Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының
Республикалық ғылыми-практикалық орталығы

А.Л. Катков

Психобелсенді заттардан тәуелділерді сауықтырудың медициналық-әлеуметтік бағдарламалардағы психотерапиялық көмектің моделдері

Әдістемелік ұсыныстар

Павлодар, 2012

Катков А.Л.

Психобелсенді заттардан тәуелділерді сауықтырудың медициналық-әлеуметтік бағдарламалардағы психотерапиялық көмектің моделдері: Әдістемелік ұсыныстар. – Павлодар, 2012. – 50 с.

Әлеуметтік ұсыныстар м.ғ.д., проф. А.Л.Катковпен дайындалған.

Ұсынылған әдістемелік ұсыныстар наркологиялық профилінің мамандары үшін арналған: психотерапевт-дәрігерлерге, психологтарға, әлеуметтік жұмыстар бойынша мамандарға.

Әдістемелік ұсыныстарда МТБ бағдарламаларында кәсіби психотерапиялық компоненттер, профилді бөлімшелер мен орталықтарында психотерапиялық режимі, «12 қадам» және терапиялық қоғамдастық (ТҚ) төмен құрылымдау сауықтыру бағдарламалары, кәсіби еместе «жарияланбаған» психотерапия – психобелсенді заттардан байланысты медициналық-әлеуметтік сауықтыру бағдарламасында қолданылған психотерапиялық көмегінің негізгі әдістері толық сипатталған. Осы моделдерді қолдану, сонымен бірге нақты шарттар кезінде оларды кешенді қолданудың мүмкіндігін қолдануының оптималды шектері қарастырылады.

Ерекше назар, сәйкесінше психотерапиялық және сауықтыру тәсілінің нәтижелігін жоғарлатуына мүмкіндік беретін негізгі фактор ретінде сауықтыру бригадаларының құрамындағы әрекет етілген қызметкерлерді дайындау сұрақтарына бөлінеді.

Психотерапиялық әдістер және технологияларының ПБЗ-нан байланысты МТБ бағдарламаларында қолданылған аралық және соңғы нәтижелігін анықтау тәсілдері туралы мәліметтер келтіріледі.

Рецензенттер:

Медициналық ғылымдарының докторы Толстикова А.Ю.

Медициналық ғылымдарының докторы, профессор Кудьярова Г.М.

Әдістемелік ұсыныстар Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының Республикалық ғылыми-практикалық орталығының Ғылыми кеңесінің отырысында қарастырылды (ғылыми кеңестің төрайымы – А.Т. Ескалиева, 2012 жылғы «17» қыркүйегінің № 268 хаттамасы).

Қазақстан Республикасының Денсаулық қорғау министрлігінің медициналық білім және ғылымының инновациялық технологияларының Республикалық орталығымен келісілді және ұсынылды (2012 жылғы "23" қазан № 10 хаттамасы).

МАЗМҰНЫ

Кіріспе.....……4
1. «12 қадам» бағдарламасымен және терапиялық қоғамдастығының (ТҚ) идеологиясына негізделген психотерапиялық көмегінің моделдері ……9
1.1. Терапиялық қоғамдастықтың (ТҚ) идеясына негізделген тәуелділігі бағдарламаларының мән-мәтіні мен психотерапиялық компоненттер.....…10
1.2.«12 қадам» бағдарламасының психотерапиялық компоненттері..…….21
2. Кәсіби бөлімшелерінде немесе орталықтарында психотерапиялық режимін ұйымдастыруына негізделген ПБЗ байланысты психотерапиялық көмектің моделі .....…….…….35
3. Жоғары құрылымдалған тәуелділік бағдарламаларының өзіндік компоненті ретіндегі психотерапия ...…….40
Қорытынды. …….…….49
Қолданылған әдебиеттер тізімі..... ……..50

Кіріспе

Әлеуметтік эпидемиясының басты ерекшелігінің бірі, қарсы әрекеттің дәстүрлі тәсілдері биологиялық эпидемиялармен ұқсастығы бойынша қойылғаны аз нәтижелікті, не мүлдем нәтижелі емес болады. Осы жағдайды бағаламаушылық, негізінде, өткен 80-90 жж. жүзжылдықтың іс-жүзіндегі барлық жерде байқалған тұрғындарға нашақорлық көмегі жүйесінің терең кризисінің жағдайын алдын ала анықтады (әлеуметтік секторында ПБЗ-нан байланысты болуын таратуына қарсылығының негізгі ресурсы).

Осы деректің дұрыс көзқараспен бағалауы ықпалдылығына бастапқы импульс ретінде, сонымен бірге көптеген елдерде тұрғындарға наркологиялық көмек көрсету жүйесінің революциялық өзгерістер де болды. Жалпы сипаттарында 80-90 жылдарындағы АҚШ, Канада, Юатыс және Шығыс Еуропа, Балтия елдерінің денсаулық сақтау жүйесіндегі наркологиялық қызметті дамытуының негізгі тенденциялары келесі: 1) мамандырылған наркологиялық көмек беру жүйесі алкоголизм және наркоманияны таратуға қарсы әрекет жасаудың балама әлеуметтік формаларымен және осы саладағы қызмет ететін басқа ұйымдардың әрекеттерімен одан әрі тығыз қабыстырылады; 2) накологиялық қызметін ұйымдастыру, құрылымы, кадрлік айрықшалауы көптеген әлеуметтік топтардың аса әртүрлі, иілгіш, адекваттық қажеттілігі болып қалады; 3) тұрғындарға наркологиялық мекемелермен ұсынылған алкоголге қарсы және есірткіге қарсы қызметтерінің ассортименті, айтылғанның күшінде, есірткіге тәуелді қоғамдық бетке басуы және құқықтарын жою қауіптері, кедергі деңгейін бір мезгілде төмендетуі кезінде анағұрлым кеңейтіледі; 4) көп деңгейлі, әртүрлі және көп салалы емделу-сауықтыру әрекеті шарттарында абзал рөлі алкоголизм және есірткіге тәуелділігін тарату мәселелерін толық бақылау және нәтижелі үйлестіруіне әкеледі; 5) сонымен бірге абсолютті басым, дәлелді нәтижелігімен терапевтік және ұйымдастырылған принциптері мен тәсілдемелілігін қолдануы болып саналады.

Ос тізімдегі үшінші орын, негізінде әлеуметік терапевтік және психотерапевтік технологиялары дамыған негізгі өзегі болып келетін, медициналық-әлеуметтік сауықтыру бағдарламалары, сәйкесінше тәуелді адамдардың негізгі күтуі мен қажеттілігіне сәйкес иілгіштіктің есебінде кеңейтілді.

Соңғыларына, есірткілерді теріс пайдалану Ұлттық институтымен (NIDA) – ұйыммен дәлелді наркологиялық практика саласындағы аса абыройлы қалыптастырылған алкоголден және есірткіден тәуелділігін нәтижелі емделуінің 13 принциптерінен 7 толық көлемінде қолданылады.

Жалпы тізімінде олар осындай:

1) *барлық индивидтерге жараспайтын емделу жоқ.* Шешімді маңызы, пациенттің проблемалары және қажеттіліктерінің ұсынылған қызметтеріне және кірісу формасына, емделу шарттарына сәйкес болады;

2) *емделудегі қажеттілігі тезарада қанағаттандырылуы қажет.* Емделуге мәжбүр болған тұлғалар, егер емделу толық қол жеткізімді болмаса, онда емделу жүйесінен тыс болуы мүмкін;

3) *нәтижелі емделу*, тек қана онымен ПБЗ қолдануы ғана емес, *сонымен бірге жеке адамның әртүрлі қажеттілігінің жиынтығына бейімделу қажет*. Ол жеке

адамның ПБЗ қолдануына бағытталуы және оның медициналық, психологиялық, әлеуметтік, кәсіби және заңды мәселелерді шешуімен тығыз байланысты болуы қжет;

4) *емделу,* емделу барысында өзгеруі мүмкін, пациенттің қажеттілігінің бағалауымен сәйкес *иілгіш болуы қажет*;

5) *емделудің нәтижелігі үшін шешуші маңызын пациенттің жағдай ұзақтығы болады.* Емделу мерзімі пациенттің қажеттілігінен байланысты болады. Көптеген пациенттерде денсаулықтың елеулі жақсаруы емделуден кейін шамамен 3 ай аралығында көрінеді. Емделудің мерзімі оның нәтижелерін жақсартуы мүмкін. Емделу бағдарламалары өзіне емделуді пациенттерімен алдын ала тоқтатуын болдырмау стратегиясын енгізеді;

6) *жеке және (немесе) топты кеңес беру және әртүрлі өткізілген терапиялардың түрлері алкоголизм және есірткінің нәтижелі емделу мағыналы компоненті болып келеді*. Емделу барысында пациенттердің уәждемесі дамытылады, оларда ПБЗ қолдануына қарсы әрекетінің дағдылары өңделінеді; ПБЗ қолдануымен байланысты белсенділігінің түрлері ПБЗ қолдануымен сәйкес келмейтін конструктивті және сый беретін қызметтермен ауыстырылады, оларда мәселелерді шешуіне қабілеті жақсартылады. Мінез-құлықтық терапия тұлғааралық қатынастарын жеңілдетеді; .....

13) *алкоголден, әсіресе есірткеден тәуелділігін жазылуы ұзақ уақытты бола алады,* жиі қайта емделу курстарын қажет етеді. Басқа ескі аурулар кезінде де, ПБЗ қолдану рецидиві ойдағыдай емделу аяқталғаннан кейін орын алуы мүмкін. Емделу уақытында және одан кейін өзінне-өзі көмек көрсету бағдарламаларына қатысу ұстамдылық жағдайын қолдауға көмектеседі (NIDA, 2000).

Қазіргі наркологиядағы сауықтыру жолдарын ұсынуы әлдеқайда кең. Осылай, АҚШ әлеуметтік дамытуы және денсаулық сақтау министрлігінде наркологиялық және психологиялық секторы үшін жауапты SamSha агенттігінің мәліметтері бойынша, қазіргі уақытта әлемде шамамен бес сауықтандыру бағдарламалары саналды, олар негізінде кәсіби емес төмен құрастырылған авторлық жобалармен, не «12 қадам» идеологияны қолдануымен (100 нұсқаулардан жоғары) бағдарламаларымен, терапевтік қоғамдастықтың принциптерін (500 жоғары тіркелген әдістемелері) қолдануымен сауықтандырудың кесікті нұсқаулармен ұсынылады. Сонымен бірге қандай да бір белгіленген көптеген сауықтандыру бағдарламалары мен жолдарының жалпы қабылданған ерекшеліктері жоқ. Оларды іске асыру үшін жауапты сауықтандыру бағдарламалары мен қызметкерлерінің құрылым және мазмұнының идеологиясы бойынша көп немесе аз туыстықты қосатын көптеген ассоциациялар, негізінде, тек қана өзінің бағыттарын дайындайды. Сонда да, негізгі әдебиет көздері бойынша, кем дегенде, ПБЗ тәуелдәләгә қатысында практикаланған сауықтыру бағдарламалары мен жолдарын жүйелендірудің 7 нұсқаулары бақыланады:

– Абститенция қатысында сәйкесінше бағдарламаларды резиденттерге талаптарына негізделген жүйелендіруі: (1) толық абстиненциямен сауықтыру бағдарламалары; (2) толық емес абстиненциямен сауықтыру бағдарламалары;

– Кәсіби тиемділігі және қызметкерлердің біліктілігіне негізделген үйелендіруі: (1) кәсіби сауықтыру бағдарламалары; (2) кәсіби емес сауықтыру бағдарламалары; (3) аралас сауықтыру бағдарламалары;

– Бағдарламалардың технологиялық мазсұнына негізделген жүйелендіруі: (1) жоғары құрылымдық сауықтыру бағдарламалары; (2) төмен құрылымды сауықтыру бағдарламалары; (3) орташа құрылымды сауықтыру бағдарламалары;

– Резидентті тарту форматында негізделген жүйелендіруі: (1) стационарда тәулік бойы жатуымен сауықтандыру бағдарламасы; (2) амбулаторды қатысу режимімен сауықтандыру бағдарламасы; (3) еркін келу режимімен сауықтандыру бағдарламасы;

– Бағдарламаның қатысушысына ұсынылған талаптар көлеміне негізделген жүйелендіруі: (1) жоғары шекті сауықт ыру бағдарламалары; (2) төмен шекті сауықтыру бағдарламалары;

– сауықтыру бағдарламаларды іске асыруды саралау саласында негізделген жүйелендіруі, әдетте практикаланған жолдардың жалпы идеологиясына сәйкес келеді: (1) денсаулық сақтау жүйесінде іске асырылатын сауықтыру бағдарламалары; (2) әлеуметтік саласында іске асырылатын сауықтыру бағдарламалары; (3) конфессионалдық саласында іске асырылатын сауықтыру бағдарламалары; (4) әлеуметтік және конфессионалды белсенділігінің жоғары аталған секторларынан қандай да бір қызметтестік кезінде іске асырылатын сауықтыру бағдарламалары;

– резидентпен алынған емделу-сауықтыру іс-шараларының көлемінде негізделген жүйелендіру: (1) толық курсымен медициналық-әлеуметтік сауықтыру бағдарламалары (яғни резидент детоксикациямен бірге барлық емделу-сауықтыру іс-шаралар жинақтамасын алады); (2) толық емес курсымен сауықтандыру бағдарламасы (резидент бағдарламаның қандай да бір үзіндісін алады, мысалы, алдағы детоксикация және фармакотерапиясыз әлеуметтік сауықтыру блогы).

Көбіне Еуропа және АҚШ елдерінде, негізінде ПБЗ тәуелді сауықтыруы аралас орташа және жоғары құрылымдалған бағдарламасы іске асырылады. Сонымен бірге медициналық және әлеуметтік секторының өнімді істестігінің орын алады.

Сауықтыру бағытының жылдамдатылған дамуы ПБЗ тәуелді тиімді емделуін жоғарлату және қызметтер ассортиментін кеңейту бөлігінде постсоветтік наркологиясын реформациялау мүмкінді нұсқалардың бірі ретінде көрінеді.

Осы бағыттың мағынасы мен негізгі идеясы наркологиялық практикада толығымен пайдаланылған – анықталған дефициттерін толық түрде компенсациялауын, әлеуметтік дағдысын, биологиялық функцияларының дефициттерін анықтауына негізделген және жалпы медициналық желілерінде қолданылған емделу-сауықтыру жолының негізгі ережелерінен тұрады (Liberman R.P., 1993). Сонымен бірге әр химиялық тәуелділігі наркологиядағы емделу-сауықтыру бағдарламаларын іске асыру кезінде есептеу қажет екенін, мәселелердің тереңді тұлғасын анықтауы ретінде қарастырылады (McCaffry B.R., 1996).

М.М.Кабановтың пікірі бойынша (1972), сауықтыру біртекті өзіне келесіні құрайды: 1) мақсаты - тұлға мәртебесін қайта құру және сақтау; 2) процесс – нейрофизиологиялық және психологиялық механизмдері бар; 3) әдіс – ауру адамға

және адамға жолы. Сонымен бірге, сауықтыру әдісі сатылы күшін, психологиялық және биологиялық әдістерін бірлестіру, әсер етудің жан-жақты күштері, маманның және ауру адамның серіктестік принципін енгізеді.

Жалпы сауықтыру процесстерінің әмбебап кезеңдері келесі: қалыпна келтіру терапиясы (функцияларды қалпына келтіруіне бағытталған медикаментозды және басқа да емделу); реадаптация (адаптациялық дағдыларын қалпына келтіру); өзіндік сауықтыру (ауру адамның жеке және қоғамдық құндылықтарын қалпына келтіруі) (Кабанов М.М., 1971, 1976, 1978). Осы кезеңдерді табысты өтуі ремиссия сапасын және ұзақтығының параметрлерін анықтайды – ПБЗ тәуелді кешенді терапия тиімділігінің негізгі индикаторлары.

ПБЗ тәуелді ауру адамдарды сауықтыруы патологиялық тәуелділігін дамытуы бойынша пациенттің тұлғасы, оның жақын қоршауымен байланыстары және қоғамдағы адаптацияның деңгейі қатты қиналатынымен байланысты ерекшелігі бар. Наркологиядағы сауықтыру – жүйелі және көпаспектті процесс. Оның негізгі құраушылары, Ю.В.Валентикпен (2002) дайындалған ПБЗ тәуелді сауықтырудың концептуалды негіздерімен сәйкес келесі:

- Медициналық сауықтыру;
- психологическая (тұлғалы), соның ішінде діни сауықтыруы;
- әлеуметтік сауықтыру.

Сонымен бірге, психотерапевтік технологиялар барлық аталған компоненттерде бар, бірақ тәуелді тұлғалардың психологиялық сауықтыру құрылымында ерекше белсенді іске асырылады.

Ю.В.Валентиктің концепциясына сай ПБЗ тәуелділерді сауықтыруының басты мақсаты – ойдағыдай әлеуметтік функциялауына қабілеттерінің болуы жәе денсаулықты дұрыстау негізінде қоғамда толық реинтеграциясы, ауру адамның нормативті әлеуметтік және тұлғалы мәртебесін қалыптастыру және қайта қалпына келтіруі.

Сауықтыру процессінің негізгі міндеттері келесі:

− ПБЗ бас тарту және сауықтыру процесстерінде қатысу үшін уәждемені қалыптастыру (егер толық абстиненциясымен МТБ бағдарламалары туралы сөз болған жағдайларында ғана);

− ПБЗ тәуелділік синдромдарыныңинегізгі пайда болуидезактуализациясы, рецидивтерді алдын алу;

− ПБЗ қабылдауының медициналық салдарын жою және компенсациясы;

− Тұлғалық өсімділігінің стимуляциясы және тұлғалық бұзуды жою және компенсациясы;

− Жақын әлеуметтік қоршауымен конструктивті өзара әрекетін қалыптастыру және қалпына келтіру;

− Алынған адаптивті дағдылары негізінде толық әлеуметтік қалыптастыруды қалпына келтіру.

Аталған міндеттерден 1-ші, 4-ші және 5-ші кәсіби психотерапия технологияларына тікелей жолданылды; 2-ші, 3-ші және 6-шы басқа да медициналық-әлеуметтік сауықтандыру компоненттерімен бірге кешенді психотерапевтік әсерін болжайды.

Психотерапевтік технологиялар тікелей немесе жанама ПБЗ тәуелділігінің медициналық-әлеуметтік сауықтыру бағдарламаларында идентификацияланған барллық нысаналармен жұмысында қолданылады: 1) тәуелді тұлғалардың мотивациялық саласымен; 2) патологиялық соматикалық мәртебесімен; 3) ПБЗ-ға патологиялық тартымдылығымен; 4) патологиялық тұлғалық мәртебесімен; 5) ПБЗ тәуелді дефицитарлы және деформаланған әлеуметтік мәртебесімен.

