегльца – агрессора или отстраненного свидетеля на позицию со-участника, со-трудника, со-творца. Обычно пациент, предварительно мотивированный на изменения, выбирает второй вариант в пользу развития. Выполнение данной задачи достигается за счет реализации определенной последовательности технических действий, направленных на получение реальных дивидендов от изменений поведения и метапозиции активного участника.

Первое техническое действие следующего этапа – актуализация и контакт с суперресурсной инстанцией психического (неосозанным, бессознательным, подсознательным, сверхсознательным и т.д.), которая, начиная с этого времени, теряет статус абстрактного чужеродного агента. Инициативному пациенту напоминают позицию, которую он выбрал для неличностной инстанции в соответствующем техническом действии, и просят воспроизвести ее. Если демонстрируется отстраненная позиция (душа или дух помещаются во внешнем, а не «внутреннем» пространстве), терапевт обращает внимание пациента и группы на некоторый диссонанс данного расположения по отношению к общечеловеческому опыту: «из глубины своего сердца взываю к тебе», «душа болит», «положа руку на сердце» и т.д. Далее терапевт предлагает пациенту провести опыт, основанный на предположении (это всего лишь предположение!), что некая, очень важная инстанция психического, обозначаемая как

бессознательное, подсознательное, душа, дух и т.д. находится не во внешнем, а во внутреннем пространстве, где-то в положении «руки на сердце». Если это так, то существует возможность здесь и сейчас выяснить, желает ли эта неличностная инстанция, обладающая огромными, пока неясными, возможностями, сотрудничать с пациентом, группой, терапевтом. Причем если наше послание «отправлено» по верному адресу, в общем, не важно, какой ответ мы получим: «да» или «нет». Важен сам факт наличия точного адреса и более чем важного адресанта. Поскольку это скрытая инстанция не имеет собственного голоса, в прямом смысле этого слова, ее «голос» – это знаки, самые простые и понятные, о которых мы можем условиться: сигнал «да» – это импульс вперед в сторону сотрудничества, который придается телу пациента; сигнал «нет» – это импульс в обратную сторону. Незначительные колебания в ту или иную сторону интерпретируются как неуверенность в отношении окончательного решения. Далее терапевт обращает внимание пациента на то, что ему в данной ситуации никакой активности проявлять не нужно, он такой же заинтересованный зритель, как и другие участники действия, которое он может остановить в любой момент. Проговаривание этих последних положений помогает в достижении нужной степени релаксации. Если этого не происходит, терапевт обращает внимание пациента и группы на закрепощенность, наличие мышечной брони, и других признаков, указывающих на скрытое сопротивление. Обычно этого оказывается достаточно для того, чтобы пациент «отпустил себя», «позволил проявиться чему-то важному в себе» – ведь он и только он контролирует весь этот процесс! На фоне нарастающей заинтересованности проводится процедура обращения терапевта к неличностной инстанции пациента в соответствующем драматической ситуации тоне. Здесь очень важной является особая работа голосом, поскольку существует большая вероятность того, что именно этот заданный тон будет в последующем воспроизводиться пациентом при его собственных обращениях к ресурсным инстанциям психического. Далее пациент и группа, после некоторой латентной паузы, обычно являются свидетелями того, как суперресурсная инстанция делает выбор в пользу сотрудничества, что является поводом для позитивной интерпретации трех позиций: изначального предположения о наличии некоего «внутреннего» пространства, где следует искать источники силы и уверенности; готовности скрытых инстанций психического к сотрудничеству; необходимость особого контекста отношений данного сотрудничества. В случае ответа «нет» возможны варианты позитивной утилизации и работы с сопротивлением, или прекращения работы с соответствующими инстанциями у данного пациента с переключением на другие агенты со-бытия. Затем пациенту предлагают вновь выстроить конфигурацию всего поля жизни и расположить основные агенты со-бытия в соответствии с такой стратегией поведения, которая была бы в первую очередь направлена на сотрудничество, активность и открытость. Прогностически благоприятным признаком является переформирование неконструктивной (антиресурсной) конфигурации в ресурсную, общий план которой был изложен в предыдущем пункте. Достаточно важным моментом в данном техническом действии представляется оформление и содержание сообщений, которые пациент желает направить к основным ресурсным агентам. Не менее важным фрагмен-

