

Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых

КАТКОВ А.Л.

д.м.н., профессор, зам. директора Республиканского центра профилактики наркоманий,
Павлодар, Казахстан

ТИТОВА В.В.

врач психиатр-нарколог, Омск

Предлагается оптимизированный вариант психотерапии наркозависимых, включающий два уровня психотерапевтической коммуникации: глубинный универсальный и поверхностный технологический. Приведены алгоритмы психотерапевтической работы в соответствии с выявленными мишенями в психосоматическом статусе и с использованием системы опорных координат в деструктурированном личностном статусе больного с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ).

Введение

В настоящее время проблема распространения зависимости от ПАВ в странах СНГ, в частности в Российской Федерации, Республике Казахстан, если не полностью изучена, то достаточно инвентаризирована. В самом общем виде предварительные выводы могут быть представлены следующим образом.

1. Проблема распространения наркозависимости — отнюдь не самостоятельный, "самодостаточный" феномен, но лишь один из индикаторов гораздо более глубоких социально-психологических проблем развития общества (другой стороной данной проблемы выступают, например, рост преступности, терроризм и прочие проявления перманентного социального кризиса).

2. Масштабы и темпы распространения наркотической зависимости (от 1,7 до 2% населения) таковы, что требуют основательного пересмотра всей системы противодействующих усилий, в частности деятельности гуманитарного сектора и системы здравоохранения.

3. Определенные перспективы в этом плане связывают с применением методов психологического (психотерапевтического) воздействия в отношении реальных и потенциальных наркопотребителей, поскольку достоверно установлен факт крайне низкой эффективности (1—3% ремиссий в течение года) использования исключительно медикаментозных средств в программах медицинской реабилитации зависимых лиц.

4. Результатом адекватного психотерапевтического воздействия может быть не только подавление или установление действенного контроля в отношении патологического влечения (ПВ) к ПАВ, но и полное освобождение от зависимости.

Вопрос, следовательно, заключается в разработке и масштабном применении таких видов психотерапевтического воздействия, которые действительно способны "горы передвигать" в смысле изменения статуса клиентов. Ибо нет никаких иллюзий в том, что сущностное решение проблемы зависимости требует сущностных изменений у лиц, обратившихся за помощью.

Нет сомнений и в том, что разработка вышеуказанных психотерапевтических подходов продвинет перспективы повышения эффективности первичной профилактики по данному профилю благодаря осмысленной трансляции уникальных технологий кризисного развития индивида и группы в институционализированные практики образования и воспитания. Таков общий механизм перехода настоящего эксклюзивного статуса психотерапии в будущий социальный.

Двухуровневая модель эффективной психотерапевтической коммуникации

Разработка наиболее оптимальных вариантов психотерапевтической стратегии в программах медико-социальной реабилитации наркозависимых тесно связана с решением проблемы идентификации, интеграции данной специальности, закономерно ведущей к повышению эффективности психотерапевтического процесса как такового.

Опуская многочисленные детали, прямо не касающиеся рассматриваемого вопроса, с учетом результатов наших исследований, предлагаются вариант решения вышеуказанной проблемы и модель эффективности психотерапевтического процесса.

1. Основной идентификационный признак, отличающий и выделяющий психотерапию в ряду других институционализированных развивающих практик, заключается не в каком-либо структурно-теоретическом (например, единая теория личности), а в функциональном концепте данной дисциплины.

2. Основной функцией психотерапии является ее уникальная развивающая способность, оформляемая в уникальный результат: максимум сущностных изменений у индивида или группы за минимальный период времени.

3. Такой результат достигается путем осмысленного, целенаправленного использования возможностей глубинного универсального уровня психотерапевтической коммуникации, общие механизмы которого составляют идентификационный стержень любого психотерапевтического метода, модели, направления.

4. Различаются два уровня психотерапевтической коммуникации:

1) глубинный универсальный уровень с общими для психотерапевтического процесса механизмами действия:

идентификация с личностью психотерапевта;

убеждение и внушение, чаще скрытое;

облегченная трансляция социальных паттернов поведения;

позитивное подкрепление развивающего поведения пациента (клиента) или группы;

наделение пациента (клиента) энергетическими и пластическими ресурсами;

обретение пациентом (клиентом) свойств целостности между основными инстанциями психического ("прописки личности в бессознательном" по К. Витакеру).