Сонымен бірге назарға ала отырып, болашақ резидентке дейін жеткізу процессі және медициналық-әлеуметтік сауықтандыру (мысалы, еркіндігі, ПБЗ қолдануынан бас тарту, жауаптылық, әлеуметтік құндылықтар мен нормаларға тірек, негізгі практикаларға іске асырылған топтық форматтары, басты нәтижесі – тәуелсіздіктен босату кезеңдік жылжуы және т.б.) бағдарламасын іске асырудың негізгі принциптерін онымен меңгеруі өзімен өзі когнитивті-тәлімінің жалпы мәнмәтінінде ауру адамды тартуының басы болып саналады, осының шеңберінде тиімділігі, нәтижелері мағынасында қолайлысына үміттенген барлық сауатты бағдарламалары орындалады.

Осылай, наркологиялық практикада психотерапевтикалық техника, тәуелді тұлғалардыг профилактикасы, емделуі және сауықтыруындағы психотерапиялықтың рөлі және орнын анықтау бойынша көптеген, соның ішінде біздің жеке (А.Л.Катков, В.В.Макаров, 2009) зерттеулер көрсетілгендей, қолданылады:

- Терапияның жалғыз әдісі ретінде;
- Әртүрлі плацеботаратушылармен бірге жанама психотерапия ретінде;
- Емделудің детоксикационды әдістемелерімен бірге;
- Әрекеттің әртүрлі спекторының психофармакологиялық және басқа препараттарды қабылдауымен бірге;
- Басқа дамытылған технологияларымен бірге (кеңестік, тренингтік);
- ПБЗ тәуелді медициналық-әлеуметтік сауықтыру бағдарламаларын ұсынатын емделу, коррекциялық және басқа технологиялар кешенінде.

Химиялық тәуелді тұлғаларды сауықтыру бағдарламаларында қолданылған психотерапевтік технологиялар қатысында бүгінгі күнге дейін мүмкіндіктерінде болған барлық спекторын қамтитын осы көмек түрінің үш негізгі моделдерін қарастыру қажет: 1) жалпы психотерапевтік мәнмәтінін қолдануымен «жарияланбаған» психотерапиялық моделі, оның жолында когтитивті компонентінің функциясын орындайды, режимді талап ету және қызметкерлер тәртібінің құрылымы – тәртіп компонентінің функциясы, ал негізгі көмек берілген және дамытылған технологияларды іске асыру формасы топтық психотерапия элементтерін құрайды; 2) негізгі кезеңдер іске асырылған бөліміндегі және орталықтарындағы психотерапевтік режимі деп аталған моделі, тәртіп ретінде, медициналық-әлеуметтік сауықтандырудың жоғарықұрылымды бағдарламалар өзіне келесіні құрайды: бөлімше немесе орталық жетекшілерін енгізе отырып, сауықтандыру бригадасының мүшелері арасында бағдарлама резиденттері және сауықтандыру бригадасы арасында ерекше қатынасының кодексі; сауықтандыру бригадасының қатысушыларына және басқа қызметкерлерге ұсынылған арнайы деонтологиялық және кәсіби талаптары; сауықтандыру бригадасының мамандарының еңбектерін дайындау және ұйымдастырудың ерекше экологиялық

ережелері, - бұл жиынтығында тәуелділіктен резиденттерді босатуы – басты нәтижеге жетуінің максималды болысқан, экологиялық-салыстыра тексерілген, арнайы ақпараттық саланы құрайды; 3) мамандырылған психотерапиялық моделдеріне және бағыттары бойынша классификацияланған психотерапевтік интервенциялардың нақты жинағымен ұсынылған ПБЗ-дан тәуелді МТБ бағдарламаларындағы психотерапевтік компонентінің моделі; сонымен бірге әр құрылымды сауықтыру бағдарламаларында субъективті критерийлері бойынша қалыптастырған қолданылған психотерапевтік әдістері қатысында өздерінің өзгешеліктері бар.

1. «12 қадам» бағдарламасының және терапевтік қоғамдастығының (ТҚ) идеологиясында негізделген психотерапевтік көмегінің моделдері

Осы бөлімшеде келесі атаулармен белгілі ПБЗ тәуелді сауықтыруындағы аса таратылған жолдарының психотерапевтік мәнмәтіндерінде негізделгені жазылған: 1) *терапевтік қоғамдастығы (ТҚ),* Батыс және Шығыс Еуропа орталықтарында, АҚШ және Канадада, Оңтүстік-Шығыс және Орталық Азия елдерінде және наркологиялық клиникаларында іске асырылатын сауықтыру бағдарламаларының 500 астам түрлерін қосады; 2) *«12 қадам»,* әлемнің әртүрлі өңірлерінде іске асырылған сауықтандыру бағдарламаларының 100 астам нұсқаулары енгізілген. Тәуелді тұлғалардың көлемі бойынша алынған контингентінің аталған жолдары денсаулық сақтау жүйесіндегі наркологиялық клиникаларында іске асырылған, жоғары құрылымды кәсіби бағдарламаларын енгізген, сауықтандыру процесстерді ұйымдастыруының басқа да формаларынан асып түседі.

Осы жолдарының бірлесіп таратқан және жалпы түсіп дамыған «ұзақ тұру» дерегінің өзі, минимум, тәуелді тұлғалардың мағыналы бөлігінің талаптарын және күтулеріне жауап берген терапевтік негізіндегі олардың тұрақтылығы туралы куәландырады.

Қарастырылған сауықтыру жолдарының базалық психотерапевтік компоненттерінің ұқсастықтары мен әртүрлілігі туралы талдау мәліметтері психобелсенді заттардан тәуелді профилактикада және емделу саласында мамандрылған психотерапевтігі үшін анық қызығушылығын ұсына алады.

1.1 Терапевтік қоғамдастық идеясындағы (ТҚ) негізделген сауықтыру бағдарламаларының психотерапевтік компоненттері мен мәнмәтіндері

1.1.1 қарастырылған сауықтыру жолы, оның ұйымдастырушылық және функционалдық сипаттарының даму тарихы туралы қысқаша мәліметтері келесі.

Психикалық және тәртібті бұзулармен тұлғаларды сауықтандыру және емдеу үшін терапевтік қоғамдастықты қолдануының бастапқы идеясы ағылшын психиатрі Максвелл Джоунсқа (1943) жатады. Әрі қарай накрклогиялық бұзулар проблемаларына қолданылған терапевтік қоғамдастықтың (ТҚ) идеяларын Д. Кеннард, Т. Мейн, Г. Бриджер, Е. Брокард, Г. де Леон және т.б. дамытты.

Қазіргі уақытта әлемнің әртүрлі өңірлерінде наркологиялық клиникаларында іске асырылған және ТҚ принциптерін қолдануымен өткізілген ПБЗ тәуелді іске асыру бағдарламалардың бірнеше жүз әртүрлілігі белгілі.

Негізі ТҚ бағдарламаларына үшкір абстинентті жағдайын шешу және детоксикация курсын өтуден кейін химиялық тәуелділігінің әртүрлі типтерімен (наркологиялық, алкоголды) тұлғалар қабылданады.

Терапевтикалық қоғамдастықтың міндетінен жоғарысы – өмір стилінің толығымен өзгеруі, яғни есірткілерден ұстанымы ғана емес, сонымен бірге әлеуметтікке қарсы тәртібін жою, маңызды дағдыларды дамыту, ориентацияның жаңа құндылықтарын дамыту болып жатады.

Дәстүрлі ТҚ изоляцияланған стационарлы, бірлесті болуы талап етеді, 12-15 ай аралғында бағдарламаның «кіру» фазасынан бағдарламаның «шығу» фазасына дейін және қоғамға «қайта кіру» (reentry) де кіреді. Кейбір ТҚ аз уақыт қолданады: 6-12 ай. Соңғы кездері ТҚ принциптерінде негізделген амбулаторлы сауықтыру бғдарламалары қарқынды дамытылады.

Сауықтыру бағдарламаларының құрамын медиктер, педагогика, психикалық денсаулық бойынша мамандар, еңбек нұсқаушысы, сонымен бірге әкімшілері құрастырады. Көмекші қызметкерлерінің саны және оның құрамы қоғамдастық түрінен байланысты. ТҚ бастапқы қызметкерлері – бұл, жұпмамандар: ТҚ ойдағыдай сауықтандырылған бұрыңғы есірткі құмаршылар.

ТҚ басты «терапевт және мұғалім» - қоғамдастықтың өзі, ол бір-біріне тең адамдардан құралған, ал қызметкерлер сауықтыру процесінде жетекші функциясын атқарады. Қызметкерлер пациенттер тобына қарайды, жұмыс міндеттерін таратады және оларды орындауға көмектеседі. Сонымен бірге қызметкерлертерапевтік топтарды жүргізеді, жеке кеңестерді жүргізеді, әлеуметтік бағдарламаларды және демалысты ұйымдастырады, сыртқы байланыстарды іске асырады. Қызметкерлер, негізінде, пациенттердің мәртебелерін анықтауына, оларды иерархияға жоғары жылжытуын, жазылуын, демалыстарды алуға қатысады, осындай қажеттілік болған кезде жоспарланған терапиясында қатысады.

ТҚ функциялауының мағынасын түсіну үшін ТҚ барлық мүшелері басшылық ететін нормалар кодексі аса маңызы бар. Нормалар ТҚ барлық мүшелерінің тәртібін анықтайды, бұл мамандықтар ретінде де, сонымен бірге есірткіге құмарлар ретінде де – бірдей дәрежеде. Осы нормалар ТҚ әр мүшесі сипаттай алуы қажет. Нормаларды орындау әлеуметтік бақылау көмегімен қамтамасыз етіледі. Әлеуметтік санкциялар көрнекті болуы керек. Бұл мәртебесін өзгерту процедуралары, құрметін және абыройы төгілгендігін жазалау салттары, тұлғалық жақтыруы және жақтырмауын білдіру үшін каналдарды жақсы функционалдайтын, бейресмидің әртүрлі процедуралары. Бұл бағдарламаға мүшелерді енгізуге қолдау көрсетеді. ТҚ барлық мүшелері жүйенің жетекшілері болуы қажет: олардың нормаларына сәйкес келуі керек және басқалармен нормаларды сақтамағаны үшін санкцияларды шығаруы қажет.санкцияны іске асыру осы санкцияны іске асыратын адамға бірдей әсер етеді (немесе одан көп). Нормаларды сақтайтындары үшін қанағаттандыру сезімін байқап көруге мүмкіндігі болуы қажет. ТҚ барлық мүшелері қоғамдастықтың нормативтік стандарттарын басқа мүшелермен орындау үшін тиімді бақылау қажет. Әр мүшеден бейресми жғымсыз санкцияларын орындауды күтеді.

ТҚ барлық мүшелерін қоса иерархияның маңыздылық деңгейлерінің градациясы бар. Сонымен бірге өзара араларындағы жаңа келгендерінің

изоляцияланған қатынастары минимумға жеткізіледі және жаңа келгендердің ТҚ ардагерлерімен қатынастары күшейеді. Иерархиядағы мәртебесі әмбебап критерийлермен анықталады. Ұйымның әр мүшесі ұйымның нормалары мен құндылықтарына сәйкес оны жақсарту дәрежесі бойынша көтеру мүмкіндігі болады. Иерархия ішінде аударуы нақты деңгейлер арасында өтуі қажет.

Бір сатыдан басқа сатыға өту үшін қоғамдастықтың салттарымен ілесу қажет.

ТҚ барлық мүшелері арасында мүмкіндігі бойынша қатынастың жоғары деңгейі болуы қажет (жаңа келгендерді санамағанда). Бұл ұйымшылдықты жоғарлатады және тұлғааралық дағдыларды дамытуға мүмкіндік береді. Сонымен бірге қатынастық әрекет түрлерінің кең диапозонын алуы қажет (формалды және формалды емес топтық дискуссиялар, бірлес жұмыстар, көңіл көтерулер және т.б.). эмоциялық экспрессиялардың кең диапозоны саналады, ол қатынастың потенциалын және дағдыларын толығымен қалыптастыру үшін және осы бағдарламадағы күш салуды және мәселелерді білуін қамтамасыз ету үшін қажет.

ТҚ мүшелігі аса ірі әлеуметтік мәнмәтіннен изоляциясын өзіне енгізеді (наркоманиялық «жүйесін» қосқанда да), не болғанда да мүшеліктің бастапқы кезеңдерінде. Осы изоляциямен «іске қосу» механизмі қосылады, бұл бұрында болған шиеленістер дамуына жол бермейді және әлеуметтенуді күшейтеді. Изоляция ұзақ болуы қажет, бұл күшті ішкі әлеуметтік инфрақұрылымын қалыптастыруына мүмкіндік туғызады. Ескі мүшелердің қатысуы жаңа келушілерге олармен өзара қатынасуына және терапевтік қоғамдастық арқылы өткен есірткімен ауырғандардың табыстарын көруге мүмкіндік береді.

Анықталғаны бағдарламада өмірдің құрылымдауы болып келеді. Сауықтандыру ортасы болжанатын болуы қажет, және нақты мерзімдері мен шектері щеңберінде жұмыс істеуі қажет. Көптеген бағдарламалар ұзақтығынан байланысты құрылымдалған күн, апта, ай және жыл, күнделікті режим және кейбір құрылымдар есебінде жоспарланды. Барлық уақыт басты мақсаттар мен сауықтандыру міндеттеріне жету үшін пайдалануы қажет – тәулігіне 24 сағат. Емделу бағдарламасында өткеннің барлығы сауықтырудың басты мақсатымен байланысты және келісілген болуы қажет.

Құрылым жеңіл анықталатын, және қойылған мақсаттардың жолына кейбір прогресске жеткеніне көрсетілген қадамдардан тұрады. Құрылым механикалық та бола алады, ол бағдарламаны формалды кезеңдерге және сатыларға бөледі, ал кезеңнен кезеңге жылжуы тек қана өткен уақытпен анықталады.

Күнделікті әрекеттердің нақты және болжанатын кесте маңызды, ол нақтылықты және бүтіндігін құрайды. Пациент күнделікті құрылымда жақсы жөн таба алады, оның шегінде ол өзінің табысын және тиімділігін, есірткілік емес, бейберекет емес, дұрыс өмір сүруін бағалай алады. Ең бастысы, пациенттер немен айналысуын және оны қайда жасауын нақты білуі қажет.

Сауықтыру элементтері бағдарламаның мақсаттарына қызмет етуі қажет. Олардың әрқайсысы пациенттердің проәлеуметтік бағдарлауын өзінше және үлкен қоғамдастықта оларды тәуелсіз тұруына дайындығын бекітеді.

Күннің құрылымы келесі элементтерді енгізуі мүмкін:

– Барлық қоғамдастықтың таңғы және кешкі кездесулер;
– Терапевті топтар;

– Пациенттердің прогресін бағалауына арналған апта сайынғы командалардың кездесуі;

– Апта сайынғы «эмоциялармен жұмыс топтары»;

– Бағдарлау топтары (аптаның басынан);

– Жауапшылардың кездесуі (әрекеттің бөлек түрлеріне жауаптылары қамқоршыларын жинап, жеке жұмыс бойынша ұсыныстарды береді);

– Жеке кеңестер;

– Білімді сабақтар (жасқа тән, жергілікті мектептермен бірлескен қызметтестігін қоса және т.б.);

– Арнайы тақырыптық топтар;

– Демалыстарды жоспарлау;

– Отбасылық топтар;

– Желіні қалыптастыру бойынша жұмыс (достармен кездесулер, әлеуметтік дағдыларға үйрену);

– Кәсіби дайындық (сәйкесінше агенттіктермен және кәсіпорындармен қызметтестігі);

– Сапарлар (топтағы) әлеуметтік және физикалық оқытудың бір бөлігі ретінде.

Аптаны құрылымдау. Апта бойы әрекеттің бөлек түрлерінің таратуын қарастырады. Білімдік әрекетіне екпінделген күндер, және еңбек әрекетінде екпінделген күндер қарастырылады. Бір күн толығымен ТҚ өзін жинауға және басқа жұмыс түрлеріне арналған. Демалыс күндерінің бағдарламасы жай күндерден ерекшеленеді.

Бағдарламаны құрылымдау. ТҚ пациентті функционалдауының бірнеше кезеңдерге бөлінеді.

I кезең. **Индукциялық (бағдарламаға «кіру»)**

Негізгі міндеттері осында – диагностика, пациенттің қажеттіліктерін бағалау, оның мәселелері, оның қоғамдастықтағы бағдарлауы. Осы кезеңде барлық пациенттер стрессті тарттырады. Оны алдын алудың ең тиімді тісілі – ТҚ барлық әрекеттерінде белсенді және толық қатысуы. Жедел ассимиляция пациентте «еркін қорытындыға» әрі қарай болуы қатысында амбиваленттілігі болған жағдайда аса маңызды. Ерекше назар ТҚ мүшесі рөлінде аман қалуды үйретуіне бөлінеді. Бағдарламалар қатарында пациент игерілуге және онда белсенді қатыспай, сауықтандыру құрылымының өмірін бақылай алады. Ережедегідей, оны бағдарламаның тәжірибелі қатысушылардың бірі ілесіп жүреді. Осы уақытта Терапевтік қоғамдастықта пациент қонақ болады – екі жақ та бір-біріне үңіліп қарайды.

Қабылдау сәтінде пациенттің өзі не оның туыстары келісімге қол қойады. Анықтауға қажеттілігінің бастысы, - емделуге нақты шешімі бар ма. Келісімде пациент келесі сұрақтарға жауабын алады: Терапия саласында мен не жасаймын? Бұл басқалармен байланыстар, немесе агрессиямен жұмыс, немесе топта белсенділігі, немесе өзін өзі ашық зерттеуі болуы мүмкін. Өзінің тұлғамды дамыту бойынша не жасаймын? Мысалы, гитарада ойнауға, шет тілдеріне үйрену, физикалық тренингті іске асыру. Мен орталықтың пайдасына жұмыс істей отырып не жасаймын? Бұл мерекелерге немесе қызықты адамдармен кездесуге дайындық

бойынша жұмыстар. Немесе орталық үшін жиһазды жасауға, жөндеу жұмыстарын өткізуге және т.б.

Бұл барлық бірінші кезеңге келісім. Басында онда пациенттерге ТҚ орындалатын міндеттерді береді: шаңсорғыш, гүлдер, ағаш шеберханасындағы құрал-саймандарға қарау. Ақырындап, олардың қиыншылықтары жауапшылықтары сияқты жоғарлайды (жауапшылық тренингі). Мысалы, сабақ кезінде топта тәрбие үшін жауапшы тағайындалады.

Келісімде есірткіні анықтауға зәрді барлық мүмкінді тестілеуі енгізіледі.