том техники является конструирование ответа, который формирует группа, участвующая в ролевых действиях в качестве главных агентов со-бытия. В контексте пережитого опыта такого рода ответы, как правило, конструктивны и креативны. Они достаточно часто, в спонтанном режиме, оформляются в психодраматические действия с максимальным эффектом изменений. Креативная составляющая последних технических находок дает основания для констатации очевидного изменения главного вектора жизни пациента. Из беглеца-агрессора или отстраненного свидетеля он становится реальным со-творцом, взаимодействующим, с одной стороны, с группой, символизирующей соответствующие агенты со-бытия, с другой, «внутренней» – с суперресурсной инстанцией, обеспечивающей прочный стержень бытия и устойчивое ресурсное состояние пациента. Данный этап заканчивается кратким подведением итогов и констатацией прохождения следующих трех важнейших шагов за ограничительную линию горизонта (первый шаг – изменение базисной стратегии поведения, второй – конструирование обновленной метапозиции в отношении основных агентов со-бытия, третий – конструктивное переформирование главного вектора жизни пациента). Удовлетворительным результатом здесь следует считать полную редукцию состояния страха, тревоги, формирование признаков устойчивого ресурсного состояния у инициативных пациентов.

6) Техника «Другое Я», основанная на диссоциации личностных статусов пациента, идентификации особого личностного статуса; «Я– сильный, уверенный, знающий, как поступить в кризисной ситуации». Актуализация данного ресурсного статуса возможна у пациентов, в основном освоивших терапевтическую программу. Данная процедура является образцом техник «окон», открывающихся как в сторону решения конкретной проблемы (в нашем случае – избавления пациента от чувства страха, неуверенности перед выпиской), так и в сторону формирования устойчивого ресурсного состояния – одного из главных компонентов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Техническое действие начинается с идентификации и уточнения проблемного запроса (связанного в данном случае с тем, что инициативный пациент испытывает ощущение тревоги, страха в связи с недостаточным, по его мнению, объемом усвоения терапевтической программы). Инициативный пациент и некоторые другие участники группы в ходе предварительной дискуссии могут высказываться в том плане, что «программа скоро заканчивается, а я только начал понимать её смысл и по настоящему включаться». Терапевт может интерпретировать эти высказывания как позитивный признак того, что самая важная, ресурсная часть личности пациента «активизировалась», «проснулась», а может быть, и «родилась», и что это и есть самый главный результат не потраченных впустую усилий. Далее проводится техника когнитивной (разъяснительной) терапии, вследствие чего инициативный пациент и группа приводятся в первичное ресурсное состояние с признаками креативной активности и гиперпластики.

На следующем этапе дискуссия возобновляется по вопросу того, какая сторона личности может быть активной в стрессовой, кризисной ситуации, с максимальной пользой для субъекта. Далее, после нескольких высказываний в этом ключе, терапевт

предлагает группе сфокусировать внимание на характеристиках личности пациента, которые, по их мнению, будут способствовать его устойчивости в критических ситуациях. Для большей наглядности терапевт ставит пустой стул напротив инициативного пациента (последний располагается в центре круга) и адресует все высказывания этому «второму Я» пациента, будто бы располагающемуся напротив него на пустом стуле. В этом процессе должен участвовать и сам пациент; его креативная активность здесь всемерно поощряется; в конце концов, терапевт ведет дело к тому, что это он – пациент – «собственными руками, сердцем и умом» выстроил образ своего «другого Я», используя помощь группы только лишь в качестве креативных стимулов. В завершение данного этапа инициативному пациенту предлагают суммировать главные характеристики этого нового образа Я: что оно чувствует, думает, делает в кризисной ситуации, какова его миссия по отношению к пациенту. Терапевт при этом по-прежнему «отсылает» главные черты на стул напротив пациента, будто бы «рисую» образ нового Я.