2) поверхностный технологический уровень, включающий структурированные технические действия (методики, техники, манипуляции, процедуры), направленные

на разрушение или утилизацию деструктивных, патологических связей у пациента (клиента) и создание новых, адаптирующих.

Обычно данный процесс в той или иной степени, опирается на расширение когнитивного репертуара, коррекцию эмоционального опыта, модификацию поведения посредством позитивного/негативного подкрепления со стороны психотерапевта.

5. Максимально эффективное использование механизмов глубинного универсального уровня психотерапевтической коммуникации подразумевает их активное вовлечение в процесс реализации структурированных психотерапевтических технологий, для которого характерна определенная последовательность:

точная идентификация проблемы;

полная инвентаризация проблемы;

выстраивание адекватной диагностической триады: дефект — идеал — проект терапии (обоснованный комплекс технических действий);

проработка последовательности технических действий с пациентом (клиентом);

реализация технических действий;

фиксация изменений (на вербальном и невербальном уровнях; в эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферах);

оценка перспективы и решений пациента в отношении взаимодействия с первоначально заявленной проблемой, а также в отношении собственного будущего.

Синтез универсальных и структурированных психотерапевтических механизмов с учетом приведенного алгоритма оформления технических действий происходит следующим образом:

на этапе установления контакта терапевта с пациентом (клиентом) в диагностической фазе за счет процессов идентификации с личностью психотерапевта происходит предуготовливание технических эффектов (например, в сфере коррекции эмоционального опыта: психотерапевт, не акцентируя внимание клиента, демонстрирует возможности иных эмоциональных реакций в отношении травмирующей ситуации);

на этапе проработки последовательности технических действий путем использования механизма скрытого внушения подготавливается манифестация желательных эффектов;

в фазе реализации технических действий используются механизмы действенного позитивного подкрепления развивающего поведения пациента (клиента);

на этапе фиксации изменений и оценки перспектив используется скрытое конструирование эволюционных сценариев будущего (механизм скрытого внушения, позитивного подкрепления развивающего поведения).

6. Обязательным условием для автономного и включенного функционирования общих механизмов глубинного универсального уровня психотерапевтической коммуникации является феноменологическое поле так называемого пространства психотерапии. Общими характеристиками данного феномена являются:

безопасность (гарантия поддержки и условность даже самых драматических моментов происходящего);

разряженность (события в пространстве психотерапии фокусируются избирательно и разделяются с травмирующими контекстами);

концентрация (возможность комбинации таких контекстов, обстоятельств, событий, соответствующих состоя-

ний субъектов психотерапевтического процесса, которые в совокупности обеспечивают необходимый терапевтический эффект, но в реальной жизни встречаются крайне редко).

Сушностным, ключевым моментом — характеристикой психотерапевтического пространства, обеспечивающей потенциальную способность психотерапевтической коммуникации "горы передвигать", вызывать значительные изменения в состоянии пациентов (клиентов) в относительно короткие промежутки времени — является скрытый, неосознанный переход от стратегии поведения, направленного на сохранение статус-кво, устойчивости, психологической и телесной брони, к полярной стратегии деятельности, обеспечивающей максимальную пластику, скорость изменений у субъектов психотерапии, эффективные синергические отношения между участниками процесса.

Нами разработаны исследовательские карты (схемы) — индикаторы, позволяющие по уровню выраженности объективных и субъективных признаков вхождения в феноменологическое поле психотерапевтического пространства у субъектов психотерапевтической коммуникации судить о степени вовлеченности в данный процесс универсальных механизмов глубинного уровня психотерапии.

Следовательно, появляется возможность реального продвижения в оценке эффективности психотерапевтической коммуникации независимо от особенностей применяемой техники или метода.

Ниже приводятся названные схемы.

Схема 1

Карта исследования субъективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (заполняется пациентом дважды: в начале и в завершение каждого психотерапевтического цикла (методики)).

1. Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а) да, б) нет, в) затрудняюсь с ответом

2. Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)*

3. Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

4. Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в последующей работе с ним?

Ответ: а), б), в)

5. Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

6. Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в последующей работе с ним?

Ответ: а), б), в)

7. Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

8. Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в последующей работе с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)

* Здесь и далее в схеме 1 варианты ответов а), б), в) те же, что и для вопроса 1.

9. Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия во время первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

10. Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия в последующей работе с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)

11. Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

12. Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующей работы с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)

13. Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

14. Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время последующей работы с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)

15. Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, "мурашек" и т.д.) во время первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

16. Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, "мурашек" и т.д.) в последующей работе с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)

17. Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего "Я") во время первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

18. Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего "Я") в последующей работе с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)

19. Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту, в продолжение первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

20. Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту, в последующей работе с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)

21. Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы во время первого психотерапевтического сеанса?

Ответ: а), б), в)

22. Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?

Ответ: а), б), в)

Схема 2

Карта исследования объективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (заполняется супервизором или психотерапевтом дважды: в начале и в завершение каждого психотерапевтического цикла (методики)).

1. Сокращение дистанции между терапевтом и клиентом

а) отсутствует

б) слабая степень выраженности

в) средняя степень выраженности

г) значительная степень выраженности

2. Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз)

Выраженность признака: а), б), в), г)*

3. Аналогии в мимических реакциях

Выраженность признака: а), б), в), г)

4. Присоединение по тембру и интонациям речи

Выраженность признака: а), б), в), г)

5. Синхронизация речевого темпоритма

Выраженность признака: а), б), в), г)

6. Выраженность вегетативных реакций у пациента

Выраженность признака: а), б), в), г)

7. Синхронизация дыхательного ритма

Выраженность признака: а), б), в), г)

8. Выраженность мышечной релаксации у пациента

Выраженность признака: а), б), в), г).

7. Феномен психотерапевтического пространства запускается посредством другого ключевого феномена — личности психотерапевта.

Среди наиболее общих характеристик профессиональных психотерапевтов (включая отношение к пациенту, профессиональные кондиции), которые обычно приводятся в данной связи, на наш взгляд, следует выделить свойство "привлекательной целостности" — аналог качества "прописки личности в бессознательном" по К. Витакеру, которое идентифицируется клиентами (пациентами) или группой в считанные секунды.

Именно в силу грандиозной привлекательности данного статуса и происходит актуализация механизма идентификации с личностью психотерапевта и развитие всего феноменологического поля пространства психотерапии.

Общая стратегия двухуровневого интегративно-развивающего психотерапевтического процесса

Итак, отличительной особенностью эффективного психотерапевтического процесса, выделяющего данную коммуникацию в ряду других развивающих практик, является максимально возможное, осознанное использование универсальных психотерапевтических механизмов глубинного уровня психотерапии, предполагающее прямое или косвенное обращение к инстанциям, генерирующим огромные пластические и энергетические ресурсы.

Эти инстанции обозначаются в профессиональной психотерапии как "бессознательное", "неосознанное", "предсознательное", "сверхсознательное" и так далее (вопрос, почему профессиональные психотерапевты так настойчиво стремятся вытеснить эти столь действенные категории из поля реальности, формируемой сознанием, по-своему очень интересен).

Мы полагаем, что современный уровень развития собственно научной методологии (эпистемологии, гносеологии, когнитологии), творческое использование новых, колышевых (а не абстрактно-холистических) научных архетипов и междисциплинарных подходов, более адекватных предмету психотерапевтической науки и практики, позволяет отказаться от вышеперечисленных "ускользающих" терминов и вернуть на вполне легальных основаниях собственные имена "способным горы передвигать" упомянутым инстанциям, а заодно, точно обозначить основной предмет психотерапии.

* Здесь и далее в схеме 2 градации степени выраженности тестируемых признаков от а) до г) те же, как обозначено в пункте 1.

Это, конечно, категории души и духа.

Таким образом, с возвращением данных, ко многому обязывающих терминов психотерапия вообще и психотерапия наркозависимых в частности становятся самодостаточными и не нуждаются в каких-либо дополнениях (например, в виде программы "12 шагов").

Кроме того, с учетом уже обозначенных возможностей современной научной методологии у субъектов психотерапевтического процесса появляется понятная перспектива не только "верить", смутно чувствовать, но и знать свой собственный суперресурс, именуемый *душой* и *духом*. А это уже совсем другие горизонты и качество жизни субъекта.

Отсюда становятся понятными условия излечения — освобождения от наркотической зависимости: проблема ПВ к ПАВ, не решаемая на уровнях тела и личности, находит решение на уровне души и духа. Если только этот уровень не вытесняется из профессионального поля психотерапии и, соответственно, программ медико-социальной реабилитации (МСР) наркозависимых.