Бастапқы үш ай аралығында ТҚ стационарлық сауықтыруында 50% жаңа келушілер шығатыны анықталды. Сауықтыру бағдарламасын қалдыру ниеті – басты болжағыш, бастапқы кезеңінде осындай болжағышты айтатындар, егер олармен осы қатынаста арнайы жұмыс істемесен көптеген жағдайларда шығады.

Егер осындай болжағыштар бастапқы үш айдан кейін айтылатын болса, кетуі тек қана 20% жағдайларында ғана болады. Яғни, осындай болжағыш ерте айтылса, онда ол іске асырылады. Кетуге сөз айқандармен психотерапевтік дағдылар шамамен 50% жағдайларында ғана нәтижесін береді. Мағыналы маңызын тек қана патологиялық бұзулар ғана бермейді, сонымен бірге терапиялық жағдайларын қабылау мүмкіндігі де береді, жалпы «терапияның қол жетімділігі» ретінде қарастырыла алынады.

II кезең. ***Сауықтырудың негізгі кезеңі***

Осы кезеңдегі басты міндеттері – ТҚ әлеуметтенуі және тұлғалық өсудің басы.

Тұрақты жағдай жолына 2 фазасын бөледі.

Бірінші фаза – пациенттің тұрақсыз жағдайының кезеңі.

Екінші фаза «үстіртке» әкеледі – тәртібінің тұрақты жағдайы. Пациент қоғамдастықта нақты дәрежесін алады, оның психологиялық жағдайында жазылу процесіне қолдау көрсеткен нақты ілгерілеулер жазылып қойылған. Оған жеткеннен кейін әрі қарай өзгерістерге ауысуға болады, соның ішінде ТҚ тыс әрекеттер.

Екінші кезеңге өткенде – мерекенің түріне ұқсас процедура. Бұл әр қашан да пациенттердің күйзелістерін ілестіретін маңызды сәті. Бұл барлық теарпевттер отырған үлкен жиналыстарда өткізіледі. Басқа кезеңге өтетін пациент ілтипатқа бөлінеді, барлығы, терапевттер мен пациенттер ол туралы пікірін айтады, оның күшті және әлсіз жақтарын бөледі, тілектерін айтады. Терапевттер екінші кезеңге өту үшін өз келісімдерін береді, есірткіден бас тарту туралы шешім қабылданғаны туралы олар сенімді. Ол «қара» ауру құндылықтардан ТҚ қолданған «ашық» нормативтеріне ауысқаны көріну қажет.

Әрі қарай пациентпен екінші кезеңге келісімге қол қойылады. Оған отбасымен терапия және одан тыс міндеттері енгізілген, - мектепке қайта келуге дайындық, жұмыс туралы ойлау, қоғамға қайта келуге дайындалу. Дербестігін ынталандыру маңызды. Осы фазада пациентте қалаға бірнеше сағатқа шығуға құқығы бар. Демалыстан қайтқаннан кейін пациент есірткіге тестіленуі мүмкін. Келісімді орындамауы келесі кезеңге ауысумүмкін – сонда ол екінші фазадағы бар болған жеңілдіктерден айрылады. Мысалы, ол жай жұмыс киімдер киюге мәжбүр

болады, өз қалауы бойынша шай қайната, өлең тыңдай алалмайды, серуендеуге шыға алалмайды және т.б.

Топтық терапиямен қатар әлеуметтік рөлдер тренингтері өткізіледі. Бұл рөлдер ТҚ басты әрекеттерінің түрлерінде бар. Мысалы, бұл сол терапевтік топтарын өткізу (топ төрағайы). Сонымен бірге пациент жалпы топты таңертен және кешке өткізе алады (қоғамдастықтың жиналысы). Пациент, ережедей, сонымен бірге қоғамдастықта практикаланған әрекеттің бөлек түрінің жетекшісі болады. Жауапты жетекші бола отырып, жұмысты жоспарлайды, анықтайды және бақылайды. Өте байсалды рөлдер бар, мысалы үй меңгерушісінің рөлі, ол толығымен өмір мен тұрмысқа қарайды, үйдегі тәртіпінің бақылауын қамтамасыз етеді. Немесе, мысалы, кассирдің рөлі, онда ТҚ мүшелерінің ақшалары болады және апта сайын нақты соманы бере алады (темекіні сатып алу үшін және т.б.). Әрқайсысы 2 айдан аз емес аралығында осындай рөлдердің біреуін немесе екеуін өту қажет.

Рөлдер пациенттің мінезтану және тұлғалық ерекшеліктеріне максималды сәйкес алынбайды. Қайта, рөлдер адам білмейтінін үйренуіне сәйкес алынады. Кейбіреулері рөлдік міндеттер процесінде тез өседі, өте икемді және өсімтал болады. Рөлдерді жақсы орындаған кезде өзін-өзі бағалауы жоғарлайды, тұлғаның нормативті бөлігінің ашылуы ынталандырылады. Егер де онша дұрыс болмаса, онда жүктелген міндеттерді орындау жаман болмайды. Сондай пациентке ұзақ көмек көрсетуге және кеңес беруге тырмысады. Пациенттер нақты міндеттерді орындаған кезде пайда болған мәселелерді шешуге үйренуі маңызды. Көптеген пациенттер жедел орындайды, бірақ ұзақ ұсталғандар да бар.

Өте маңызды компонент – коммуникативті тренинг, әсіресе басқыншылықпен өзін өзі ұстау дағдылары. Шешілмеген тереңді мәселелері болғанда, пациент жиі басқыншылықты көрсетеді. Тұйық щеңбер болады, өйткені әр жағынан күштенуі байланыс мүмкіндігін және өнімді өзара қатынасын бұзады. Көптеген жас пациенттерде ортада басқыншылық тәртібімен үлкен проблемалары бар. Болып жатқанға инерция бойынша басымшылды әер тигізуге жалғастыра отырып, олар сауықтыру ортасын құруына жол бермейді. Олардың көбісі өзін қауіпте екенін сезбейді. ТҚ басымшылық жоғары деңгейі кезінде олардың бір бөлігі орталықта болу мағынасын жоғалтады. Егер де күштеусіз дұрыс байланысуға мүмкіндік болмаса, онда әлеуметті пациент ауру.

III кезең. **Бағдарламадан шығу («reentry» - қайта қосу)**

Үшінші кезең – үйге қайту кезеңі. Пациент қоғамдастықтың штатынан немесе басқа мүшелерінен аз дәрежеде байланысты өзін өзі басқару және автономды шешімдерді қабылдау дағдыларын бекітеді.

2, кейде 3 фазаларды бөледі – бұрыңғы және соңғысы.

«reentry» бұрыңғы фазасында қоғамдастықтан бөлімшеге дайындығы жүргізіледі. Пациенттер қоғамдастықтың базасында тұрақты тұрады.

Кезеңге сонымен бірге келісім жасасады. Бұл басындағы кезеңдердегідей келісім емес, яғни пациенттің өмірін аздап және нақты регламенттейтіні бар. Келісімде ол жұмысты, оқуды, үй бойынша көмекті, орталықпен түрін және келісімнің жиілігін, тұлғаны дамыту бойынша жұмысын таратады.

Соңғы фазада табысты бөлімі бітеді және ТҚ тыс тұрақты тәуелсіз тұруы басталады.

Бірінші ай апта сайынғы орталыққа қайтуын болжамдайды. Екінші айда пациент 2-3 аптадан кейін келе алады. Нақты ол орталықтан жазылып шығарылған, бірақ қызметтестікті жалғастырады.

Табысты үшінші кезеңнен кейін емделудің мерекелік аяқталуы дайындалынады. Барлық қоғамдастықтың және туыстардың қатысуымен арнайы кездесуі ұйымдастырылады. Пациентке диплом беріп, көптеген тілектер айтылады, сыйлықтар беріледі.

ТҚ өткен мүшелері әдетте толық емес жұмыс күнін істейді. Олар отбасылық және жеке терапияда қатыса алады. Бұл ТҚ станционарлы болуының соңы, бірақ бағдарламада қатысудың соңы емес. Келуден ақырындап апта сайынғы қоңырауларға өтеді.

Егер жылдық сауықтыру бағдарламасы туралы айтсақ, онда сапасымен кезеңдер келесідей ерекшеленеді.

Бірінші блок (бірінші кезең және екінші кезеңнің бірінші фазасы) – тек қана орталықта орналасуымен 6 ай.

Екінші блок (екінші кезеңнің екінші фазасы және үшінші кезеңнің бірінші фазасы) – орталықта көбінесе орналасуымен және қайтып келуімен уик-эндтер бойынша үйге баруыымен 3 ай.

Үшінші блок (үшінші кезеңнің екінші фазасы) – негізінде үйде тұруымен және орталыққа қайтып келуімен уик-эндтерді өткізуімен 3 ай.

Сауықтыру орталығында сырқатнамасын психиатр-нарколог-дәрігері жазады. Бірінші фазада күнделікті жазулар апта сайындық, екінші фазада – 2 аптада 1 рет кем емес. Қатарлас бір парақта сауқатнаманы көмекші қызметкерлер (психолог, педагог) жазады. Бөлек парақтарды туысқандар мен пациенттермен толтырылады.

Мақсатты пациентпен әрі қарай байланысын сақтау амбулаторлы қолдау топтар түрінде. Ондағы сабақтар жеке бағдарлама бойынша аптасына бір рет кем емес өткізіледі, бұл көбінесе пациенттер клубын еске салады. Осыдан басқа, пациент айына бір рет кем емес сауықтыру орталығына келу мүмкіндігі болады.

ТҚ амбулаторлы және стационарлы түрлері

Бұл қаншалықты мүмкін болғанымен, пациентпен жұмыстың амбулаторлы түрлерін қолдану маңызды. Амбулаторлы көмек арзан болуымен байланысты емес, ол пациенттің социуммен маңызды байланыстарын мүмкін жоятын шығар, ауру адамды есірткісіз нақты өмірге кіруіне үйретеді.

Сауықтырудың стационарлы түрлері келесі топтармен әрқашанда көрсетіледі:

1) Екі есе шығын диагноз (коморбидті психикалық тәртібін жоюы);
2) Ремиссияда қысқа уақытында бола алмайтын пациенттер;
3) Есірткі амалдары қатысында тәртібін ауыр бақылайтын ауыр тұрмыстық жағдайларында тұрған пациенттер (мысалы, отбасының басқа мүшелерімен есірткі амалдарын пайдалану, БТОЖТ тұлғалар және т.б.).

Тиімділігі

Жұмыс істейтін пациенттер үшін аса жағдайлы болжамдар белгіленеді – жоғарғы білімі бар тұлғалар, заңды бұзуымен проблемалары бар, опиаттарды

пайдаланатындар. Бір жылдан кем емес аралығында ТҚ пациенттің болуынан кейін көбінесе сауықтырудың тиімділігі ұзақ уақытты ремиссиялардың 50% кезегінің сандарымен бағаланады.

Терапевтік қоғамдастықтарындағы сауықтырудың тиімділігі толығымен ТҚ бағдарламасын өтуді пайдаланады және бағаланады. Сонымен бірге жылдық сауықтыру бағдарламасына кірген пациенттердің саны 100% аса болады. Әрі қарай динамикасы осындай.

Сауықтыру бағдарламасының бірінші кезеңі: алдын ала уәждеме жұмстарынсыз елеуі бағдарламаға кірген пациенттердің санынан 50% дейін құрай алады.

Сауықтыру бағдарламасының екінші кезеңі: елеуі 10% дейін.

Үшінші кезең: елеуі 5-7% дейін.

Бағдарламаға кіргендердің санынан шамамен үштен бір пациенттер бағдарламаны аяқтайды, сонымен бірге олардың арасынан 50% тұрақты көпжылдық ремиссиясы анықталады.

1.1.2. Жоғарыда аталған сипаттамалар мен Максвелл Джоунспен қалыптастырылған ТҚ басты идеологиялық тезистері еңбек басымдылығы мен ТҚ жиналыстары, анрайы кездесулер, тек қана режимді ережелерін болатын қол бос болмаушылық түрлері мен қолданылған практикалардың жалпы мәнмәтіні жағдайларында да белсенді, сонымен бірге терапевтік қоғамдастық идеяларында салынған психотерапия «жарияланбаға» компоненттерін нақты идентификациялауға жеткілікті болады.

Сөз 1) мотивациялық; 2) когнитивті; 3) тәртіпті; 4) топтық; 5) отбасы психотерапиялық (резиденттердің отбасыларымен қоғамдастықтың арнайы кездесулері қарастырылған жағдайларда ғана) компоненттері туралы айтылған. Одан басқа, ресурстық-ориентирлік психотерапиясының кезекті стратегияларына да көңіл бөлу қажет, олардың жалпысында ТҚ идеологиясы мен практикасы қойылған, өйткені осы акспект қана «12 қадам» бағдарламасын және басқа сауықтырумоделдерін психотерапевтік толықтырудаг ТҚ мағыналы ерекшелігі мен өзгешіліктерін ұсынады.

ТҚ бағдарламаларындағы **мотивациялық психотерапияның компоненті** (дайындалған психотерапевт-мамандарының, кеңесшілерінің болмауы жағдайында) тікелей іске асырылады. Сауықтыру бағдарламаларының бірінші сатысын өткен «жаңа келушілердің» мотивациясын жоғарлатуындағы басты рөлін жоғары резиденттер орындайды, олардың міндеттеріне басқалардан басқа, қамқоршыны кіргізу және «жаңа келушілерге» қолдау көрсетуі жатады.

Қатал режимін үйренуімен байланысты терапевтік бағдарламаға кіру кезеңінде «жаңа келушілердің» контингенті мотивтермен күрес қатысында аса ұрымтал болады: қалу-кету. Осы кезеңдегі елеудің көрсеткіші 50% және одан да жоғары жете алады. «Қалу» шешімінің пайдасындағы негізгі аргументі келесі: сауықтыру бағдарламасын жалғастырған және аяқталған жоғары резиденттерінің ресурсты дәрежесі («...олар өте алды, мен де өте аламын .... олар өздерін еркін,сенімді болып санайды, олар сыртқы және ішкі проблемалармен жеңіп шықты және күшті болды, - маған яғни осы ғана қажет...Мен осындай нәтижеге жеткім келеді және сондықтан мен қаламын....»); сауықтыру курсын табысты

аяқтаған және 2 жылдан кем емес ремессия жағдайында болып отырған бағдарламалардың бұрынғы резиденттерінен алынған қызметкерлердің мамандырылған қолдау көрсетуі. Осындай түрлі дайындалған қызметкерлер кеңестік көмек және анау не мынандай дәрежедегі жаңа келген және кіші резиденттеріне қолдау барысында МЕТ көздік стратегиясын іске асырады (В.Миллердің мотивациялық терапияның ағылшындық белгісінің аббревиатурасы): жақсы көреді және пациент тұлғасының нақтыланған мотивациялық позициялары арасында қарама-қайшылықты сезеді, осы қарама-қайшылықтарды дамыта алады және істің білуімен оларды пациентпен талқылай алады; пациенттің проблемалары қатысында жалған түсініктерін, бірге мазасыздануын, эмпатияны тауып алады; сол уақытта «үміттендірген растылық» ретінде белгілей алатын қолданған тәртібінің тиімді стилін көрсетеді; тәртіпте конструктивті өзгерістер үшін ең дәлелді негіздерді таба алады; өзінің ресурсты дәрежесімен, өтілімен және вербалды қолдауымен пациентке қалаулы конструктивті өзгерістердің мүмкіндігі қатысында оптимизмді және сенімділігін енгізе алады.

Когнитивті психотерапияның компоненті

ТҚ принципі бойынша рәсімделген сауықтыру бағдарламаларының жалпы идеологиясын және мазмұнын мұқият қараған кезде – Daytop Village, Phoenix House, Getway House, Wolden House және т.б. – когнитивтік психотерапия контингентіне жататын екі стратегияны анықтай алынады. Бірінші стратегия тұйық сценарийлерді - бағдарламаларды анықтауымен байланысты, тәуелділік феноменіне қызметтесетін және рециденттерді жалған ұтылу – рецидивке ұшыратыны (егер де осы сценарийдің түрі басымдылық болған жағдайда), сонымен бірге конструктивтіге осы деструктивті сценарийлерді терапевтік ауыстыруы, жалпы философия және ТҚ сәйкесінше нұсқауларындағы девиздерде ұсынылатыны. Сонымен бірге «ұтылған» ережелер-сценарийлерді анықтау ретінде қарапайым, бірақ тиімді технологиялар, сонымен бірге нақты сауықтыру бағдарламасының идеологиясын ұсынатын қарсыласқан девиздерінің қайта дайындауы практикаланады (мысалға, «героин» күте алады, «есірткіге құмар болған соңғы күледі», «жіп қанша өрілсе де – аяғы бір болады» және т.б.). анау да, мынау да дайындалған қызметкерлер және жоғары резиденттердің қызметті қатысуы кезінде ТҚ жиналыстары мен арнайы терапевтік топтарын өткізу барысында өтеді. Қайта дайындаған девиздердің мазмұнында (мысалға: «Бәз Феникс құсы күлден шыққандай, біз де тәуелділік жалынынан тұра аламыз»; «Сен болған жағдайға өзін жеткіздің, бірақ кім тұрғысы келсе, әрқашан да тұра алады»; «Ешқандай ас тегін болмайды – бірінші тауып ал, ал сосын ғана өзінді дәмін бойынша татып ал» және т.б.) ұтымдылық сценарийлер-ережелерге тікелей қарама-қайшы, бірақ одан басқа, ол оларды шындыққа іске асыруының жалғыз шартына көрсетеді – тұраты ішкі және сыртқы жұмыстардың қажеттілігі, бұл ТҚ бағдарламлардың мазмұны болады. Осындай түрлі девиздер ТҚ жиналыстарында талқыланған тұрақты және әртүрлі «бұрыштарында» қарастырылады, нәтижесінде терапевтік бағдарламаларының кезеңі бойынша жылжу барысында іске асыруына жақсы мүмкіндіктерімен резиденттердің ішкі сендіруі болады.

Екінші стратегия оқиғаның негізгі агенттеріне қатынасы бойынша алынған және тәуелді тұлғалар үшін сипатты тұйық метапозициларды анықтауымен

байланысты. Осы метапозициялар – аутист, оппозиционер, басымшылық – ТҚ бағдарламаларында табысты жылжуы үшін қажетті ресурсты қол жетімін қалыптастыруына жол бермейтін жалпы конфронтациялық полюсіндегі тәуелді субъектіні оңашасы туралы куәландырады. Осы жағдайда жаңа келушілерге және резиденттерге олардың қорғаушы штамптары мен орнатулардың мүмкіншілігі жоқтығын демонстрацияланады және келесі ережелер-девиздерді қабылдауға қажет: «Біз осындамыз, өйткені өз-өзінен тығылатын осындай жер жоқ»; «Басқа адамдардың көзіен және жүрегімен өзін аша алмайтын адам өледі»; «Өз құпияларымен бөліспеген адам сұрақтардан қаша алмайды»; «Оны таниды деп қорқатын адам, өзін де таный алаламайды, ен басқаларды да таный алаламайды – ол жалғыз қалады»; «Саналы және қатысушы бол» және т.б. ТҚ арнайы кездесулерде қайта дайындалған конструктивті ережелер-девиздер және қызметестікке ішкі орнатулар, кейбір жағдайлар қатарында терапевтік бағдарламаға енгізілген коммуникативтілігінің тренингтеріне қосылады.