На следующем этапе терапевт коротко и энергично обращает внимание группы на важность диалога, который имеет место в кризисных ситуациях – когда с одной стороны наша страдающая часть личности расписывается в собственном бессилье, но с другой, неявной, стороны будто бы слышны слова утешения, надежды, призывы собраться с силами, не впадать в отчаяние, терпеть, несмотря ни на что – ведь в жизни всё меняется очень быстро, и уже завтра всё может измениться в лучшую сторону и т.д. Самый интересный вопрос – кто и с кем здесь говорит. Может быть, хорошо знакомая нам сторона нашей личности – с этим уверенным и сильным Я, которое будто бы знает всё наперед и не дает нам впасть в отчаяние? А если это так, то почему бы не составить этот диалог заранее – некий договор о помощи в стрессовых ситуациях. Ведь в этом случае пациент уже заранее будет чувствовать себя более комфортно и располагаться к «точке силы» существенно ближе, чем ранее. После высказывания таких предположений тоном полувопроса, полутверждения, терапевт предлагает пациенту здесь и сейчас обратиться к тому самому образу Я – сильного, уверенного, знающего, что нужно делать в любой ситуации с любым вопросом или предложением сотрудничества. Обращение пациента должно быть, во-первых, вежливым, дружеским, соответствующим образом эмоционально-окрашенным. А во-вторых, – четким, понятным, оставляющим возможность однозначных, определенных ответов. Далее, обращение должно быть не каким-то абстрактным, а предельно адресным, т.е. направленным именно тому образу Я, над которым трудились пациент и вся группа. После того, как вопрос сформирован и задан, терапевт резко (но в тоже время бережно) перебрасывает пациента на противоположный стул, стимулируя последнего к ответу от имени ресурсного Я (здесь нелишним является четкое напоминание о том, что пациент остался на прежнем месте, а здесь его ресурсное Я, только что получившее ясный и понятный вопрос, на который нужно отвечать). Слегка «ошарашенный» таким разрывом шаблона, пациент, часто к своему собственному удивлению, отвечает почти в автоматическом режиме. И далее также быстро возвращается на место для того, чтобы задать следующий вопрос. Подготовленный таким образом диалог, как правило, идет в достаточно интенсив-

ном режиме, притом, что «градус» интереса к происходящему у пациента и группы непрерывно повышается. После 3-5 минут такого интенсивного общения всё самое важное уже может быть сказано, необходимые договоренности – достигнуты. Терапевт благодарит эту, только что проявившую себя ресурсную часть личности пациента, и обращается к последнему с предложением обсудить, как теперь в стрессовых или кризисных ситуациях они будут взаимодействовать (т.е. это может быть внутренний диалог или же такая же «очная» диссоциация с использованием активного воображения; нужен ли специальный ритуал («якорь») для актуализации ресурсной субличности и пр.). После того, как все эти вопросы уточнены, пациенту предлагают прорепетировать типичный стрессовый или кризисный эпизод, наиболее вероятный в будущем, в технике активного воображения по Дж. Каутела. Эпизод должен разворачиваться в замедленной съемке, а поведение и реакции самого пациента в этом эпизоде должны предусматривать возможность диалога с ресурсным Я. Удовлетворительным результатом будет пребывание пациента всё это время в «точке силы», с чувством уверенности, мобилизации, полного контроля над ситуацией. В завершение технического действия проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссия по материалам пройденной сессии. Хорошим результатом завершения сессии является полная редукция аффекта страха, тревоги, признаки формирования устойчивого ресурсного состояния у инициативного пациента и в группе.