Здесь мы позволили себе несколько опередить события и приблизиться к обсуждаемой теме с единственной целью: продемонстрировать продуктивность и масштаб стратегических возможностей интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии.

Следующим общим моментом являются принципы соотношения методов, моделей и направлений психотерапии (так называемой школьной парадигмы) с новыми интегративными подходами.

Мы полагаем, что эти два полюса развития специальности, с выведением глубинного уровня психотерапевтической коммуникации и уточнением универсальных механизмов, действующих в феноменологическом поле пространства психотерапии, теперь лишь дополняют друг друга.

Таким образом, в рамках интегративно-развивающего психотерапевтического процесса могут, в принципе, реализовываться любые модели, направления или методы психотерапии.

Мы полагаем, что некоторые общие моменты структурного оформления данного процесса лишь усилят общую эффективность какого-либо метода, никак не препятствуя основной идее или техническому своеобразию реализации.

Общие требования, предъявляемые к стратегии реализации интегративно-развивающего процесса, предусматривают проработку следующих позиций:

1. Учет особенностей индивидуальных развивающих стратегий у пациентов (клиентов).

Данные стратегии могут быть отнесены преимущественно к одному из трех предлагаемых вариантов:

- ассимиляция — ригидность (некритический перенос прежних навыков и стратегий поведения в новой ситуации);

- аккомодация — конформизм (полное изменение стратегии поведения в новой ситуации);

- равновесие — гибкость (рациональное изменение поведения и приобретение адаптирующих навыков в новой ситуации).

В соответствии с полученными диагностическими данными корректируются темпы, требования и общая интенсивность психотерапевтического процесса.

2. Использование всех возможных вариантов достижения требуемых изменений у пациентов (клиентов) или групп в процессе психотерапии:

- ситуационные изменения (непрерывные, нестойкие, индуцированные);

- революционные изменения (быстрые, глубокие, достаточно устойчивые);

- эволюционные изменения (медленные, необратимые).

3. Использование семиуровневой модели инсайтов в психотерапевтической коммуникации.

Уровни психотерапевтических инсайтов у пациентов:

- инсайты I уровня (осознания зависимости форм реагирования от особенностей ситуации);

- инсайты II уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей личности);

- инсайты III уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей условий формирования личности);

- инсайты IV уровня (осознание имеющегося дискомфорта как сигнала необходимости изменений (развития));

- инсайты V уровня (осознание необходимости принятия гибкой стратегии изменений (развития) как естественного и основного условия эффективного решения всех возникающих проблем, общего повышения качества жизни).

Уровни творческих инсайтов у психотерапевта:

- инсайт I уровня (оригинальная терапевтическая идея решения конкретной проблемы (уникальный сплав личного мифа пациента, контекста психотерапевтической коммуникации, "сподручной" психотерапевтической техники или метода психотерапии));

- инсайт II уровня (оригинальная идея решения унифицированной проблемы развития пациента (клиента), реализуемая в уникальной конструкции психотерапевтического процесса, учитывающего особенности развивающей стратегии пациента).

4. Использование опорной системы координат личного мифа пациентов (клиентов) в оформлении технологического уровня психотерапевтической коммуникации.

По результатам наших исследований в своей внутренней и внешней ориентировке (опорная система координат) пациентов (клиентов) можно отнести к одной из трех групп:

- преимущественно опирающихся на систему рациональных знаний (перспективно обращение к направлению когнитивной психотерапии, техникам расширения когнитивного репертуара);

- преимущественно опирающихся на систему иррациональных верований (перспективно обращение к магическим, религиозным моделям, техникам суггестивной психотерапии);

- преимущественно опирающихся на собственный опыт (перспективно обращение к направлению поведенческой психотерапии, техникам с опорой на очевидности).

5. Использование возможностей сведения вышеуказанных систем координат в общий базис.

Здесь, дополнительно к самостоятельным методам и моделям психотерапии, используется специальная многоступенчатая техника расширения когнитивного пространства до модели "новой реальности", где неидентифицируемые, субъектные феномены души и духа на вполне легальных основаниях могут выступать в качестве полноценных, объективно-фиксируемых феноменов с возможностью конструктивного диалога и развития требуемых ресурсных состояний.