Тәртіп терапиясының компоненті

Осы компонент, ешандай күдіксіз, ТҚ сауықтыру бағдарламалардың барлық арақашықтығында ең ұсынмды, құрылымды және жалғастырылымды болып келеді. Оның негізгі және әрекетті технологиялары болып: қатал режимі, резиденттердің белсенділігінің уақытын және түрлерін ұйымдастыратын және құрылымы, «кері қозғалыс» мүмкіндігінен алаңдататын, патологиялық тартымдылығының орталық және периферияльық басымдылығы ретінде механизмн басым ететін; конструктивті паттерлерді максималды ынталандыратын резиденттің тәртібін позитивті-негативті бекіту ережелері мен құрылымдық нақты тәсілдері; арнайы білімді бағдарламаларында адаптивті кәсіби дағдыларын, арнайы тренингтерінде тәртібін иелеу дағдыларын алу мүмкіндіктері. Өзімен өзі ТҚ бағдарламасы, дайындалға қызметкерлер мен жоғары резиденттердің назар «ұлғайтқыш айна астында» фокусында әр резидент орналасқан етіп құрастырылған, оның әр әрекеті қоршаған тұлғалар жағынан талқылау заты және бағалауы болып келеді. Қазіргі жағдайда әр жоғары резидент немесе штатты қызметкер, сонымен бірге барлық терапиялық тобы толығымен – тіуелділіктен босататын – басты мақсатынажылжыған резиденттің дамыту агенті болып саналады.осы прцесс барысында деструктивті тәртіп паттернілер және орнатулар конструктивтілерге ауысады, бұл тәртіп терапиясыныңкомпоненттерінің көмегімен іске асырылған терапевтік прессинг мақсатында болады.

Топтық психотерапиясының компоненті

ТҚ өзінің мәні бойынша – бұл классикалық топтық психотерапиясына жататын барлық терапевтік факторлар енгізетін және көпайлық смарафоны режимінде қалыптасқан арнайы терапиялық топ деп айта аламыз. И.Яломмен (2009) сәйкес, соңғыларына келесі факторларды жатқызуға болады: 1)үмітті күшейту; 2) қасіреттің ерекшелігі; 3) ақпаратты ұсыну; 4) алтуризм; 5) бастапқы отбасылық топтың дұрыстайтын рекапитуляция; 6) әлеуметтендіру дағдыларын дамыту; 7) имитациялық тәртібі; 8) тұлғааралық үйрету; 9) топтың тұтастығы; 10) катарсис; 11) экзистенциалды факторлар. Осы тізім топтық психотерапиясының терапевтік факторларының басқа белгілі ерекшеліктерін толық және жалпылауышы болып саналады (мысалы, M.Lakin, H. Kelman және т.б. ерекшеліктері).

Тқ негізгі практикаларын жақындап қарау және де терең талдауы кезінде өткен жүзжылдықтың 40 жылдарының басында М.Джоунспен қалыптастырылған терапевтік қоғамдастықтың басты принциптерімен және топтық психотерапия терапевтік факторларымен аталғандардың арасында тіке аналогтарды байқауға болады. Мысалы, «Тұрақты үйрену және үйрету», «әрқайсысы өзінің үлесін енгізу қажет, белсенділігін көрсету қажет», «тұрақты қайтымды байланыс», «ұжымды форматтарды қолдану есебінде жеткен жеке өзгерістері» ТҚ осындай принциптері – тұлғааралық үйрету, имитационды тәртібі, 3, 7, 8 ақпаратты ұсыну – терапевтік факторларына тікелей сәйкес келеді. «талқылау үшін күзелісті шығару қажеттілігі мен ашығы» ретінде осындай ТҚ принциптері күйзелітің және катарсистің – 2, 10 топтық психотерапиядың терапевтік факторларына сәйкес келеді. Ұқсас түрде әлеуметтендіру дағдыларын дамыту – 6 терапевтік факторымен «әлеуметтік жауапкершілігі, «бөлінген нормалар мен құндылықтарды пайдалану» ретінде ТҚ осындай принциптерін бақылап шығуға болады. Осыдан басқа, топтық психотерапиядағы тәртіптік жолын орнату сәйкестігі «нормативті тілді қолдану және жаргоннан бас тарту», «дағдыларға ие болу және үйрену арқылы өзін өзі дамыту үшін ТҚ қалыптастыру жүйесін және құрылымын пайдалану», «ТҚ барлық мүшелері қалаулы тәртібінің үлгілерін көрсетуге міндетті» «дұрыс және бұрыс тәртіптеріне тиесілі өсиеттер кодексін қатал сақтау» ретінде ТҚ осындай принциптерін бөлуге болады (Кори Д., 2003). Осылай, топтық психотерапиясының классикалық үлгілерінен ТҚ арнайы тобы тәртіптік жолы жағына көзге айықты «кренмен» және топтарды игерудің директивті және регламенттелген стилімен бөлінеді. Бұл, толығымен, ТҚ ретінде ыункцияланған терапевтік топтары ашық және жаңа келушілер ТҚ жалпы идеологиясын және бас принциптерін жедел үйрену қажет жағдайының есебімен ақталады. Осы жағдайда, топтық динамика елеулі дивиденттермен нығаяды – өзінің тәртібінен бақылауын орнатқан ТҚ аса ерікті мүшелері мағыналы режимі және аталған артықшылықтары щеңберінде еркіндіктің үлкен деңгейін алады.

Отбасылық психотерапиясының компоненті

Осы компонент тек қана арнайы отбасылық кездесулер енгізілетін ТҚ әрекетінің режимінде ғана әрекет етеді, оның барысында келесілер өтеді: тәуелді тұлғалармен қатынасы кезінде пайда болған проблемалары туралы адекватты ақпараттандыру (мысалы, тәуелді қатынастар мен тәртіптерінің ерекшеліктері талқыланады); мүмкіндігі бойынша рецидивтердің тәуелділігі және профилактикасынан босатылғанына резиденттерді жылжыта алатын аса конструктивтілігіне отбасылық қатынастардың қайта бағдарлауы; отбасы мүшелерінің психологиялық қолдауы іске асырылады; өзіне өзі көмектесуге үйренуі өткізіледі.

Осындай арнайы ТҚ кезедсулерін өткізуіндегі басты рөлі отбасылық проблемаларын шеші позитивті өтілі бараға кеңесшілерге беріледі. Бірақ, пайда болған дискуссиялық сұрақтарын тақылауында ТҚ барлық мүшелері де қатысады. Отбасылық терапия компонентінің мағынасы сауықтыру бағдарламасының біріншісінен үшіншісіне резиденттердің жылжу шарты бойынша жоғарлайды.

Ресурсты-бағдарлаулы психотерапияның жанама стратегиялары

Ю.В.Валентиктің тұлғаның психогенетикалық теориясы жағынан (2002), сәйкесінше сауықтыру бағдарламаларының резиденттер тұлғаларының негізгі ресурсты сипаттары зерттелген тұлғалық статустары болып саналады, олар жиынтығында резиденттің өзіндік реттеуін және өзіндік ұйымдастырудың жоғары адаптивті деңгейін, сонымен бірге тәуелділік феноменін қызметтестеін патологиялық тұлғалық статутармен тиімді бақылауын қамтамасыз етеді. Осы байланыста ТҚ принциптерінде негізделген барлық құрамы, сауықтыру бағдарламасының жалпы идеологиясы мен мазмұны, біріншіден, адекватты терапевтік прессинг жағдайларында тәуелді адамдардан нормативті тұлғалық статустарының жылдамдатылған дамуына бағытталған.

Ал екіншіден, ұқсас жоспарының басқа да қарастырылған теориялық құрылымдарында және тұлғалық психогенетикалық теориясында тікелей болған проблемалармен ортақ иеленуіне мобилденген, ресурстық – Я – ерекше тұлғалық статусын жылдамдатылған дамуы қажеттілігі туралы айтылмайды, нақтылай ТҚ иеологиясы мен практикасы кризисті жағдайларында субъектінің өзіндік ұйымдастыру тәртібі үшін аса маңызды мағынасы болатын нормадан жоғары статусының жылдамдатылған қалыптастыруы үшін қажетті шарттарды қамтамасыз етеді.

Келесі креативті-пластикалық ресурстарының тобы психикалық ойдан тыс инстанциясының белсенділік режимдеріне қатынасы болады және біздің бақылауымыз бойынша, синергетикалыққа адаптацияның базисті конфронтациялық стратегиясынан ауысу сәтінде актуалданады.

Осы байланыста белгілеп кету қажет, ТҚ идеологиясының басты стержені – бірлесе ірекеттену қажет, сауықтыру бағдарламасы құрылымының структурасы, жеке, креативті-пластикалық ресурстары тобына тұрақты кіруін және кең қалыптасрыуына бағытталған синергетикалықтан жалпы конфронтациялық полюсына – тәуелді тұлғалардың метаполизация өзгерісіне бағытталған топтық терапияның тоталды парктикасы.

Осындай стратегиялық жолының тиімділігін дәлелдеу үшін базистік адаптациялық стратегияларды қайта қалыптастырудың нақты белгілері пайда болғаннан кейін тікелей жаңа келушілер мен кіші резиденттердің тәртіптерінде терапевтік орнатуларды табысты қосу әне актуалды ақпараттандыруды үйрену көлемдерінің өсуі анықталды.

1.2 бағдарламасының психотерапевтік компонеттері

1.2.1 «12 қадам» сауықтандыру бағдарламасының қысқаша мәліметтері, ұйымдастырушылық және функционалдық сипаттамалары келесі.

Арнайы және жалпыға түсінікті әдебиеттерінде ең таратымды атаулары пайдаланылған: «12 қадам», «Анонимдік алқаштар (АА)», «Анонимдік накомендар (АН)».

Алкоголді тәуелсіздігінен босатудың бірінші 12-қадамдық моделі 1937 ж., Нью-Йоркте басылған «Анонимдік алқаштар» В.Вильсонның кітабында жазылған.

«12 қадам» қозғалысының көздерінде Вильям Грифт Вилсон (бұрынғы алқаш, биржалық маклер) және Роберт Халбрук Смит (бұрынғы алқаш, хирург-

дәрігері) тұр. «12 қадам» қозғалысын дамытуындағы бастамасы және негізгі салымы В.Вильсонға тиесілі.

«12 қадам» бағдарламасы бірлесіп таратылған Анонимді алқаштар (АА) және Анонимді наркомандар (АН) жабық ассоциациялары және клубтарының желілерінде іске асырылды (яғни әр қайсысында бұрынғы одақты республикаларында ССОР, Батыс, Шығыс Еуропаларының шағын немесе үлкен қалаларында осындай қоғамдастықтар қалыптасады). Бірақ АА және АН орналасқан жері туралы мәліметтер анонимдік принцип күшінде ашық жарияланбайды.

«12 қадам» бағдарламасының клиенттері – өткір абстиненттік бұзылулардың күпелі, детоксикация курстарын өткен алкоголден (АА) немесе есірткіден (АН) тәуелді адамдар. Алкоголды тәуелсіздік жағдайында осы шарттар міндетті емес. Бірінші АА жиналысында сау келуі жеткілікті.

1.2.2 Алкоголизм (АА) және есірткімен (АН) ауырған адамдарды сауықтандыруына мамандырылған 12-қадам бағдарламасының функционалды және ұйымдастырылған сипаттамалары келесі.

АА және АН қоғамдастығының басты идеологиясы адамның биологиялық, психологиялық, әлеуметтік және діни өмірінде тұрақты бұзуларына әкелетін ауру ретінде алкоголизм және есірткіні тану болып атбылады. Биологиялық деңгейіндегі өзгерістер қайтымсыз және емделінбейтін болып саналады, бірақ ауруды көздейтін барлық қалған аспектілері, АА және АН пікірі бойынша, бағытты ынтымақтаса алады. «12 қадам» өмірдің сау салтын ұстауға және тұлғалық емделуге, ал «12 Салттары» - қоршаған ортада қоғамдастықтың өзін функционалдау нормаларының сомасымен бағдарлама деп аталынады.

12 қадам

1) Біз алкогол және есіртке алдында өзіміздің әлсіз екенімізді таныдық, өзімізге бақылауды жоғалтқанымызды таныдық.
2) Күш бізге қарағанда аса қуатты, бізде дұрыс ойлаушылықты қайтара алатын сенімге келдік.
3) Біздің қалауымызды және өмірімізді Құдайға беру шешімін қабылдадық, өйткені біз оны түсінеміз.
4) Адамгершілік көзқарасымыздан өзімізді және өмірімізді терең және қорқынышсыз бағаладық.
5) Біздің қателесуіміздің нағыз табиғатында қандай да бір адамға және өзіміздің алдымызда, бізге қарағанда аса қуатты Күштің алдында таныдық.
6) Өзімізді Құдай-біз оны түсінетіндей, біздің кемшіліктеріміздің бәрінен бізді босатқанына өзімізді дайындадық.
7) Оны біздің кемшіліктерімізді дұрыстауға сұрадық.
8) Біз жамандық істеген адамдардың тізімін құрастырдық, және бізбен істеген жамандықты өтеуіне дайындалдық.
9) Бұл оларға немесе басқа адамдарға әсер тигізетін жағдайлардан басқа, мүмкіндік болған жерлерде осы адамдарға жеке өтеуін қайтардық.
10) Өзіндік талқылауын жалғастырдық, қате жіберген уақыттарда сол сәтте оны таныдық.

11) Намаз жолымен және Құдаймен жанасуын тереңдету ойы жолымена ұмтылдық – өйткені біз оны түсінеміз, - бізге орындауға жататын Оның қалауы туралы, және осы үшін күш беруі туралы дұғаландық.

12) Осы Қадамдар әкелген діни сергуіне жеткеннен кейін, біз өз пікіріміздің идеяларын басқа алқаштарға дейін жеткізуге және осы принциптерді барлық істерде қолдануға тырыстық.

12 салттар

1) Біздің жалпы игілігіміз барлығынан да жоғары болуы қажет – жеке емделу АА және АН бірлігінен байланысты.

2) Біздің топтың істерінде бізді сүйетін Құдайдан басқа жоғары адам жоқ, оны біздің топтық санамызда ұсынатын түрде қабылдайды. Біздің жетекшілеріміз – тек қана сеніммен жеңілдетіген орындаушылар, олар бізбен басшылық етпейді.

3) АА және АН мүшелігі үшін жалғыз шарты – бұл ішуді және есірткіні тастауға ықыласы.

4) Әр топ өзімен өзі болуы керек, бірақ толығымен АА және АН немесе басқа топтардың істеріне тиісілі жағдайлардан басқа.

5) Әр топта тек қана бір басты мақсаты бар – қиналған алқаштар мен наркомандарға дейін біздің идеяларымызды жеткізу.

6) АА және АН топтарынына ешқашан да қаржыландыруға, қолдауға қажет емес, немесе АА және АН есімдерін біздің бастапқы мақсатымыздан алаң етпес үшін меншікпен, абыройымен, ақшамен байланысты проблемалар туысқандық ұйыммен немесе басқа компаниямен қолдану үшін ұсынбаймыз.

7) АА және АН әр тобына тыстан көмектен бас тартуға, өзінің күштеріне толығымен сену қажет.

8) АА және АН қоғамдастығы әрқашанда кәсіби емес бірлестік болып қалуы қажет, бірақ біздің қызметтеріміз нақты біліктілігімен қабілеті болған қызметкерлерді алуы мүмкін.

9) АА және АН қоғамдастығына қатал басқару жүйесімен иелену қажет; бірақ олар тікелей қызмет көрсететін қызметтестіктер мен комитеттерді құруымызға болады.

10) АА және АН қоғамдастығы оның әрекетінен тыс сұрақтар бойынша қандай да бір пікірді қолдамайды, сондықтан АА және АН атын қоғамдық дискуссияларға тартуға қажеті жоқ.

11) Қоғамдастықпен ара-қатынастағы біздің саясатымыз насихатқа емес, біздің идеяларымыздың тартымдылығына негізделген; біз әрқашанда бұқаралық ақпараттар құралдарымен біздің барлық байланыстарымызға анонимдікті сақтауымыз қажет.

12) Анонимдік – барлық біздің салтымыздың діни негізі, ол басты тұлғалық емес, принциптер туралы ескере отырады.

«12 қадам» бағдарламасының басты идеясы, бұл барлық аталғаннан ала отырып, алкоголды және наркотикалық тәуелділігі қалыптасқан және өзінің тәртібіне бақылауын жоғалтқан адам, келесі міндетті шарттардың болуы кезінде

алкогол немесе есірткінің бастапқы дозасынан күнделікті қабылдауынан амалдауы мүмкін деген қорытылаймыз:

- алкогол және есірткіні қабылдау қатысында өзінің тәртібіне бақылауын жоғалтуды тану;

- бір қуатты Күш бар екеніне сенген, 3, 5, 6, 7, 11 қадамдарында аталған нақты қатынастарды орнату жағдайында дұрыс ойды қайтаруға (2 қадам), жетіспеушіліктерді түзетуге (7 қадам), діни сергуін (12 қадам) – яңни өзінің тәртібіне бақылауды қайтаруға және еңбек өмірін қайтару мүмкіндігі туғызады;

- жүйелік жұмыстың қажеттілігін тану: АА және АН жиналыстарына тұрақты қатысу; "12 қадам", "12 салттар" негізгі бағдарламалық құжаттарды қайта дайындау; анонимді алқаштар және наркомандар белгілі «Көк кітап» - сау өмірі бағдарламасын қалыптастыру және орындау бойынша негізгі жетекшілікте жазылған тәртіптің ережелерін және түрлерін сақтау.