7) Техники с акцентом на сказко-драматические сюжеты. В данном случае используется упрощенный вариант сказко-драмы «Репка», подробно описанный нами в работе с чувством вины. Работа проводится с чувством страха, тревоги, возникающими в связи с неуверенностью пациента в собственной готовности к встрече с агрессивной средой. Общий алгоритм реализации технического действия включает: 1. идентификацию запроса; 2. обращение к сказочному сюжету с выявлением прямых аналогий, и его модификацией под конкретную ситуацию; 3. распределение и репетиция ролей в группе (важным моментом здесь является персонификация помощников клиента в виде разных граней его опыта, приобретенного в ходе продвижения по терапевтической программе, и сведения их в единую цепь, с помощью которой репа – определенное чувство тревоги и страха – выдергивается; таким образом клиент сводит воедино и актуализирует ресурсный опыт, который за счет синергетической целостности и силы оказывается победным); 4. проигрывание сюжета – в данном случае реализуется упрощенный вариант «выдергивания» чувства страха, без включения в процесс внесознательных инстанций; 5. обратная связь от участников и снятие ролей; 6. стандартные процедуры оценки состояния участников; 7. дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь следует считать редукцию проявлений страха, тревоги у инициативного пациента.

#### **4. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии**

На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии приоритетными мишенями являются дефицитарный ресурсный статус, мотивационная сфера, семейный и социальный статусы зависимых лиц.

Стандартными технологиями СПП в работе с такими наиболее часто встречающимися запросами, как: «не хватает сил, энергии», «пустота внутри, не знают чем заполнить», «не знают, где искать точку опоры в жизни», будут следующие:

1. Простые техники ресурсной поддержки:

– разминочные техники используются в группах противорецидивной и поддерживающей терапии с целью актуализации первичного ресурсного состояния пациентов с запросами на ресурсную поддержку. В данном случае проводится интерактивная техника обмена приветствиями: «Я рад тебя видеть, потому что (следует позитивная оценка образа партнера)», «Я рад тебя видеть здесь, ведь ты являешься важным для меня человеком, потому что (следует аргументация позитивного влияния партнера на группу)». В результате отмечаются признаки вхождения группы в первичное ресурсное состояние. Для клиентов с ресурсным запросом даже и такое короткое действие оказывает долговременный эффект, т.к. актуализирует ресурсную память;

– техники ресурсного наводнения (подробно описанные в предыдущих разделах) очень хорошо снимают усталость и «накипь» дискомфортных ситуаций, которые чаще всего и являются причиной энергетического спада;

– техники управляемой ресурсной памяти (подробно описаны в предыдущих разделах) – являются средством скорой помощи при ресурсном коллапсе;

– техники активного воображения («воспоминание о будущем») – используются аналогично предыдущему технологическому блоку.

2. Сложные техники ресурсной поддержки – для работы с такими запросами, как «не знаю, где искать опору в жизни», могут быть использованы такие ранее описанные нами технологии, как «Линия жизни», «Ресурсные поля», «Шаги за горизонт». Модификация в этом случае будет самой незначительной и не касающейся общего алгоритма реализации приведенных комплексных техник. Последние эффективны как в отношении заявляемой проблемы, так и в плане достижения универсальных целей, включая формирование устойчивого ресурсного состояния.

3. Техника с опорой на сказко-драматический сюжет «Илья и калики» используется для работы с пациентами, которым «не хватает сил, энергии, не знают, где искать точку опоры в жизни». Главная терапевтическая идея здесь заключается в мобилизации супер-ресурсных инстанций психики пациента на восстановление энергетического баланса и формировании стыковочного сценария конструктивных изменений в будущем. Основным сюжетом, к которому привязывается сценарий технического действия, является первая сказка из цикла «Илья Муромец», повествующая о чудесном исцелении героя.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего запроса. Далее проводится групповая дискуссия с обсуждением вопроса того, откуда вообще берутся силы у человека в стрессовый или кризисный период его жизни, и что является ключевым мобилизирующим фактором. Задача данного этапа заключается в том, чтобы группа и инициативный пациент продвинулись к пониманию того, что таким фактором чаще всего оказывается идея, сценарий жизни, ради которых стоит бороться и побеждать. Да и силы в этом случае чудесным образом появляются. Терапевт, стимулируя развитие дискуссии в этом направлении, просит участников привести конкретные примеры. Особое внимание здесь проявляется по отношению