6. Использование общего континуума целей психотерапевтической коммуникации:

- достижение внутреннего уровня гармонии (подлинная актуализация с облегченным доступом к основным ресурсам персонального; достижение целостности между основными инстанциями психического: личность — душа — дух);

— достижение внешнего уровня гармонии (установление принципиально иных отношений персонального с социальным: социальное становится фоном, но не фигурой, то есть категорией, достойный компромисс с которой легко достижим);

— обретение целостной развивающей стратегии бытия с обновленной системой ценностей и смыслов, где жизненные сложности не фатальны, а необходимость изменений приветствуется.

7. *Конструктивное использование "золотого" правила психотерапии.*

В наибольшей степени данное правило соответствует всему контексту интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии: "заболевает, получает "проблему", какой-либо уровень дискомфорта — один человек; выздоравливает, решает проблему, избавляется от дискомфорта — другой, изменившийся".

Следовательно, основная задача психотерапевтической коммуникации состоит в максимально возможном, концентрированном развитии качеств "того — другого", с легкостью избавляющегося от болезни, дискомфорта, проблемы, а не в решении конкретных жизненных затруднений пациента. Последняя проблема закономерно разрешается в ходе адекватного интегративно-развивающего психотерапевтического процесса.

Шкала субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Параметры оценки	Индикатор
1. Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни: а) однозначно нет; б) трудно ответить; в) начало пути; г) середина пути; д) развился, но не до конца; е) однозначно есть.	
2. Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов: Ответ: а), б), в), г), д), е)*	
3. Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
4. У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
5. Я умею делать свой выбор и держаться избранного, несмотря ни на что: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
6. Я хорошо знаю о всех возможных рисках, связанных с употреблением наркотиков, других психоактивных веществ: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
7. Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других психоактивных веществ мешает реализации моих жизненных планов Ответ: а), б), в), г), д), е)	
8. Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, несмотря ни на что: Ответ: а), б), в), г), д), е)	
* здесь и далее в схеме 3 варианты ответов от а) до е) те же, что и для параметра 1	

Определение индивидуального психологического здоровья и свойств антинаркотической устойчивости

В 2001 г. в ходе многоуровневого исследования наркозависимости в Республике Казахстан, проведенного на 7650 респондентах, нами были идентифицированы параметры психологических свойств, которые реально способствуют устойчивости индивида к агрессивным влияниям внешней среды.

Результаты вышеперечисленных исследований легли в основу концепции психологического здоровья (категории, которую можно представить и как качество психического здоровья), определяющей процесс активного формирования индивидуального и социального здоровья как интенсивное развитие самоорганизующих способностей человека, а не охрану его биологического статуса.

В ходе исследования была достоверно установлена практически полная идентичность высоких уровней психологического здоровья соответствующим показателям антинаркотической устойчивости.

Разность в оценочных параметрах данных феноменов легко понять из схем определения индивидуальной антинаркотической устойчивости.

Положительной динамикой следует считать продвижение по всем параметрам от индикатора а) к индикатору е) в шкале субъективных оценок (схема 3); и от 1 балла до 5 баллов в шкале объективных оценок степени развития

феномена индивидуальной антинаркотической устойчивости (схема 4).

Таким образом, феномен антинаркотической устойчивости включает дополнительные параметры информированности, реальной конфронтации и исключения сценария наркопотребления на всех возможных уровнях.

В точке определения феномена антинаркотической устойчивости и сходятся, как понятно из всего сказанного, континуум целей интегративно-развивающего психотерапевтического процесса, основной вектор направления "золотого правила психотерапии", структурированные задачи психотерапии наркозависимых в программах МСР.

Структурированная психотерапия наркозависимых в программах МСР

1. Место психотерапии в программах МСР.

МСР наркозависимых представляет собой комплексную, взаимосвязанную систему медицинских и социальных мероприятий, направляемых на:

1) избавление от физической и установление контроля над психической зависимостью от ПАВ;

2) восстановление биологических и социальных адаптационных навыков;

3) развитие личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма.