«12 қадам» бағдарламаларының осы басты идеологиялық постулаттардың Біздің интерпретация келесідей нәтижеге келеді: 1) алкогол және есірткіден тәуелділер оның міндеттері үшін шешімінің қажеттілігімен байланысты фрустрациядан босатылады – яғни ұзақ және толық абстиненцияғы жету және өзінің тәртібіне бақылауын қайтару бойынша міндеті ұсынылады – және осымен бірге ол міндет басқалармен, аса қуатты инстанциялармен шешілетініне сенім береді, олардың шындылығында ол сенеді («12 қадам» бағдарламасы тек қана сенім білдіретін адамдарға ғана мағынасы бар). Сонымен бірге бір – өзінің жеке күштерінің пайдасыздығы және келешексіз дерегі – және басқа жағдайы – Күштің қуаттылығының дәлелдеуі (Құдайдың – өйткені біз оны түсінеміз) – «өмірдің шындығымен» расталады, яғни бұрында алкоголды және есірткіден құмар болу проблемаларын өзіндік шешіу көптеген табыссыз талпыныстармен, сонымен бірге АА және АН мүшелерінде күн аралығында саулылығын сақтау күшін беретін Құдайға байланыстылығын босату «қайта тапсырылған» глобалды проблемасы нақты деректермен беріледі. Көпке олар үміттенбейді. Осылай, болашақтың үмітсіздігімен және болмау фрустрациясының сезінуімен байланысты ресурсқа қарсы жағдайынан, алкоголмен немесе есірткімен ауырған адам оның басты проблемасы табысты шешімі бар болғанының қатысында нақты болашағының пайда болуы, тыныштықтың ресурсты жағдайына ауысады, ал оған жасауға қажетті нақты қадамдар оның күшіне жетеді; 2) алкоголден және есірткіден тәуелділер анозогнозиялар феноменінде көрсетілетін иллюзиялы қорғаныстан босатылады, - өзінді және қоршағандарды алкогол және есірткіні қабылауымен байланысты өзінің тәртібін бақылауға қабілеттілігін сақтайтындығында қажеттілігі. «Жағымсыз шындығы» импульстерін басу үшін көп күш пен энергияны талап ететін осындай қорғаныс реакциясында қажеті жоқ. Тәуелділік феноменін және нормативті тұлғалық статусының әлсіреуін қызметтесетін тұлғалық статустарының конфронтациясы осылай «бетін сақтауға» тырмысады, яғни осымен жағдайды бақылау иллюзиясы жойылды. Тұлғаның нормативті бөлігі енді «12 қадам» идеологиясымен сәйкес өмір принциптері мен ережелерді үйрену, энергияны боату үшін қолданылатын пайдалы іспен айналыса алады; 3) «12 қадам» бағдарламасында алкоголден және есірткіден тәуелділерді әрі қарай жылжыту екі өте маңызды бағыттарда өтеді. Бірінші бағыт психикалық персонифицирленген

суперресурсты инстанциялармен аса тығыз және конструктивті қатынастардағы жаңа және мағыналы сапасын орнатуымен байланысты (Күш бізге қарағанда аса қуатты; Құдай - біз–оны қалай түсінеміз), осы инстанцияларды мета-бағдаллауымен тәуелділіктен әрекетті бақылауын және босатуын орнатуына, қажетті өзгерістерге жетуіне қолдауы – 3, 5, 6, 7, 11 қадамдар. Екінші маңызды бағыты – нормативті тұлғалық статустарды дамыту, эмоциялық жетілуіне жету – 12-қадамдық бағдарламамен жазылған тұрақты практикалар есебінен іске асырылады. Екі бағыт та жеткілікті үйлесімді байланысқан. Сонымен бірге бірінші бағыт, жоғарыда аталғаннан, тұлғаның нормативті жетілуін дамыту міндетін маңызды жеңілдетеді. Осылай, 12-қадамдық бағдарламаның әр кезеңінде тәуелді тұлғалар келесі кезеңдерді табысты іске асыру үшін қажетті нақты психологиялық ресурстарын алады. Бұл, қарастырылған сауықтыру моделінің аса маңызды ерекшелігі, сондықтан, оның нақты тиімділігін және әлемнің көптеген өңірлерінде белгілігін түсіндіреді.

АА және АН жұмысында пайдаланатын негізгі құралдары келесі:

- қалпына келудің барлық кезеңі аралығында жиналыстарға тұрақты қатысу;
- қоғамдастықтың басты ұраны, «12 қадам», «12 салттар» бағдарламалардың негізгі мәнмәтіндерінде және мазмұнында жүйелік тану және қайта дайындау;
- бағдарламаларда бұрыннан және табысты жұмыс істейтін адамдар – жетекшілерімен белсенді жұмыс.

Топтық жиналыстарға қатысу – АА және АН бағдарламасы бойынша ажыратылмайтын бөлігі болып саналады. Қоғамдастьықтың негізгі ұраны – «90 күн 90 жиналыс»: жаңа келушіге үш ай аралығында күн сайын топқа қатысуы ұсынылады. Бұл ұсыныс терең мағынаны береді: нақты осы қалпына келудің бастапқы кезеңі ауру рецидивінің пайда болуы және даму жағынан аса қауіпті. Осы қиын кезеңінде ауру адамдар қалпына келу жолында қарқынды көмек және қолдауында аса қажеттілік етеді. Осыдан басқа, АА және АН басқа мүшелерімен тұрақты араласуы бағдарламаны іске асырудың осы кезеңінде химиялық тәуелді адамға оның негізгі ережелерінде дұрыс түсінуіне, қоғамдастықтың әрекеттерін реттейтін принциптерін түрінуге, және де ең бастысы – ол сауықтыру процесінде нақты немен көмектесетініне түсіндіреді.

Сабақтарда адам оны қоршаған адамдармен қатынасында онда пайда болған проблемаларға байланысты көптеген сұрақтардың жауаптарын таба алады, жаңа дағдыларға үйрену мүмкіндігі пайда болады, оған тең серіктестер арасында тәртіптің жаңа стилдерін пайдалана алады. Нақты осы мүмкіндіктер психологиялық жайлылыққа және тыныштыққа сезімдерін береді. Топтың басқа қатысушыларының әңгімелерін тыңдай отырып, пациенттер басқаларда өздерін тани алады, «жан-жақтан» өздерінің проблемаларын көре алады және осы тәжірибені өзінің сезімдері мен тәртібінің түрлерін анықтау және бағалау үшін қолдана алады. Топ өзін-өзі зерттеу процесін жеңілдете алады, адамға өзінің тұлғасының ашуы барысында қажетті назарын, қатысуын және қабылдауын ұсына алады.

«12 қадам» бағдарламасын екі үлкен кезеңдерге бөлуге болады.

Бірінші кезең өзіне 1-ден 8-ге дейін Қадамдарды енгізеді. Олардың міндеттері – ауру адамды оның проблемалары сияқты болған адамдармен

адекватты әлеуметтік өзара әрекетіне үйрену, бірақ сау өмір салтын жүргізу қажет. Ұқсас оқытуы тек қана «Анонимді алқаштар», «Анонимді наркомандар» тобымен тығыз байланысы кезінде мүмкін.

Екінші кезең 9-дан 12-ге дейін Қадамдарын алады. Осы кезеңде адам топта алынған білімі мен үйренулерін шығарады, «одан тыс» - химиялық тәуелсіз адамдар арасында оны қоршаған социумымдағы функциялауды түзуте және жетілдіру үшін шығарады.

Осы кезеңдердің тиімді іске асырылуы АА және АН 12 дәстүрлерінің адекваттық қайта дайындауымен байланысты.

Қоғамдастықтың дәстүріндегі осы жағынан басты мағынасы бірінші кезекте қоғамдастық мүшелерінің оларға қатынасы болады. Жиі, олар әр сәтте жасалған қадамдар туралы өз пікірлерін, оларды өтуінің жеке тәжірибесі туралы, бағдарламада жеке өзінің жолдары туралы айта алады – және де бұл басқа резиденттермен жеңіл қабылданады. Бірақ, барабар талқылануын іске асыру жағдайында немесе қоғамдастықтың дәстүрлерін өзгеру жағдайында АА және АН мүшелерінің көбісі олардың қорғауына қатал тұрады. Осындай берік позициясы адамдарда тек қана олардың өздерінің қолданылуына қауіп болған жағдайда ғана болады. Дәстүрлер, бірінші кезекте, «Анонимді Алқаштар» және «Анонимді Наркомандар» қоғамдастығының бірігуін– сауықтыру процессіне бағытталған тәуелді тұлғалардың қауіпсіздік кепілін және қорғауы ретінде қорғап қалады. Осыдан басқа, қоғамдастық жұмысының ұқсас ұйымдастырылуы оған тоталитарлы секта болуға мүмкіндік бермейді.

Ерекше назарды АА және АН психотерапевтік рөлдерінің ұрандарына бөлу қажет. Олар жаңа қиын ойда болмаған жағдайларда «жазылатын» адам үшін құтқару дөңгелегі болып табылады. Олардың көмегімен ауру адам қалыптастыру кезеңінде болған уақытта тәртіптің жаңа, сау тәсілдері қажетті кезінде қоршаған ортада тұрақты функциалауына жеткілікті мүмкіндігі болады. Ұран – бұл өзі бойынша сөз орамы, «жазылатынның» ойлары мен әрекеттерін бұрында тек қана алкогол көмегімен шешілетін, пайда болған проблемалардың адекватты шешіміне бағытталған.

Ең маңызды «Тек бір күнмен тұр» ұраны ұсынылады, ол «Қазір және осында» принципі ретінде көптеген психотерапевтік мектептерінің түсініктеріне сәйкес келеді. Осы «формула» барлық қалпына келу процессі қазіргіге жиналғандығына және нақтыланғанын меңгеру белгісінің өтуіне бағытталған. Оны конструктивті қолдану ауру адамға өткеннің қателерін уайымдау және болашақ туралы мазасыздалануына энергияны жоғалтуға мүмкіндік бермейді, ол қазіргі, актуалды проблемаларды шешуіне шоғарлануға мүмкіндік береді. Осыдан басқа, АА және АН ұрандарын бұрмаланған тұлғалық дамытудың процессінде алынған және бекітілген сценарлық орнатуларының әрекеттеріне қарсы тәсілі ретінде қарастырыла алынады.

Осылай, «12 қадам» бағдарламасында аса нақты топтық психотерапия компоненті пайда болады. Әрі қарай мотивациялық, когнитивті, тәртіптік психотерапияның компоненттерін бөлуге болады, сонымен бірге ресурсты-бағытталған психотерапиясының ерекшелік стратегиялары жеткілікті.

«12 қадам» бағдарламасының психотерапевтік компоненттердің қысқаша сипаттамасы келесі.

1.2.3 **Топтық психотерапия компоненттері**

Көптеген зерттеулермен АА және АН жиналысы практикасында топтық психотерапияның барлық терапевтік факторларының болу дерегі белгіленеді:

1) Үмітін күшейту – АА және АН жүйесі бойынша қалпына келтіру табысына және амандыққа жетуіне сенімін бекіту. Осы психологиялық факторлар өз өзімен психотерапевтік әсерін көрсетеді, егер олар қоршаған социумда аман-емен тұруына жеткен және сау болу мерзімінің көп болғанын, қоғамдастықтың табысты мүшелері түрінде тірі мысалдармен бектілген болады. Ережедей, осы адамдар жаңа келушілерге: «Мен сияқты болғын келеді ме – мен сияқты топтарға барып жүр, бағдарлама бойынша жұмыс істе, сонда ғана сенде бәрі болады». Табысқа сенім – бұл осы бағдарламаның ең маңызды тиімділіктің факторы.

2) уайымдаудың әмбебабы. Көптеген алқаштар мен наркомандар өздерінің жеке проблемаларын өте сиректі деп санайды, бірақ топқа келгенде, олар басқа адамдарда да ұқсас мәселелер бар екенін, ол сияқты толық дамымаған және тұлғааралық айыруы бар екенін біледі. Ауру адам өзінің бақытсыздығымен бірегей емес екенін және жалғыз емес екенін түсінгенде, ол қоғамдастықтың ішінде де және одан тыс та басқа адамдардан көмекті қабылдай алады – бұл сауықтыру процессінің қалпына келтіруіне жеңілдетеді. Осыдан басқа, кейбір ауру адамдар, өзінде қандай да бір ауыршылықтарды анықтап, оларды топта қайда дайындау үшін «әкеледі», ал топтың басқа мүшелерімен қатынасының процессінде өзінде қалпына келу процессіне жол бермейтін тағы қатар проблемаларды табады, бірақ «анықталмағандар» тобына келер алдында және жете түсіну алдында ғана табады.

3) ақпаратты ұсыну – бұл АА және АН топ мүшелерінің алқаш немесе наркоман өмірінде бар болған анау не басқа проблемалардан жеңіп шығу тәсілдеріне жататын ақпаратты ауыстыру мүмкіндігі мен қажеттілігі, өйткені көптеген ауру адамдарда үлкен сәйкестіктері бар. Бағдарлама бойынша бөлек «қадамдар», «дәстүрлер», «ұрандар» бойынша жұмысқа қабылдау, сонымен бірге қалпына келудің көптеген басқа аспектілерінде де «жылжу» тәсілдері жалпы бола алады. Осындай ақпараттармен ауысу үшін алдын ала жоспарланған, не «кездесулерді» көптеген қатысушылармен таңдалған топтарындағы талқылау үшін тақырыптары анықталады.

Альтруизм – АА және АН байрғыларға да, жаңа келушілерге де өзара қажеттілігінің сезімі – тиімді терапевтік әрекетін көрсетеді. Егер АА және АН тобына жаңа, «жас» алқаштар мен наркомандар тартылмаса, онда топ нақты белсенділігін тез тоқтата алатыны құпия емес, ол өз кезегінде, саулылықтың үлкен мерзімдері барларға да жиі кедергіге әкеледі. Сондықтан альтруизм – бұл АА және АН мүшелерінің өзара әрекеттесуінің маңызды элементі, онсыз жеке сауықтандыруы мүмкін емес.

4) бастапқы отбасылық топтың түзететін рекапитуляциясы. АА және АН топтарының қатысушылары арасында болған қатынастар, біраз уақыттан кейін адам өзінің жақындарымен қатынасында қолданатын өзара әрекеттерінің түрлеріне ұқсай бастайды. Яғни, топта ауру адам мысалға отбасында сияқты, тәртіптің

паттерлерін қолдана бастайды. Өзара әрекетінің конструктивті емес тенденциялары химиялық тәуелді адам топта немесе оның мүшелерімен бөлек бойынша аргессияны көрсететін қажет емес тартылымы болған жағдайда ғана анықталады. Бағдарлама және топта жұмыс бойынша қалпына келу нақты кезектерді өту шарты бойынша, осы тенденциялар топтық және жеке рационалды және нақты бағалауына ұшырайды, ол топтардың жиналыстарында, сонымен бірге жиналыстардан тыс оны қоршаған адамдарды және ауру адамның тұлғааралық қатынастарының патологиялық стереотиптері болмайтын еркіндікке әкеледі.

5) Әлеуметтік дағдыларының дамуы. АА және АН топтарында жұмыс істеу процесстерінде, біріншіден, топтардың қатысушыларымен дұрыс сөйлеуге үйренеді. Адам, топқа келер алдында өз ойларын әрең білдіреді, топтық қатынас процессінде өз сөзінде мағыналы акценттерін анық, дұрыс, түсінікті қойып айтуға үйренеді. Осында маңызды рөлін сонымен бірге топта қарастырылған тақырыбы бойынша өз ойларын «жеткізуге» және ауру адамның өзін ұсыну ритуалдарын сақтауға қажеттілігі ойнайды. Әрі қарай, маңызды сәті АА және АН қатысушыларының әлеуметтік қоршауымен өзінің өзара қатынастарын қайта ойлап айтуы болып келеді. Бұл 4, 6, 8, 9, 12 қадамдарының тереңдетілген қайта дайындауына жетеді, олар жиынтығымен келтірілген зақымдарын тану және шамасына лайық қайтарудан кейін мүмкінді социуммен конструктивті, сенімді қатынастарын орнатуына бағытталған.

6) Имитациялық тәртібі. Кейбір қоғамдастыққа келген ауру адамдар, сау тәртібінің дағдылары жоқ. Басында оларға «көшіруге» ұсынылады, яғни сау өмірінің конструктивті тәжірибесін алу мақсатында қоғамдастықтың мүшелерінің бағдарлама бойынша табысты жұмыс істейтіндердің тәртібін қайталау. Жаңа келгендерге кедергінің себебі бола алатын аяқ астынан немесе қиын пайда болған жағдайларды жеңу дайын тәсілі ретінде бағдарламаның ұрандарымен, «формулалармен» пайдалануға ұсынылады. Ақырындап, олар АА және АН келген көптеген адамдардың тәжірибелерін жинақтайды, қандай да қиыншылықтарды анықтау бойынша оларда көптеген тәртіп үлгілері пайда болады. Әрі қарай ауру адам күделікті өмірде адекваттық тәртібінің түрлерін топтарда өзінде барлық болған қайта дайындаған арсеналын қолдана отырып, өзінше сарапаттай алады.

7) Тұлғааралық үйретулер. АА және АН топтарында олардың қатысушыларының әрқайсысы онымен немесе топтың басқа қатысушымен оң және теріс эмоцияларын, «сау алқаштар мен наркомандар» арасында тәртібінің жаңа түрлерін қабылдап зерттейді, бұл әрі қарай оған көптеген қоршаған адамдармен толық әлеуметтік байланыстарын орнату үшін – топтан тыс өміріне пікірлерін және топтағы әрекеттері ауысуға көмек береді.

8) Топтың бірігуі топтың шартында сауықтыру процессінде табысқа жетуге көмек береді, өйткені алқаш немесе наркоман жалғыз болғанда өзінің ауруын жеңе алмайды, осылай, өзіне ұқсастарға көмегін көрсетеді. Біріруінің болмауы АА және АН тобының және АА және АН қоғамдастығының таратылуына әкеледі, оның салдарынан «тірілген», бірақ «өзіне тұйық» топтарында терапевтік тиімділігі маңызды азаяды. Қоғамдастықтың бірігуі, АА және АН «12 Дәстүрлерінде» айтылған ауру адамдардың «жақсаруына» және АА және АН болудың негізгі принципі ретінде болады, осы бойынша негіз болушы 1-ші дәстүрді санау қажет:

«Біздің жалпы амандығымез бірінші орында тұру қажет; жеке емделу АА және АН бірлігінен байланысты».

9) Катарсис. Алкоголизация және наркотизацияда «қолайсыз» қажеттіліктер топтарында қайта дайындығы, бұрында ашылмаған, талдауланбаған эмиоцияларында назар аударуы – кінәлік немесе дұшпандылық сезімдері сияқты, психологиялық тазартылуына, жеңілдетуіне және боатуына әкеледі, - бұл мазасыздықты жиналыстың аяқталғанына кейін көптеген АА және АН мүшелері сезеді. Осыдан басқа, қоршағанның толық эмпатиясын, қауіпсіздігін, қабылдаушылығында тұлғааралық өзара әрекеттерінің нәтижелерінде топтардың (АА және АН қоғамдастықтың толығымен) бірігуін күшейтуінде көрсетілген топтарындағы осындай катарсистің ерекше пайдасын белгілеу маңызды.

10) Экзитенциалды факторлары. Топтық жұмыс барысында, АА және АН қатысушылары «діни сергуіне» (12 қадам) жетеді, жиынтығында тұрмыста- әлемде жаңартылған өмірлік метапозицияны қалыптастырады, 12-қадамдық бағдарламаның кезеңдерін өтуді іске асыру барысында қалыптастырылған және қайта дайындалған, өмір идеяларының негізін іске асыруына ресурсты, альтруистикалық және ориентирлікті болады.