к инициативному пациенту, который, при поддержке группы, должен либо воспроизвести, либо выстроить «вдохновляющий» жизненный сценарий, где присутствует идея, вызывающая ощущение подъема, радости, удовлетворения. Далее терапевт обращает внимание группы на то, что в сфере жизненной силы есть какая-то тайна, которая ранее была известна ведунам, святым людям, а в случае с Ильей Муромцем – каликам перехожим. Что же такое секретное знали калики перехожие, что после их встречи с Ильей, тот превратился из почти парализованного инвалида в былинного богатыря, не раз спасавшего Киевскую Русь от врагов. И как вообще происходила эта история? Далее выстраивается сценарий соответствующего сказко-драматического действия, которое психотерапевт предлагает воспроизвести на следующем этапе. Ключевым моментом здесь является проговаривание стыковочного сценария того, что в ответ на некие ритуальные действия (например, нужно набрать и выпить ключевой воды) инстанция, которая «заведует» ресурсами человека, должна «пронуться» и начать действовать в пользу главной идеи его жизни. Ведь так и произошло в истории Ильи – калики перехожие не просто из сострадания вернули ему возможность двигаться, они наделили его чудесной силой именно для того, чтобы он выполнил высокую миссию по спасению родной для него земли.

На следующем этапе технического действия уточняются детали сценария, который не обязательно должен в точности копировать сказочный сюжет. Однако такие необходимые атрибуты, как: исходное состояние главного героя – инициативного пациента – отсутствие сил, энергии, точки опоры; встреча с особыми людьми, которые знают, к кому и каким образом следует обратиться, чтобы получить доступ к суперресурсам; проговаривание основной идеи – жизненного сценария как условия разворота суперресурсных инстанций «лицом» к главному персонажу – должны здесь присутствовать. Далее распределяются роли. Это могут быть родные и близкие героя, страдающие из-за его болезни, но не потерявшие надежду на исцеление; те люди, которые так или иначе зависят от него и ждут помощи. Они готовят свои реплики для «Ильи», в которых должна быть выражена квинтэссенция их чувств, и для калик, с которыми они делятся своей тревогой и болью. В качестве «калик перехожих» могут быть выбраны наиболее уважаемые старшие резиденты, которым помогает терапевт. Разработка и репетиция сценария является весьма важным моментом осознания инициативным пациентом того, что с его судьбой связаны боль, переживания и чаяния близких людей; он, следовательно, не один в этом мире; жизнь стоит того, чтобы жить и самое лучшее может быть ещё впереди. После того как все готовы, по сигналу терапевта сказочно-драматический сюжет воспроизводится согласно распisanному сценарию. Однако в том эпизоде, когда калики перехожие обращаются к «Илье» с просьбой принести воды из колодца, терапевт разрывает шаблон действия и заявляет, что калики в этом моменте обращаются не к самому Илье, а его душе, с тем, чтобы разбудить и вдохновить на высокие дела. Далее следует прямой контакт с внесознательными инстанциями «Ильи», в ходе чего в состоянии транс инициативный пациент воспроизводит эпизод с набиранием воды из колодца, медленно пьет эту «воду», которая ... растекается по всему телу ... эта живая, святая вода ... целебная сила ... оmyвает душу и сердце ... снимает накопль усталости, горечи ... освежает каждую клеточку тела ... исцеляет память ... позволяет ясно увидеть для чего ты

живешь ... и дать силы и энергию для этой новой жизни ... В это время «калики» могут поддерживать «Илью», осуществляя телесное наводнение легкими прикосновениями. Далее «Илья» возвращается в сценарный сюжет, сообщает о своем самочувствии (обычно это состояние свежести, энергии, силы). Сказочно-драматическое действие завершается подкреплением стыковочного сценария успешной реализацией конструктивной идеи жизни клиента в проекции будущего. После чего проводится обратная связь с участниками драматического действия, процедура снятия ролей. Проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь следует считать признаки формирования устойчивого ресурсного состояния у инициативного пациента и укрепление конструктивного жизненного сценария у участников группы.