В нашем определении МСР термин *реабилитация* означает *возврат способностей*. Мы полагаем, что только

**Шкала объективной оценки степени развития
свойств антинаркотической устойчивости**

Параметры оценки	Баллы до 5
1. Полноценное завершение личностной идентификации	
2. Степень сформированности навыков ответственного выбора	
3. Степень сформированности внутреннего локуса контроля	
4. Наличие позитивного жизненного сценария	
5. Наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария	
6. Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления	
7. Исключение наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов	

лишь возврат адаптационных биологических или социальных способностей не в состоянии кардинально решить проблему избавления от наркотической зависимости (в орбиту зависимости могут попадать и достаточно адаптированные люди). Наша модель предполагает развитие совершенно новых для индивида личностных свойств, которые с абсолютной вероятностью отсутствовали у него или находились в степени развития, не обеспечивающей нужного эффекта, в момент приобщения к употреблению ПАВ. Поэтому для разработанной нами программы МСР

Схема 4 более точным и адекватным сути процесса является термин *необили- тация*, буквально: *развитие новых способностей*. Однако в целях избежания терминологической путаницы мы сохраняем традиционную терминологию.

Как понятно из вышеприведенного определения, эффективное решение центральной задачи МСР — кризисного развития личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту зависимости — как раз и является стержневым звеном эффективности программы МСР.

Рассчитывать на успешное выполнение этой главной задачи можно, лишь имея в виду ресурс запредельной

пластики психотерапевтического пространства, где в ограниченный объем времени у субъектов психотерапии происходят подчас самые драматические, сущностные изменения.

Таким образом, двухуровневая психотерапия как уникальная развивающая практика является обязательным и наиболее важным атрибутом программ МСР наркозависимых.

Но, кроме того, исключительную важность имеет общий психотерапевтический контекст отношений в терапевтическом сообществе, в поле которого успешно реали-

Схема 5

Основные лечебно-реабилитационные практики программы МСР

Обозначение практики	I этап	II этап	III этап
Медикаментозная терапия	+		—
Психотерапия	+	+	+
— индивидуальная манипулятивная	+	+	—
— групповая манипулятивная	+	—	—
— индивидуальная развивающая	—	+	+
— групповая развивающая	—	+	+
Социально-психологические тренинги	+	+	+
Психологическое консультирование	—	+	+
Работы с волонтерами-консультантами	+	+	—
Терапия средой	+	+	+
Трудотерапия		+	+
Социальное обучение	—	+	+
Терапия занятостью	+	+	+
Оздоровительные и спортивные занятия		+	+
Информационные программы	+	+	—
Собственная волонтерская практика	—	—	+
Групповые мероприятия ТС	+	+	+
Активный досуг	—	—	+
Встречи и общение с ЗДЛ (значимыми другими лицами)	—		+
Юридическое консультирование	—	+	+
Жилищные программы	—	+	+
Трудоустройство	—	—	+
Вовлечение в анонимные сообщества	—	—	+
Противорецидивные тренинги	—	—	+

зуются и другие развивающие практики — структурированные технологические уровни (схема 5).

2. Основной вектор психотерапевтической активности в программах МСР.

Основные направления психотерапевтической активности в программах МСР лежат, как уже было сказано, в плоскости решения главных задач МСР наркозависимых.

Между тем, реализация длительной психотерапевтической программы подразумевает формирование промежуточных ориентировочных рубежей, а также соответствующего алгоритма их достижения.

В этом случае наиболее традиционна психотерапевтическая ориентировка на мишени программы МСР.

Под термином *мишени программы МСР* понимаются ключевые статусные характеристики, позволяющие, с одной стороны, сконцентрировать терапевтические усилия специалистов на узловых проблемах патологического статуса зависимых, с другой, — надежно идентифицировать общий результат продвижения к поставленной цели.

В разработанной нами программе используется ряд основных мишеней.

Мишень № 1 — патологический соматический статус зависимых от ПАВ, который складывается из признаков:

- отравления (передозировки) ПАВ;
- интоксикации ПАВ;
- синдрома (состояния) отмены ПАВ;
- синдрома зависимости от ПАВ (соматический уровень);
- признаков сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии.

Мишень № 2 — патологический личностный статус зависимых от ПАВ, который складывается из:

- общих личностных характеристик, определяющих дефицит свойств антинаркотической устойчивости;
- нормохронологических характеристик, являющихся базой для формирования дефицита свойств антинаркотической устойчивости индивида;

характеристик собственно патологического личностного статуса зависимых от ПАВ, обслуживающего синдром зависимости.