Осылай, терапевтік факторлар мен топтық психотерапияның механизмдері өзін өзі алдау бастапқы тәсілдерін бұзуына мықты стимулдары, эмоциалық жетілдіруі, нормативті тұлғалық дәрежелерін форсирленген дамуына, АА және АН бағдарламалардың пациенттер-қатысушыларында өзін-өзі тану және өзін жекелендіруді құруы болып саналады. Ақырғы нәтижесінде осы терапевтік жетістіктері алкоголді және наркотикті пайдалуына рецидивтеріне АА және АН рецидивтердің тұрақтылығын қамтамасыз етеді. Барлық жоғары аталғандар топтық психотерапияның компоненті «12 қадам» бағдарламасында негізгі болып келетіні туралы айтады.

Сонымен бірге, наркологиялық, психотерапевтік профилдер арасындағы мамандары арасында топтық психотерапияның классикалық принциптері және «12 қадам» сауықтыру бағдарламасы идеологиясының салыстырмалы негізі туралы пікірі бар. Осы сұрақ, біріншіден, ПБЗ-дан тәуелді медициналық-әлеуметтік сауықтандырудың жоғарықұрылымдық бағдарламалары шеңберінде «12 қадам» бағдарламасының фрагменттерімен классикалық топтық психотерапиясының паркикасын қосу кезінде пайда бола алатын түсінбестіктерді жою мақсатында мұқият қарастырылуы қажет (осындай салыстырылымдар қазіргі сультимодалді жолдары кезінде сирек болып саналмайды). Ал екіншіден, жеткілікті ерекшелі өзгешеліктермен, өздерінің іске асырылған топтардың жұмыстары және қалыптастырылуының «12 қадамы» және классикалық топтық психотерапиясының идеологиясына бағытталған үлкен деңгейіндегі ТҚ – екі басты сауықтандыру принциптерінің әртүрлілік позициясын түсіндіру үшін. Конфронтациялық емес терапевтік пайдалану мүмкіндіктері және әртүрлілік сәттерінде сияқты, жалпы позициялар ретінде байланыстары бойынша нарколог, психотерапев, психолог-дәрігерлерімен, кеңесшілерімен адекваттық түсініктері, осындай түрлі диссоциация, ешқандай күдіксіз, олардың кәсіби компетенцияларын кеңейтуіне мүмкіндік береді, сонымен бірге полипрагматикалық және сол уақытта толық сауықтыру тәжірибелерін алатын пациенттерге жақсы әсер етеді. Қазіргі әрекет

ететіндердің арасында топтық психотерапия саласында ең авторитетті маманы И.Ялом (2009) осындай «түсінбестіктерге» келесіні жатқызады:

1) «12 қадам» топтары психотерапияны медикаментозды емделу сияқты қабылдамайды;

2) «12 қадам» топтары жеке жауаптылығынан бас тартуға итереді;

3) «12 қадам» топтары қатты аффектінің пайда болуына жол бермейді, бұл сәйкесінше мәнмәтінінде қуатты терапевтік факторларының бірі болып табылады;

4) Классикалық топтық психотерапия өзіндік жеткілікті және 12-қадамдық бағдарламалардың діни және басқа да қанағатсыздықтардың» принциптерінсіз бола алады;

5) Классикалық топтық психотерапия тұлғалық өсуіне мүмкіндік туғызбайтын және регриссивті ретінде анонимді алқаштар мен анонимді наркомандар топтарының ішінде қатынастарын қарастырады (яғни, топтың жоғары мүшелері және бірінші қадамдарды жасайтындар арасындағы қатынастар).

Сонымен бірге И.Яломның өзі жоғарыда аталғанның бәрі адекватсыз және жаман үлгілер деп санайтындар үшін «12 қадам» бағдарламасында топтардың өткзіу ең жақсы үлгілері сияқты деп санайды. Бірақ осындай үлгілерді тек қана «12 қадам» топтарында ғана емес, әртүрлі психотерапевтік жолдарында да табуға болады. Сондықтан, тек қана біржақты куәландыруларына негізделмей, әдістің жетіспеушіліктері мен құндылықтары туралы жалпылама пікірлерді шығаруға қажет емес.

И.Ялом бойынша «12 қадам» бағдарламасынан топтық психотерапияның мейнстримінің мағыналы әртүрлілігі (соынмен бірге ТҚ идеологиялары), осы «жоғары үкімет» қатысы бойынша өздерін түсіну және оған бағынуына «жоғары тұрған үкіметке» олардың мүшелерінің қатынасына негізделген анонимді алкоголиктер мен наркомандар тобы нәтижелейді.

Осындай қатынастар мейнстрим топтық психотерапияда қарастырылмаған. Топтың өмір сүруге бейімділігі мен терапевтік динамикасының кепілі өзара қатынастары болып саналады, әсіресе қазір және осында болғаны.

И.Яломның пікірі бойынша, қайта айнымалы байланыста тыйым салу АА және АН топтарына тұлғасызданатын кездесулерге еш жағдайда әкелмейді. Осындай топтардың қатысушылары өздерін еркін, қорғалған болып сезеді, және «тереңдікке дейін» өзін-өзі аша алу мүмкіндіктері болады. Осы топтарда «қазір және осында» қатынастарын реттейтін арнайы дайындалған жүргізушілері болмаған жағдайда, тұлғааралық байланыстар мен конфронтациялықтан қашу АА және АН топтарының шешімдерін, ақпаратты алуды тез өнімдейтіні әбден орынды болып ұсынылады.

Әрі қарай И.Ялом түсінікті классикалық топтық психотерапиясы тіліне «12 қадам» бағдарламасында салынған идеялардың «еркін аударымы» нұсқасын ұсынады, осындай конструкциясы арқасында топтардың жетекшілері бір-біріне ағуын жеңілдететін «12 қадам» бағдарламасы бойынша сауықтыру процессі және топтық терапевтік процессі туралы ойын қолдап, екі жолды жабатын осы жалпы құралдықты қолдана алады (1 кесте).

1 кесте

И.Ялом бойынша «12 қадам» топтарының және тұлғааралық терапевтік топтарының жақындауы (2009)

№ р/с	«Он екі қадам» тобы	Тұлғааралық топтық психотерапия
1	Біз алкогол және есіртке алдында өзіміздің әлсіз екенімізді таныдық, өзімізге бақылауды жоғалтқанымызды таныдық.	Дәмегерліктен және контрбайланысынан бас тарту. Топтың күшіне және топтық процессіне сенімін қалыптастыруды бастау
2	Күш бізге қарағанда аса қуатты, бізде дұрыс ойлаушылықты қайтара алатын сенімге келдік.	Қатынастары мен тұлғалық байланыстары арқылы өзіндік қалпына келтіруі. Алкогол және есірткіге құштарлықты ауыстыра алатын тынышталу, қорғау және үмітінің көзінде «Жоғары Билік» айналуы.
3	Біздің қалауымызды және өмірімізді Құдайға беру шешімін қабылдадық, өйткені біз оны түсінеміз.	Топ бойынша серіктестерінің еркін қалауы және терапевтік процедурасында сенімді табу
4	Адамгершілік көзқарасымыздан өзімізді және өмірімізді терең және қорқынышсыз бағаладық.	Өзіндік ашылуы. Өзінің ішінде іздеу. Өзі туралы көбірек тану
5	Біздің қателесуіміздің нағыз табиғатында қандай да бір адамға және өзіміздің алдымызда, бізге қарағанда аса қуатты Күштің алдында таныдық.	Өзіндік ашылуы. Өзінің ішкі әлемімен басқалармен бөлісу – сізге арман мен үмітін беретін, кінә сезімімен және ұятымен сізді тек қана толтырылмайтын тәжірибе
6	Өзімізді Құдай-біз оны түсінетіндей, біздің кемшіліктеріміздің бәрінен бізді босатқанына өзімізді дайындадық.	Рецидивтер шақыртатын барлық деструктивті тұлғааралық әрекеттерін емдеу шарттарында «қазір және осында» шығару және зерттеу. Топтың міндеті – қатысушыларға әрекетке дайындық үшін ресурстарын өзінің ішінде табуға көмектесу
7	Оны біздің кемшіліктерімізді дұрыстауға сұрадық.	Қанағаттандырылған қатынастарды әкелетініне жол бермейтін тұлғааралық сезімдер мен әрекеттерді тану. Олардың көмегімен жаңа тәртібімен сараптамаларды өзгерту. Өзінің тұлғааралық репертуарын кеңейту үшін қайтымды байланысын талап ету және қабылдау. Топ өзінің проблемаларына жұмысының мүмкіндігін ұсынғанмен де, осы жұмыстың жауаптылығы саған жатады
8	Біз жамандық істеген адамдардың тізімін құрастырдық, және бізбен істеген жамандықты өтеуіне дайындалдық.	Сіз жауапты болған тұлғааралық жарақаттарды жекешелендіру; басқа адамдарға сезімін білдіруге үйрену. Сіздің әрекеттеріңіздің әсерлерін басқаларға бағалау және сізбен жасалған зияндарды түзетуге дайын болу.
9	Бұл оларға немесе басқа адамдарға әсер тигізетін жағдайлардан басқа, мүмкіндік болған жерлерде осы адамдарға жеке өтеуін	Топты өзінің қателерін анықтау және дұрыстау үішн сыналған полигон ретінде қолдану. Тоғызыншы қадамның жұмысын істеуге бастау, сіз ренжіткен және кедергі келтірген топтың мүшелері

	қайтардық.	алдында өз кінәларын жою.
10	Өзіндік талқылауын жалғастырдық, қате жіберген уақыттарда сол сәтте оны танудық.	Өзіндік рефлексия процессін тану, өзіне жауаптылық және өзін ашуын қабылдау. Осы атрибуттарды сіздің топтағы болу бөлігі және оның өмірі ретінде жасау
11	Намаз жолымен және Құдаймен жанасуын тереңдету ойы жолымена ұмтылдық – өйткені біз оны түсінеміз, - бізге орындауға жататын Оның қалауы туралы, және осы үшін күш беруі туралы дұғаландық.	Ешқандай тікелей психотерапевтік назары жоқ, бірақ терапевтік топ діни әлемге жету және санасын тыныштататын медитациясын қолдай алады.
12	Осы Қадамдар әкелген діни сергуіне жеткеннен кейін, біз өз пікіріміздің идеяларын басқа алқаштарға дейін жеткізуге және осы принциптерді барлық істерде қолдануға тырыстық.	Топ бойынша сіздің серіктестіктерден бастап қоршағандар туралы белсенді қорғау. Альтруистік тәртібі өзін қадірлеу және сізді көп жақсы көру.

Келесі терапевтік компоненттре – мотивациялық, когнитивті, тәртіптік, ресурсты-ұйғарымды – өзінің арнайы ерекшеліктері бар.

Мотивациялық және когнитивті терапияның компоненттері бір-бірін ескертуі болып табылады. Егер ТҚ жалпысынан бұрып жіберілсе, ешқандай күмәнсіз, маңызды мотивациялық факторы – мотивациялық мазасыздануының старттық кешенін ынталандыратын жоғары резиденттердің ресурсты статусының сипаттары (...олар тұрақты, күшті – жеңімпаздар болып көрінеді, ал бұрында мен сияқты болған...мен осыны қалаймын және менің қолымнан да келеді....), онда «12 қадам» бағдарламаларындағы терапевтік мотивациясын қалыптастыру ерекшелігі қысқа мерзімді және қол жеткізімді мақсаттарға уақытымен шектелген – өзінің тәртібіне тиімді бақылауын орнату бойынша оның мақсаты үшін көтерілмейтін және шындық емес көпұзақты ауыстыруына пациенттің позитивті реакциясы болып табылады. Яғни, осы жағдайда ПБЗ байланысты мотивациялық белсенділігінің шалуы осындай жылжудың аса шындықты және қабылданатын когнитивті кестесінің болуына аурудың-тәуелді жағдайынан пациенттің жылжу когнитивті моделінің адекватты емес ауыстыруы болып табылады (идеологтардың көзқарасы бойынша 12-қадамдық бағдарлама).

Одан әрі сотивациялық релизингтің механизмінің маңызы бар (яғни уақытта тәуелді тұлғалардың мотивациялық саласында қажетті терапевтік өзгерістердің процессін болжамдау және кейінге қалдыру). Осы көзқарастан барлығы реалистік болып көрінеді: «Бірінші өз денеңді алып кел, миің кейін келеді», - осылай «12 қадам» бағдарламасының негіз қалаушы тезистерінің бірі қалыптасқан, ол мағынасы бойыша, тәртіптің сыртқы форматтарына сәйкес келгенін үйнеу және қайталау кезінде ішкі мотивациялық орнатулар ауысады, осының қатысында белгілі шындығын бекітеді. Және осы өзгерістер субъектінің ізделген ішкі жағдайына сәйкесінше сыртқы талаптары аса нақтыланаанына жылдам әкеледі.

12 қадамдық бағдарламасындағы ***конгитивті психотерапевтік компонент*** сауықтыру бағдарламасының айналадағы басқа барлық компоненттерінен тұратын директивті терапевтік стерженінің жеткілікті болады. Тәуелді адамдардың

когнитивті психотерапияның классикалық мазмұнынан ауру жағдайынан-денсаулық жағдайының тәуелділігіне – тәуелділіктің босатуына ауысу когнитивті моделінің қайта өндіруін белгілеу қажет. Маңыздылығы бойынша екінші орында алкоголдә және есірткіні пайдалануын ақтайтын адекватты емес психологиялық қорғаныстар мен сценарийлермен жұмысынан тұрады. Осындай түрлі сценарий аяусыз абыройын жояды; пациентке әртүрлі жолдармен оған қарапайым және түсінікті ой жеткізіледі: «Сенің барлық проблемаларын алкогол және есірткіні пайдаланудан пайда болады; сондықтан саған бірінші кезекте, өзіне және өзінің туыстарына осымен басын қатыруды тоқтату қажет; тәелділіктен босату ісіне байыпты қол жеткізуіне уақыт келді». Барлық айтылғандармен байланысты, когнитивті психотерапияның үшінші компоненті – аса әлсіз ұсынылған немесе тіпті ұсынылмаған тәуелсіздікке тікелей қатынасы болмайтын пациенттің нақты проблемаларымен жұмысы. Бұл толығымен басты мақсаттарда фокустелгенімен ақталады («12 қадам» идеологтардың көзқарасы бойынша).

Тәртіптік психотерапияның компоненті. Осы компонент ТҚ моделдері бойынша құралған сауықтыру бағдарламаларында мағыналы аз білдірілген. Оларды орындаудың тиімді бақылауымен мімкіндігі және қатал ережелерді сақтау қажеттілігімен терапевтік прессингтің 24- сағат шарттарында өткізілген ортасымен инсенсивті терапиясы, осында, анықталу бойынша, бола аламайды – «12 қадам» бағдарламасы негізінде амбулаторлы шарттарында іске асырылады. Өткізілген жиналыстардың уақытын санамағанда бірінші айларында (90 күн – 90 жиналыс) салыстырмалы жоғары өнімділігіне қарамастан, 12-қадамдық бағдарламалардың резиденттері өздеріне ұсынылған. Сонымен бірге – 12-қадамдық бағдарламаның басты дәстүрлерін белсенді талқылау кезінде өндірілген, - және терапевтік жобаның табысты және тәжірибелі қатысушылармен – «спонсорлармен» бекітілген қалаулы тәртібінің нақты моделдері, сөзсіз, АА және АН қатысушыларының – тәуелді тұлғаларында сабырлы тәртібінің дағдыларын қалыптастырады және позитивтік терапевтік әсерін көрсетеді.

Ресурсты-нысаналы психотерапевтік стратегияларының компоненті. «12 қадам» сауықтыру бағдарлама жалпы иделогиясының біздің интерпретациясы келесіде нәтижеленеді, осы бағдарламалардың негізгі ерекшелік пен нақты терапевтік құндылығы тәуелді субъектіде психологиялық ресурстарының барлығына болған топтарына ойластырылған қадамдық рұқсатын кеңейтуімен байланысты. Бірінші кезекте, клиенттің жеке мифімен сәйкес персонификацияланған суперресурстарына барлық саналы инстанциялары. Соңғылармен, 2, 3, 5, 6, 7, 11 қадамдарының әрі қарай іске асыру нәтижелерінде, конструктивті қызметтестік пен шексіз сенімінің қатынасы ретінде сипаттай алатын ерекше қатынастары орнатылады (Күшке, біз, еш көп сеніп қалуға қарағанда, еш аз -ға қарағанда тәуелді субъекттің өмірі және, бұдан әрі, бұл өмірдің бағыт-бағдары, ерікпен құдай-ақыны сәйкестікке қарағанда құдіреттірек).

Осындай түрдің қызметтестігі психикалық суперресурсты инстанциялармен байланысты кеңейтетін және тереңдететін ресурсты рұқсатын практика ретінде белгілеуге болатын намаз салтын іске асыруын жүзеге асыруын ойлайды («Біз оны түсінетіндей Құдаймен шектесу – 11 қадам»). Қатарлас, 3, 6, 7, 11 қадамдарының мазмұнынан айтылғандай, «жетіспеушілік» деп аталатын босатуынан барлық

саналы инстанциялардың метабағдарлау процессі іске асырылады – бұл алкогол және есірткіге патологиялық тартылымы болуы мүмкін, агрессиямен және аутоагрессиямен бақыланбайтын эмоциялық импульстары, импульсты тәртібі, яғни осы үшін күшті беруге – саналық шарттарымен бақылауға мүмкінсіз немесе қиын болатындары.

«12 қадам» жалпы идеологиясы біздің мәліметтер бойынша креативті-пластикалық ресурстар тобына қол жетімділігін ашатын, өзгерістерге ашылуын және қызметтестікке бағдарлайтын синергетикалыққа, тәуелді субъектісі үшін қарапайым конфронтациялық метапозициясын ауыстыруына тікелей бағытталғанын арнайы белгілеу қажет. Осы туралы жанама және тікелей 7, 8, 9, 10 қадамдарының мазмұндары куәландырады. Он екі қадамдық бағдарламасын іске асыру практикасының ең жақсы үлгілері сонымен бірге тіпті физикалық деңгейінде сезетін, ағалық және қолдау атмосферасын көрсетеді (осы жолдарының авторына бірнеше осындай кездесулерге қатысуға мүмкіндік болды). Осындай атмосферада топ қатысушыларының барлық статусты түрлілігі ериді. Осылай, Шығыс Еуропада өткізілген осындай жиналыстарының бірінде, АА кездесулерге қатысушыларының арасында әрекетті өкімет министрі және жұмыссыз адам болды, бірақ топтың жалпы эмоциялық мәмәтіні және жұмыс динамикасы соншалықты сүйкімділік және әсерлі болғанымен, шақырылған қонақтардың екеуі сөз сұрап, оларда алкоголмен проблемаларының бар болуын танып, АА тобына қабылданды. Осы мысалдарда барлық топтардың өзіндік сезімін және қозғалысына үн беретін аса маңыздысы, біздің пікіріміз бойынша, 5-7 адамнан кем емес санында позитивті ядросы құрастырылуы қажет. Топтың осы қатысушылары ресурсты дәрежеде болды (яғни, сол саналы инстанциялардың синергетикалық бейімделген стратегиясымен қамтамасыз етілген жалған емес гиперпластикалық күйде), қоғамдастықта бірінші қадамдарын жасаған тәуелді тұлғалар үшін ерекше тартымды болуы қажет. Егер де бұл өтпесе, онда топтар салыстырмалы жылдам регресстеліп, таралады. Барлық айтылғанымен байланысты, біздің ойымызша, кәсіби топтарының қатысушыларының креативті-пластикалық ресурстарына қол жетімділігін ашатын 12-қадамдық бағдарламаның ойластырылған синергетикалық стратегиясы АА және АН дамытуы тұрақтылығын қамтамасыз ететін міндетті шарт болады.