4. Техника с акцентом на мифодизайн – в данном случае основная терапевтическая идея заключается в формировании «больших» конструктивных форматов, в контексте которых всё, что происходит с клиентом, является неким испытанием. Достоинство выдержавшего испытание ждет награда – интересная, увлекательная жизнь, с чувством удовлетворения от пройденного пути. Такого рода контекст сам по себе является инструментом устойчивого ресурсного состояния, рождающим оптимизм, стойкость, энергию, необходимые для того, чтобы выдержать самый сложный период адаптации. Общий алгоритм выстраивания данного технического действия подробно описан нами в предыдущих разделах. В этом случае можно использовать сюжет сказко-драмы «Иди туда, не знаю куда, принеси то, не знаю что». В этом сюжете царь-самодержец отправляет своего любимого сына из дома, на первый взгляд, с нелепым заданием. Однако подлинный смысл данной метафоры заключается в том, что таким образом ему посылается испытание, без прохождения которого он не достоин стать наследником (а в нашем случае – стать хозяином своей собственной жизни и судьбы). Далее имеет значение, как «испытуемый» учится совладать с проблемными и кризисными ситуациями (здесь разыгрываются различные варианты решения актуальных проблем клиента). Ещё один ключевой момент сказочно-драматического сюжета – клубок ниток, который ведет героя по его жизненному пути – может быть интерпретирован и проработан, как не проявленный пока ещё «внутренний» жизненный сценарий. Этот сценарий полностью покажет себя, когда придет время. А сейчас стоит сосредоточиться на ближайших событиях – испытаниях и постараться пройти их достойно. Таким образом в общую канву сюжета закладывается стыковочный сценарий актуализации главного жизненного плана по мере прохождения ближайших проблемных ситуаций. В завершение проводится процедура оценки состояния инициативного пациента и группы, дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь следует считать появление признаков устойчивого ресурсного состояния у инициативного пациента и в группе.

## **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 такие этапы лече-

ния и реабилитации, как «рабочая» фаза и фаза «завершения» программы МСР, этап противорецидивной и поддерживающей терапии.

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

#### **Список использованных источников**

1. Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы и реабилитация больных алкоголизмом. // Ж. «Вопросы наркологии». – 1998. – № 2. – С. 62–81.
2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Москва, 2002. – 256 с.
3. Даренский И.Д., Белокрылов И.В. Психотерапевтическая программа наркологического стационара. – Москва, 2011. – 26 с.
4. Дудко Т.Н. Проблемы медико-социальной реабилитации наркологических больных. // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 155-156.
5. Кабанов М.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями // Материалы I-й Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи. – М., 1976. – С. 68-73.
6. Катков А.Л. К стандарту организации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК. // Ж. «Вопросы наркологии Казахстана». – Павлодар, 2009. – Т. 9, № 2. – С. 74–88.
7. Катков А.Л. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий). – Павлодар, 2011. – 397 с.
8. Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от ПАВ: макротехнологические и метатехнологические подходы: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 50 с.
9. Катков А.Л., Макаров В.В. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ. // Материалы III съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.). – Алматы, 2009. – С. 86–89.
10. Пак Т.В. Организация социальной реабилитации больных наркоманией. // Ж. «Вопросы наркологии Казахстана». – Павлодар, 2008. – Т. 8, № 4. – С. 75-76.
11. De Leon G. Community as a method: Therapeutic Communities for special population and special setting. // Westport, Connecticut: Praeger Publishers, 1977. – 140 p.
12. NIDA: Тринадцать принципов эффективного лечения наркомании // Ж. «Вопросы наркологии». – 2000. – № 1. – С. 29-30.