Мишень № 3 — патологический социальный статус зависимых от ПАВ, который складывается из:

- общих социальных характеристик (доход, социальная динамика и т.д.);
- так называемых социальных характеристик личности, согласно концепции личности Альберта Бандуры;
- характеристик коммуникативных и других навыков социального поведения;

характеристик системы отношений в микросоциуме.

Мишень № 4 — собственно патологическое влечение к ПАВ во всех сферах непосредственного проявления данного феномена.

Мишень № 5 — мотивация на избавление от патологической зависимости от ПАВ в плане обеспечения адекватной динамики развития: от поверхностного уровня мотивации (избавление от физической зависимости) до глубинного (реализация конкурирующих с наркопотреблением, позитивных жизненных сценариев).

Обозначенные мишени, согласно основным, этапным целям программы МСР, выстраиваются в систему приоритетов. На первом этапе основными мишенями являются мишени №№ 1, 4, 5. На втором и третьем этапах — мишени №№ 2, 3, 5.

Общий алгоритм работы с мишенями №№ 1–5 представлен в схеме № 6.

Схема 6

Алгоритм психотерапевтической работы с мишенями №№ 1–5 в наркологической практике

1. Установление особого контакта с нормативным личностным статусом;
2. Стимуляция нормативного личностного статуса;
3. Активизация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностного статуса;
4. Восстановление нормативного потребностного цикла с позитивной динамикой лечебных установок;
5. Редукция патологического личностного статуса;
6. Подавление и контроль ПВ к ПАВ;
7. Фиксация, укоренение нормативного личностного статуса и развитие новых личностных свойств антинаркотической устойчивости:
 - полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
 - адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
 - качество “внутренней” ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанной с предыдущим пунктом;
 - наличие адекватно сформулированного, “собственного” конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;
 - наличие достаточных ресурсов для реализации вышеуказанных сценариев;
 - полноценная информированность о негативных последствиях употребления ПАВ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев;
8. Полная редукция ПВ к ПАВ;
9. Развитие полноценной устойчивости к повторному вовлечению в орбиту наркотизма.

Мишень № 1 (патологический самостоятельный статус зависимых от ПАВ) здесь не является исключением. Более того, “чуждая” редукция тяжелого соматического дискомфорта, обычно достигаемая в условиях запредельной пластики психотерапевтического пространства, является очень важным условием для развития других необходимых эффектов.

Психотерапевтическая стратегия, используемая в программах МСР, может носить и более функциональный характер, сосредотачиваясь на близких и понятных для пациентов проблемах (поверхностный план), имеет в виду сущностное продвижение к реализации основной психотерапевтической задачи.

3. Особенности реализации структурированных этапов психотерапии в программах МСР.

Следует иметь в виду, что основным условием успешного продвижения в решении главных психотерапевтических целей и задач является их поэтапная реализация в контексте запредельной пластики психотерапевтического пространства, поддерживаемого системой синергических, терапевтических отношений в сообществе. Однако установление и развитие такого рода отношений между пациентами (клиентами) и персоналом, особенно в период становления программы МСР, — дело далеко не простое.

Поэтому психотерапевтическая работа с первой очевидной проблемой — феноменом патологического влечения к ПАВ — должна предусматривать и возможности решения сущностной задачи — максимальной интериориза-

цией пациентами (клиентами) общих норм синергического поведения: активности, открытости, искренности, доверительности, поддержки.

Практически данная задача реализуется в продолжение первых сессий, во время которых проводится индивидуальная психотерапевтическая работа, а группа используется как фон.

Используются смешанные техники с опорой на очевидности и эксплуатацией феноменов разлитого транса.

Пациентов, утверждающих, что проблема освобождения от зависимости, по крайней мере, трудно осуществима, ставят перед фактом: те из них, кто закованы в мышечную броню, сопротивляются возможности взаимодействия, дают скрытые агрессивные реакции (демонстрирует конфронтационную, конкурентную стратегию поведения), закономерно не получают редукцию общего дискомфорта вследствие феноменов разлитого транса.

Те же, кто изначально принимают стратегию синергического поведения или успешно преодолевают сопротивление, с легкостью входят в состояние разлитого транса с закономерной редукцией абстинентного дискомфорта.