«12 қадам» бағдарламасында іске асырылған ресурсты-бағытталған психотерапияның «жарияланбаған» үшінші стратегиялық сызығының ерекшлігі, стресстік әсерлерге тұрақтылығы және эмоциялық жетілуіне жету, адаптивтік дағдыларын үйрену, тұлғалық өсуі – яғни нормативті тұлғалық статустарды дамыту және өндіруі ретінде белгіленетіні – ТҚ бағдарламаларында қарастырылған форсирлік режимінде өткізілетінінде қорытындылы алынады. Басқа мағыналы сәттермен «жоғарлатылған міндеттерінен» тәуелді субъектісін босату және бағдарламаны іске асырудың бірінші кезеңдерінде ол үшін жауаптылығы болып келеді. Осы стратегиялық жолына әртүрлі қарауға болады. Бірақ, бізбен бақыланған деректер дұрыс түсінікті және ұйымдастырылған терапевтік динамикасы кезінде, АА және АН резиденттері бағдарламада жылжу шарты бойынша нақты сәтінде олар дайын болған жауаптылықтың сол деңгейлерінде өзіне қайтарады.

Жоғарыда баяндалғанның негізінде «12 қадам» және ТҚ бағдарламаларындағы іске асырылған жарияланбаған ресурсты-бағытталған психотерапиясының стратегияларында мағыналы түрлілігі туралы келесі нәтиже ұсынылады:

- ТҚ шарттарында агрессивті ортада тәуелсіз субъектісінің адаптация деңгейін өалыптастыратын сәйкесінше тәртіптік дағдылары мен тиімді өзіндік ұйымдастыруын қамтамасыз ететін тұлғалық құрылымдағы бастапқы дефициті терапевтік қоғамдастықтың ерекше режимінің белсенділігінен жоғары компенсацияланады, бұл, бір жағынан, тәуелді субъектінің уақытын, белсенділігін және түрін құрастырылатын қажетті сыртқы факторы болып табылады. Ал екінші жағынан – тұлғалық құрылымының өзін және тәртіптік дағдалыарын форсирленген дамуына мықты стимулы болып табылады, бұл, ТҚ бағдарламасын өтудің қорытынды кезеңінде терапевтік мәнмәтінінде қазір түсіне алатын жеке бостандығы, өзінің тәртібінің бақылау мүмкіндігі резидентке қайтару және осы маңызды функциясын «алып қалуға» қажет;

- 12-қадамдық бағдарламада тәуелді субъектісінде тиімді өзіндік ұйымдастырудың қиыстыратын ұқсас дефициті тиімді өзіндік ұйымдастырудың дағдыларын және тұлғалық құрамдарына сәйкес ол үшін қатты және кезеңдік дамитын мүмкіндігін тәуелді субъектіге беруге және жоғалтқан бақылауын функциясын орындауына шақыртылған психикалық суперресурсты инстанцияларды ойластырған қадамды метабағдарламаны есептеу үшін орнын толтырады. Сонымен бірге, «12 қадам» принципі бойынша салынған сауықтыру бағдарламалары қандай да бір сыртқы топтық бақылаудың минималды немесе тіпті болмауы мүмкіндігі негізінде амбулаторлық шарттарында іске асырылады. Сондықтан клиенттің жеке мифінде арнайы рәсімделген персофицирленген суперресурсты инстанциялардың сыртқы бақылау функциялардың табыстауы («12 қадам» бағдарламасының қатысушылары – бұл негізінде сенімді адамдар) – бұл мүмкін, «12 қадам» бағдарламасындағы кірудің ол үшін күн, апта және айына бірінші және ең қиыны сау жағдайында ауру адамды ұстау үшін жалғыз шығу жолы;

- осы мәнмәтінінде дифференциациялық қолдану және ТҚ және «12 қадам» жолдарын экологиялық біріктіру мәселелері ерекше қиындығн туғызбайды. Осылай, мысалға, психологиялық бәрін сезінетін инстанциялармен қызметтесудің конструктивті нұсқауларын дайындауымен акцентрленген ресурсты-нысанды психотерапевтің фрагменттері ТҚ үшінші кезеңінде болған резиденттерінің терапиясын қолдайтын және рецедивке қарсы бағдарламаға енгізілуі мүмкін. Барлық күштермен нені қашақтау керегі, - бұл сәйкесінше мекемелер мен орталықтарында қызметкерлермен жеткіліксіз дайындалған, бәсекелескен және конфронтацияланған, іске асырылған сол сауықтыру бағдарламаларының щеңберінде екі белгіленген жолдарының механикалық, ойланбаған біріктіруі.

2. Кәсіби бөлімшілер мен орталықтарында психотерапевтік режимін ұйымдастыруына негізделген ПБЗ тәуелді психотерапевтік көмегінің моделі

2.1 Арнайы әдебиеттерде «психотерапевтік режимінің» термині денсаулық сақтау жүйесінің психиатрлік мекемелерінің жүйелері мен жалпысоматикалық

жүйесінде психиканың шектеулі қынжылушылықпен ауырғандар және неврозды пациенттерді емдеуіне мамандырылғандар бөлімдердің ұйымымен байланысты өткен жылдарының 60-70 жылдарында пайда бола бастады.

Отандық наркологиялық теория мен практикада осы термин ПБЗ тәуелді наркологиялық көмегінің жүйесінде сауықтыру және психотерапевтік технологияларды енгізу бойынша белсенділігімен байланысты 90-жылдарының басында пайдалана басталды. Сонымен бірге, наркологиялық бөлімшелер мен орталықтарындағы психотерапевтік режимі – бұл ерекше психотерапевтік ортасының синонимі, оның негізгі тағайындалуы – басында иілгішітігін, меңгеуін, ал кейін аддиктивті тәртібін білдіретін тәртіп стилін құрайтын клиникада және одан тыс к.нділеікті өмірде түрдің өзгеруіне максималды мүмкіндік туғызатын ауру адамдар үшін осындай сыртқы шарттарын құрайды (И.Д.Даренский, И.В.Белокрылов, 2001).

Психотерапевтік режимінің түсінігін қолы бос болмаушылықтың 2-3 түріне ғана негізделген және төменқұрылымды, соның ішінде сауықтыру бағдарламасының барлық құрылысы қатысында қолданылатын соңғы терминдері бірінші кезекте осы негіздерінде «сауыөтыру ортасы» және сауықтыру ортасының терапиясы» терминдеріне жақынынан саралауға қажет (Т.Н.Дудко, 2002). «Психотерапевтік термині» термині тек қана кәсіби психотерапевтік интервенция компонентінің бар болуын көздейтін жоғары коструктивті сауықтыру бағдарламаларының жалпы мәнмәтінінде іске асырылған арнайы іс-шаралар қатысында ғана қолданылады. Соңғы компонент бағдарламаның барлық қалған терапевтік блоктарында іске асырудың негізгі ережелері – бөлігінде арнайы әс-шаралар жүйесімен бекіту қажетті осы бағдарламалардың негізгі терапевтік стержені болып табылады. Бұл, негізінде, наркологиялық бөлімшелер мен орталықтарында психотерапевтік режимінің функционалдық мағынасын анықтайды. Осы байланыста осындай жолдарының барлық құрылысын ұйымдастыратын және цементтейтін идеология дефицитін толықтыратын психотерапевтік режимі ретінде санауға болады, мысалға ТҚ немесе «12 қадам». Субъектінің тәуелсіздігі үшін түсінікті әлдебір жалпы мағыналыққа «әртүрлі калибрлі» қызметкерлердің барлық жігеріне келтірілетін құрылымның осындай түрінің мағыналы рөлі туралы айтуға ешқандай қажеттілігі жоқ. Паракәсіби сауықтыру бағдарламаларының ұйымдастырушылық және идеологиялық концептерін қарағанда аса жалған тиімді жүйеқұрастырушы факторларымен психотерапевтік режимі болып келеме сұрағы пайда болады. Осы сұраққа жауаптары негізінде сәйкесінше бөлімшелер мен орталықтарының арнайы және жалпы компетенттік жетекшілері; бағдарламаларды іске асыруында алынған басқа қызметкерлердің, сауықтыру бригадасы мамандарының жалпы дайындығын және біліктілік дәрежесінен байланысты.

2.2 кәсіби бөлімшелер мен орталықтарында психотерапевтік режимінің функционалдық және ұйымдық сипаттамалары келесі.

Психотерапевтік режимін ұйымдастыру мақсаты болып келеді:

- бүтін терапевтік мәнмәтінін қалыптастыру, оның шеңберінде тәуелді адамдар үшін түсінікті және қолайлы жоғары құрылымды, кәсіби сауықтыру бағдарламалары іске асырылады;

- арнайы, экологиялық салыстыра тексерілген ақпараттық ортаны қалыптастыру, химиялық тәуелсіздігінен пациенттерді босату – басты мақсатына максимады тиімді жылжуына мүмкіндік туғызады.

Осы мақсаттарға жету үшін келесі алдын ала шарттарды орындауы қажет:

- жалпы сауықтыру режимінің принциптерін және ережелерін тікелей орындау және қалыптастыру («қондырма» психотерапевтік режимінің функциялай алатын сауықтыру бағдарлаасының ұйымдастырушылық каркасын ұсынатын келісім, тәрбие ережелері, санкциялар, көтермелеулер, құзыреттер мен басқа да позициялары);

- сауықтыру бағдарламасының психотерапевтік компонентінің негізін анықтау (бағыттары, топтық және жеке форматтарда қолданылған кәсіби психотерапияның моделдеуі);

- негізгі психотерапевтік компонентін потенциалды орната алатын көмекші компоненттерінің жинағы (кеңестік, тренингтік, білімді және басқалар);

- сауықтандыру бағдарламасының бүтіндік концепциясын қалыптастыру, бұнда бағдарламаның терапевтік негізінде салынған нақты қандай механизмдердің есебінде тезистері жеткілікті және анық айталған, резиденттер тәуелділіктен босатылуға максималды үміттері болады; ізделген нәтижелерге резиденттерді неге басқа механизмдер емес, басқа механизмдер мен копоненттер аса тиімді жылжытады; олармен жоғалтылған бақылауының функциясын уақытша орнын ашады;

- өзінің негізгі компетенциялары бойынша сауықтыру бағдарламасының компоненттеріне сәйкес келуі қажетті қызметкерлерді таңдау және оқыту; бөлімшеде (орталықта) психотерапевтік режимін іске асыру ережелері мен аралас компетенцияларына қызметкерлерді оқыту.

Психотерапевтік режимінің жеке мазмұнына келесі позициялары енгізеді:

1) тиянақты, бүтінді сауықтыру бағдарламасының бар болуы өзіне психотерапевтік технологияларының кешенін енгізеді, топтық, жеке форматтарында қолданылады – негізгі блок; сонымен бірге басқа дамытылған (коммуникативті, тренингті, оқытылған), ақпараттық және әлеуметтік технологияларының кешені бағдарламаның көмекші блогын ұсынады.

Бағдарламаның әр компонентін тағайындауы, оны іске асырудың жалпы алгоритімі барлық сауықытру бригадасына мамандарына және басқа қызметкерлерге, пациенттермен байланыста болған бөлімшелердің және орталықтардың жетекшілерін енгізгенде белгілі және түсінікті болуы қажет.

Соңғы жағдайы, ТҚ идеологиясында өзімен өзі болғаны (осындай бағдарламаларында қызметкерлері толық бұрынғы резиденттерден алынады, толық сауықтыру курсын табысты аяқтаған және бүкіл мағынасын түсінетін, әр компоненттің тағайындалуын және ұйымдастырушылық нюанстерін түсінетін), денсаулық сақтау жүйесінде әрекет еткен наркологиялық профилінің қызметкерлері үшін әлбетті емес. Ережедей, өзінің жұмыс учаскесін жақсы білетін сауықтыру бригадасының маманы тек қана аралас мамандарының қызметі туралы

жалпы көрінісі бар және сауықтыру процессінің барлық комопненттерін супервизирлемейді. Бұрынғы резиденттерден дайындай алатын байланыстары бойынша кеңесшілер ғана құрайды.

Осындай түрдегі міндеттер, әсіресе бүтіндігі болмаған жағдайда, сауықтыру бағдарламасының концепциясымен дұрыс рәсімделген және негізді дайындалғаны (сауықтыру бағдарламасы қатысушыларының негізгі компетенциялары бойынша жазылған жалпы құжаттардың және айрықшалауының болуы), олармен сәйкесінше терапевтік ленталарын өтуі кезінде тәуелді адамдарға берілген терапевтік орнатулар мен ұсыныстарында жиі пайда болған диссонанстармен әкеліп соқтырады. Резидентпен алынған қос сигналдары, мамандардың сенімін бұзады, когнитивті диссонансты болдарады, бағдарламада ұстануына мотивациясын төмендетеді, бұл негізінде МСР бастапқы кезеңдерінде өтуіне қымбат болып өтеді. Сауықтандырған бригада мамандарының кәсіби ынталандырылғаны, МСР резиденттерімен трансляциялауы, терапевтік орнатулар, сауықтыру жалпысының, бағдарламасының сәйкесінше бас бағытының бар болуы және істелген өзара әрекеті бірқалыпты күткен өзгерістердің табысты динамикасына және терапевтік прогрессіне мүмкіндік туғызады.

Бірінші сауықтыру режимінің тиімді іске асыруына мүмкіндік туғызатын шешімдерінің міндеттері келесі:

- сауықтыру бригадасының мамандары үшін үздіксіз кәсіби білімінің процессін ұйымдастыруы, аралас мамандығының саласында олардың компетенциялары сауықтыру бағдарламасының әртүрлі компетенциялары бойынша супервизорлық мен интервизорлық практикасы тұрақты көтерілді, мүмкіндігі пайда болуы қажет;
- мамандырылған бөлімшелер мен орталықтарының қызметкерлерімен кәсіби бағдарламаны қалыптастыру бойынша мамандырылған тренингтерін өту;
- бөлімшенің (орталықтың) жұмыс графигіне терапевтік және ұйымдастырылған проблемалары пайда болатын шешеімі бойынша жалпы стратегиясы өңдіріледі, резиденттердің терапевтік динамикасы талданылады, аса қиын жұмыс сәттерін анықтайтын тұрақты сауықтыру бригадасының жиналыстарын енгізу;
- оларды жақсарту мүмкіндіктерін талқылауымен сауықтыру бағдарламасы компоненттерінің қызметкерлерінің жиналыстарында тұрақты анықтау (осындай түрлі талқылауларын МСР әрекет еткен компоненттерінің супервизорлық бағалауынан кейін жасау);

2) МСР бағдарламасының резиденттері үшін үлгі болып көрсетілетін және достастық және қызметтестік ретінде сипаттай алатын бөлім қызметкерлерімен және басқа мамандарымен, сауықтыру бригадасының қатысушылары арасында қатынастардың ерекше кодексінің бар болуы.

Өзгерістерге ашылған, синергетикалыққа конфротационды метапозициясынан тәуелді субъектісінң терапевтік мағыналысы туралы көп айтылған. Біздің көзқарасымыз бойынша, аса маңызды ауысуы үшін осындайдың индукциясы МСР бағдарламалары резиденттердің белсенділігінің мағыналы өсуімен және креативті-пластикалық ресурстарының әрі қарай терапевтік динамикасы үшін тіпті қажетті актуализациясымен ілеседі. Осы жерде, әрекеттің

күші мен ұзақтығы бойынша маңызды жағдайы – сыртқы импульспен, тәуелді субъектісіндегі бизисті адаптациялы стратегияның аударуын индуцирленгені бөлімше қызметкерлерінде сәйкесінше стилінің және ашық, ресурсты метапозициясының бар болуы болып табылатынын бөлгіміз келеді.

Бөлімшенің немесе орталықтың жетекілерімен шешуінің қажеттілігімен байланысты психотерапевтік режимінің екінші компонентінің тиімді іске асырылуы келесі маңызды міндеттерімен байланысты:

- контрукты өзгерістерге ашық метапозиция және тұрақты ресурты жағдайының қалыптасуына бағдарланған бірінші міндеті орталықтың қызметкерлерінен қосымша жәәне ұздіксіз кәсіби оқыту процессінің адекваттық ұйымдастыруын талап етеді. Осындай дайындық барысында орталықтың қызметкерлері – сонымен бірге сауықтыру бригадасының қатысушылары – топтық психотерапия процесстерінде қатысуына жеке, ресурсты-бағдарланған психотерапияны өту мүмкіндігін алуы қажет. Нәтижесінде сауықтыру наркологиялық орталығының және бөлімшелердің немесе орталығының қарапайым емес шарттарында адекваттық кәсіби әрекетіне тұрақтылығы мен дайындығының психологиялық денсаулығының дәрежесі жоғарлауы керек;

- эмоциялары таусылған кезінің профилактикасына бағдарланған екінші міндеті – наркологиялық профиліінң ммандарында қайталауы жеткілікті жиі кездесетіні – кәсіби экологияның ережелерін орындау есебінде шешіледі. Осындай ережелерге келесі кіреді: 1) үздіксіз кәсіби дайындығының графигі (семинарларда, конференцияларда, тренингтерде, жеке және топтық психотерапиясының курстарында және т.б.), 3 жыл ішінде қосымша оқытудың нақты графигі (тақырыптық жетілдіру циклдері), аралас мамандығымен меңгеру және негізгі мамандық бойынша жылжу нұсқаулары, мамандықпен байланысты мақсаттары мен құндылықтары толық жазылған, оларға жету және меңгеру жолдары, істелген кәсіби маршрутын орталықтың әр қызметкерінде бар болуы; осындай істелген кәсіби маршрутының бар болуы қосымша ресурсты экологиялық ритмін және болашағын, сенімділік сезімін береді – интенсивті кәсіби дайындығымен байланысты қалпына келтірілген және жұмыс фазалардың парасатты кезектесуі;

2) әр қызметкерде қиын жүктемелерге дайындалу мүмкіндігін беретін бекітілген және нақты жұмыс графигі бар;

3) арнайы балинтондық топтарын ұйымдастыру және тұрақты өткізу, олардың барысында қандай да бір нақты пациентпен немесе тәуелді топпен жұмысында қиындықтары болатын маман біліктілген кәсіби ұсынысын, қайтымды байланысын және топ қатысушыларынан реурсты қолдауын ала алады.