С использованием уже известных механизмов скрытого формирования сценариев поведения, действительно позитивного подкрепления, идентификации в первых фазах развития пространства психотерапии происходит эффективная актуализация синергической стратегии поведения у пациентов (клиентов) с одновременной стойкой редукцией феномена ПВ к ПАВ.

Пациенты, что называется, воочию убеждаются в том, что из "мягкой глины" можно вылепить любую желательную конструкцию, причем достаточно быстро. Из "твердого гранита" вылепить ничего нельзя. А "обтесывать камень" — долгое и утомительное занятие.

Закономерными итогами данного структурированного психотерапевтического воздействия являются:

- стойкая редукция ПВ к ПАВ;
- актуализация синергической стратегии поведения;
- появление веры в реальное достижение желательного результата;
- развитие мотивации на дальнейшее пребывание в терапевтическом сообществе.

Следующий этап структурированного психотерапевтического воздействия связан с проработкой терапевтического контракта на прохождение программы МСР.

Данный этап может и предшествовать вышеописанному, если указанный контракт заключается при поступлении пациента (клиента) в лечебно-реабилитационное учреждение, а не после испытательного периода.

Ключевым моментом данного этапа, обеспечивающим искомый результат, является отношение к процедуре заключения контракта как к полноценной психотерапевтической сессии.

Структурированной частью коммуникации (на фоне развития первых фаз пространства психотерапии, с идентификацией и позитивным подкреплением конструктивных поведенческих паттернов) является проработка следующих тем:

- что такое контракт в принципе? (выход на систему обязательств);
- почему в соматических клиниках не заключают контракт, а в наркологических уделяют этому вопросу повышенное внимание? (выход на лечебную функцию правил поведения, заложенных в контракте);

— с какой инстанцией психики (личности) заключается контракт? (выход на тройное растождествление: нормативное (здоровое) "Я"; патологическое (обслуживающее зависимость) "Я"; скрытые инстанции, ответственные за энергию желаний, пластику их переформирования);

— структурированная работа с каждой из поименованных инстанций в контексте обсуждаемых положений контракта (позитивное подкрепление нормативного "Я", конструктивного сценария выполнения целебных условий контракта; негативное подкрепление патологического "Я"; перспективное подавление возможной атаки основных контрактных положений; "перетаскивание" на сторону нормативного "Я" скрытой, неосознаваемой инстанции психического);

— отличие намерений от решений (развивается навык ответственного выбора с использованием механизмов скрытого конструирования позитивного сценария).

Результатом психотерапевтической работы с контрактом являются:

- повышение мотивации на осознанное выполнение условий контракта;
- существенный шаг в терапевтическом растождествлении субличностей — инстанций с перспективой дальнейшей работы в этом направлении;
- формирование позитивного сценария прохождения программы МСР с предуготовленными эффектами.

Более длительным и дифференцированным этапом интегративно-развивающей психотерапии является конструктивное решение технических проблем пациента, которые обычно решаются за счет употребления наркотика:

- базисная неуверенность;
- повышенная зависимость от внешней ситуации;
- груз вины, осознаваемой и неосознаваемой;
- неотрагированная обида;
- ощущение "внутренней пустоты".

В режиме запредельной пластики пространства используются специальные психодраматические техники с акцентом на гештальт-подходы.

В результате, пациенты приобретают надежно интериоризированные знания — умения — навыки эффективного решения сложных жизненных проблем. Но, кроме того, вырабатывается общий позитивный подход к самому факту периодически жизненных затруднений, которые представляются отнюдь не фатальными.

Наиболее сложным этапом интегративно-развивающей двухуровневой психотерапии наркозависимых является кризисное развитие свойств, обеспечивающих антинаркотическую устойчивость.

Для решения данной ключевой задачи МСР используется практически весь методологический арсенал психотерапии.

По результатам наших исследований, более приоритетными в аспекте развития определенных личностных свойств являются следующие психотерапевтические методы:

- а) *завершение личностной идентификации:*
 - гештальт-терапия;
 - групповая психотерапия;
 - транзактный анализ;
 - телесно-ориентировочная психотерапия;
 - проработка "Я"-ролей в СПТ.
- б) *формирование навыков ответственного выбора:*
 - групповая психотерапия;