Одан басқа, топтық психотерапия элементтерімен сәйкесетін ең жақсы жағдайымен адекваттық қайта өндеуін және «Мен-кәсіпқор» тұлғалық статусын қалыптастыруға мүмкіндік туғызады – барлық топ қатысушыларында – наркологиялық көрінісі маманының тұрақты ресурсты жағдайының маңызды сипаттамасы болып келеді;

- орталық қызметкерлері арасында кәсіби және тұлғааралық байланыстарыынң профилактикасына бағытталған үшінші міндеті, арнайы коммуникативті тренингтермен, байланыстармен басқару бойынша тренингті бағдарламаларды үздіксіз кәсіби дайындығы жүйесіне енгізу есебімен шешіледі;

3) МСР бағдарламасының резиденттері және қызметкерлер арасында құрылымдық терапевтік қатынастарының бар болуы, олар, мағынасы бойынша, МСР барлық қатысушылары – тәуелді адамдар, және де орталықтың қызметкерлері – өзіне біріккен, ашық терапевтік тобын ұсынады, онда қызметкерлерге «біріккен топтық психотерапевт» рөлі берілгеніне әкледі.

Осы байланыста пациенттермен байланысқан барлық қызметкерлер, біріншіден, аталған мақсаттарына МСР резиденттерінің табысты жылжуы үшін осындай ерекше, құрылымды қатынастарының барлық қызметкерлері осы қатынастар болған коммуникация тәртібін және тәсілдерін нақты ұсынуға және сыртқа шығаруға, терапевтік қатынастарын құру жалпы процессінде өз рөлін тану. Ал екіншіден, деонтологиялық ережелерін еңбек келісім-шартында жазылғанын орындауына тек қана келтірмей, сауықтыру бағдарламасының осы маңызды тармағының іске асыруы туралы ұжымды келісуі болуы қажет. Осындай түрдегі ресми емес келісім-шартына, оны орындау үшін шарттарына және деректеріне сауықтыру бригадасының жиналыстарына тұрақты қайтуы қажет.

Сауықтыру наркологиялық бөлімінің және орталығының қызметкерлері тәуелді пациенттердің ниеті мен тәртіптерінің нағыз дәлелдерін түсінуге және ажыратуға үйрену қажет , олардың көбісі наркологиялық мекемеде міндетті болуы кезеңінде саулылығын сақтауына және ешқандай уәждемесіз, жағдайларының қысымымен ғана емделуге түседі. Нағыз немесе жасырын айлалы әрекеттерге, тікелей қауіптерге, дауларды азғыруына, масқаралық тәрбиелері – яғни барлық конфронтатационнды метапозициялары (бөлімшелерде немесе орталықтарда олардың болуының бастапқы кезеңінде әлсіз уәжделген пациенттердің уәделмегені үшін типті болады), өзінің мақсаттарына жету үшін тәуелді адамдармен қолданылған терапевтік емес мақсаттары – өзіне ешқандай зақымынсыз атрибуттарына қарсы тұруды үйрену қажет. Кәсіби бөлімшелер мен орталықтарының қызметкерлері оған тәуелді адамдардың тәрбиесімен күрделі қимылдар, жағымсыз жетекшісінің пайда болуы немесе дәлелденбеген пациенттен негативті өзегін қалыптастыру жағдайында сөзсіз, «әлсіз жерінің» бар болуына тұрақты тестілеуіне дайын болуы қажет. Қызметкерлердің кәсіби сауатты тәрбиесі МСР бағдарламаларында ұстауына уәждемені жоғарлататын тәуелділердің негізгі топтары үшін аз пайдасымен осындай оңай емес тапсырмаларын шешуге мүмкіндік береді. Құрылымды терапевтік қатынастарының басқа маңызды аспектілері осындай түрлі көмекті көрсетуіне қызметкерлердің дайындығын, бөлімшеде немесе орталықта пациенттің әр сәтте болуында пайда болуы мүмкіндігіне қажеттілігі белсенді тыңдау дағдылары, уәждемелі ақпараттандыру, экспресс-көмек болып табылады.

Сауықтыру бөлімшенің немесе орталығында психотерапевтік режимінің соңғы компонентін іске асыруы келесі міндеттердің шешімін болжалайды:

- орталықтың барлық қызеткерлері үшін коммуникативті дағдыларын дамыту бойынша арнайы тренингтер, ассертивті тәрбиесінің дағдыларын қалыптастыру бойынша біліктілі тренингтер, үздіксіз кәсіби дайындығын не қосымша оқыту құрылымындағы тәрбиесі;

- әдеттегі жағдайларында экспресс-көмегін және наркологиялық кеңесу мәселелері бойынша дайындығын орталықтың қызметкерлері үшін өткізу (осы білімді бағдарламалар щеңберінде).

Осылай, психотерапевтік режимінің тиімді іске асырылуы сауықтыру бөлімшелер мен орталықтарының қызметкерлерімен практикалық жеткілікті және үздіксіз қарқынды дайындық жұмысын талап етеді. Тек осы жағдайда ғана жоғарықұрылымды сауықтыру бағдарламасының мақсатына жетуі үшін қажетті адекватты психотерапевтік «прессингін» қалыптастыруына есептеуге болады. Сонымен бірге МСР қолданылатын құрылымдық психотерапевтік технологияларының бірнеше рет күшейтетін тиімділіктерін, ақпараттық резонанстың ерекше түрін қалыптастыруы.

3. Жоғары құрылымды сауықтыру бағдарламаларының өзіндік компонентінің психотерапиясы

3.1 ПБЗ-дан тәуелді емделу және сауықтыру саласындағы соңғы екі онжылдықтың негізгі тенденциялары дәлелді тиімділігімен кәсіби рпактикасымен аса ауыстырылатын тәуелді адамдармен медициналық-әлеуметтік көмегінің қалыптастырылған нысандарының табылған және стихиялық эмпирикалық дерегі болып табылады. Соңғылардың санына тәуелді тұлғалардың емделу және сауықтыру мақсатында қолданылған әдістердің тиімділігінің сенімді идентификациялық шектеріне әрі қарай қадамдарын жасайтын кәсіби психотерапияны жатқызуға болады.

Біздің көзқарасымыз бойынша, бүгін қысқаша тізімінде келесіге келтірілетін жалпыбелгілерінің кәсіби практикаларымен басқа стихиялық қосылғаны алдында кәсіби психотерапияның анықты артықшылығы туралы айтуға болады:

- *үнемділігі* – қазіргі психотерапия басқа дамытылған және көмектесетін практикасын пайдалану жағдайында аса ұзақты мағыналы, уақытша кезеңдерінің шектеуі үшін маңызды нәтижелеріне жетеді. Осы жағдай аса маңызды мағынаны білдіреді, біріншіден, рұқсат ету шегін төмендету үшін (тәуелді тұлғалар станционарлықтан амбулаторлы режиміне дейін жылдамдатылған ауысу мүмкіндігімен қысқаша уақытты сауықтыру курстарын салыстыруына жеңіл келіседі), ал екіншіден –МСР бағдарламаларын іске асыруы бойынша шығындарының құнын адекваттық төмендеу жағынан;

− *жан-жақтылық* – қазіргі психотерапия үшін ешқандай жастық немесе басқа да шектеулері болмайды, олардағы осындай шектеулер басқа дамытылған немесе көмектесу практикаларында болады;

− *әрдайым конструктивті нәтижесін жетуіне жоғары уәждемені қалыптастыру мүмкіндігі* – дайындалған мамандар – психотерапевтер қадамдық терапевтік өзгерістерге қажетті саналы уәждемеге нәтижені қайта қалыптастыруды үйренетін, осындай уәждемені дамытуына қарама-қайшылықтарын тиімді пайдалануын, іздеген нәтижеге жетуіне пациенттің уәждемесін жоғарлатуы үшін терапевтік мәнмәтіндерінің сәйкестендіру топтық динамикасының мүмкіндіктері виртуозды қолданылады (тәуелді адамдармен жұмыс кезінде аса қажетті);

− *қолданылған тәсілдемелерінің максималды жекелендіруі* – осы позиция толығымен NIDA қалыптастырылған ПБЗ тәуелді дәлелді-тиімді терапиясының

принциптеріне сәйкес келеді; қазіргі психотерапия мәдениетті және мағыналы мәнмәтінінің ерекшіліктерін жарамдылық факторларының есебімен терапияның жеке жобасын құрастыра клиенттің жеке мифі құрылымында әрекет етуге тырысады;

− *стратегиялық иілгіштігі* – қазіргі психотерапия МСР кезеңдерінде пациенттермен ұсынылған нақты мәселелер мен сұранымдарды шешуіне бағытталған жеке терапевтік стратегия сияқты жан-жақты ресурстарын да тиімді үйлестіріп, қолданыла алады (мысалға, МСР бағдарламаларындағы жан-жақты нысаналармен жұмыс стратегиясы);

− *пайдалынатын ресурстардың шекті әртүрлілігі* – бүгінгі күнге дейін жинақталған қазіргі психотерапиясының әртүрлі технологиялық ресурстарынан басқа, бақса да дамытылған және көмектесетін технологияларды аз дәрежеде қамтитын ресурстардың осы практикасы үшін психотерапев тұлғасының және басқа да мандырылған ресурстары, «психотерапевтік кеңістік» деп аталатын феноменнің бірегей гиперпластикалық ресурстарын қолдану мүмкіндіктері туралы әңгіме болып отыр;

− *жекешелендіруге көңіл бөлу* – қазіргі психотерапия керісінше емес, арнайы кәсби әдістері есебінде пациенттің адекваттық әлеуметтендіру есебін шешеді (эмпирикалық және апатты-ұйымдастырылған сауқтандыру бағдарламалары үшін қайта реттілігі сипатты), бұл, әлеуметтік терапия практикасының ақылды үйлестіруінде тәуелді адамдардың МСР тиімділігін жоғарлатады және мерзімдерін қысқартады;

− *психотерапевтік процессінің тиімділігінң тұрақты бақылауының мүмкіндігі* – қазіргі психотерапия реапевтік сессия барысында және бағдарламада оның жылжуының әр сәтінде клиенттің экспресс-диагностикасы жағдайымен орналастырады (клиникалық бағалауы, сараптамалы-психологиялық диагностика, арнайы компьютерлік диагностика); осыдан басқа әлеуметтік динамика және өмірдің сапасы, ақырғы және аралығындағы адаптацияның индикаторлары жүйесінде психотерапевтік әдістерін қолдану тиімділігін бағалаудыңғылыми әдістері бар;

− *нәтиженің тұрақтылығы* – қазіргі психотерапия химиялық тәуелділігінен толық босатуы – іздеулік нәтижесіне пациентті тартады, басқа көмекші және дамытатын практика осы құрылымды форсирленген дамуына бағытталған, тәуелділігінде қайта тартуына субъектің тұрақтылығының жоғары деңгейіндегі қамтамасыз ететін психологиялық құрылымдары қатысында дәлелді базасын орналастырады.

Барлық айтылғанымен байланысты, ПБЗ тәуелді МСР бағдарламаларындағы жоғарықұрылымды, кәсібидегі психотерапевтік технологиялар бағдарламаның басқа қажетті компоненттерін айналасында құрастыратын басты терапевтік стержені болып табылады.

Бізбен белгіленгендей, бүгінгі күнге дейін кәсіби психотерапияның жалпы жолында ПБЗ тәуелді профилактикасын немесе емделуі мақсатында қолдана алынбаған кәсіби психотерапиясы жоқ.

Осымен бірге, ПБЗ тәуелді медициналық-әлеуметтік сауықтыру практикасы толығымен наркологиялық практикасына тең емес, және де кәсіби психотерапиясы әдістеріне және бағыттарына арнайы талаптарын аса ұсынылады.

Осылай, бізідң мәліметтер бойынша (наркологиядағы кәсіби психотерапиясы саласында 3000 жоғары тақырыптық жарияланымдары талданды) ПБЗ тәуелді медициналық-әлеуметтік сауықтандыру құрылымындағы кәсіби психотерапевтік жалпыбелгіленген бағыттарынан когнитивтік-тәртіпті бағыты жиі қолданылады, сирек – экзистенциалды-гуманистік қолданылады, ал психодинамикалық бағыты өзінің классикалық нұсқауында- қолданылмайды. Тәуелді адамдардың жеке психотеарапевтік практикасы үшін осындай жағдай сипатталмайды. Осыған өзінің түсініктемелері бар (мысалы, резиденттер үшін және қызметкерлер үшін түсінікті терапевтік режимінің жалпы талаптарымен қарапайымдылық, қол жетімділік, тиімділік және өзара байланыстық – оларды іске асырудың топтық қалыптастыруы күшінде – көптеген резиденттер үшін жарамдылық ретінде кәсіби практикалардың сипаттамаларын арастыратын ұйымдастырылған практикалар мен контингент ерекшелігі ретінде), олар наркологиялық профилінің психотерапевтік – мамандардың жеке артық көруімен байланысты емес.

Барлық емес кәсіби қоғамдастықпен осындай ретінде таңдалатын осы психотерапияның бағыттары МСР бағдарламаларында аса жиі интегративті және эклектикалық психотерапия, сонымен бірге топтық және отбасылық бағыттары көрінеді. МСР бағдарламаларының құрылымында аса жиі қолданылатын әжістері келесі: уәждемелі психотерапия (В.Миллер, С. Рольник бойынша); А.Бек, А.Эллис когнитивтік психотерапия; тәртіптік психотерапия; Р.Фиша, П.Вацлавиканың мәселелі-бағытталатын психотерапия; топтық психотерапия; отбасылық психотерапия оның негізгі нұсқаларымен; психикалық өзіндік реттеу. Аса сирек қолданылатын әдістері: психодрама; денелі-бағытталған психотерапия; трансакті талдау; гештальт-терапия; арттерапия; лого-терапия және экзистенциалды психотерапия; трансқызметтік психотерапия; діни-бағыттамалық психотерапия; М.Гауснердің этнопсихотерапиясы.

Бірінші блокта аса жиі қолданылатын әдістемелері, кейбіреулері тұрақты жұптарды құрастыра алады және жалпы нысандарда іске асыра алады, мысалы, мәселелі-бағытталған топтық психотерапиясы. Осындай жағдайларда, базисті әдісінің жалпы нысаны (топтық психотерапия) көмекші әдісінің технологиясын бедерлейді. Бұл, жалпы, тек қана жалпы терапевтік нәтижесін қуаттандырады.

Бүгінгі күнде, басқалардан ПБЗ тәуелді МСР бағдарламаларында олардың тиімділігінің деңгейі бойынша қандай да бір психотерапевті әдістерінің артықшылығы туралы айта алатын сенімді мәліметтері жоқ (осында жалғыз ерекшелігі когнитивті-тәртіптік психотерапиясы бола алады). Сонымен бірге, қазіргі кәсіби сауықтыру бағдарламасын құру ерекшелігі, ПБЗ тәуелді базисті талаптарын талдай отырып, көптеген зерттеушілер мен практикалары «міндетті» психотерапевтік әдістері туралы айтуға жақтайды, олардың болуы МСР құрылымында ПБЗ тәуелді медициналық-әлеуметтік сауықтырудың барлық бағдарламалары және химиялық тәуелділігі, логикасын қалыптастыру динамикасы туралы белгілі біліміінң бағасымен шартталады. Сонымен бірге психотерапевтік әдістерінің «еркін» бағдарламалары туралы, олардың ішінде МСР жалпы

құрылымы енгізілуі сауықтыру бригадасының құрамында әрекет ететін мамандар-психотерапевтердің жеке ұнатуларын шарттайтын және міндеттейтіні болып табылмайды. Осында сонымен бірге кейбір пікірлерді шашуы орын алады. Бірақ аса маңызды жғдайы егер де міндетті емес мамандарының негізгі санының келісімі болса, онда тәуелді адамдардың МСР құрылымындағы психотерапевтік әдістерімен аса қалаулы болуы қажет: уәждемелік, когнитивтік-тәртіптік, топтық, мәселелі-бағыттық, отбасылық психотерапия.

Ю.В.Валентик – сауықтыру және психотерапия саласында Ресейлік наркологиялық ғылым және практикасының әйгілі беделді адамы – осы тізімді психикалық өзін реттеу және экзистенциялық психотерапиясы әдістерімен кеңейтуін ұсынды (Ю.В.Валентик, Н.А.Сирота, 2002).

Біздің жеке зерттеулеріміз МСР бағдарламаларында терапевтік нысананың ерекшелігі мен динамикасына аса бейімделген және дәлелді-тиімділігі ретінде ПБЗ тәуелді полимодалді психотерапияның стратегиялық әдісін ұсыныла алады.

3.2. ПБЗ тәуелді медициналық-әлеуметтік сауықтыруы құрылымында психотерапевтік технологияларын құрастыру комопнентінің жалпы әдстемелігі келесі көзді сәттеріне сүйеніштерін қарастырады:

− психотерапевтік технологияның негізгі және көмекші нысананың нақты идентификациясы;

− психотерапевтік практикасының жан-жақты және арнайы тапсырмаларының адекваттық қалыптастыруы;

− ұсынылатын психотерапевтік әдістемелерінің жан-жақты алгоритмін және іске асырудың реттілігін бөлуі;

− қолданылатын психотерапевтік технологияның аралық және ақырғы тиімділігін анықтау.

3.2.1Қазіргі жоғары құрылымдық сауықтыру бағдарламаларындағы негізгі психотерапевтік нысандары келесі болып табылады:

− сәуелді адамдардың уәждемелі саласы;

− ПБЗ қабылдауына патологиялық тартылымы (ауыр абстиненциясының белгілерінсіз);

− Патологиялық тұлғалы дәрежесі;

− Формасы өзгерген отбасылық дәрежесі;

− Дефицитті немесе формасы өзгерген әлеуметтендіруі;

− Жақындары мен туыстарында ортақ тәуелділігінің феномені.

Жанама психотерапевтік нысандары болып табылады (кейбір психотерапевтік технологияларының жұмыстарында тек қана көмек рөлі бөлінеді):

− Патологиялық соматикалық дәрежесі;

− Патологиялық психикалық дәрежесі (өнімді және теріс психопатологиялық синдромдары).

Кәсіби, жоғары құрылымды бағдарлама, біріншіден, қалыптастырудың және пациенттің біріншілік қажеттіліктерін анықтау, барлық жоғарыда аталған нысандарының профилі бойынша тәуелділігінің пайда болуының ауыр дәрежесін бағалау және квантификациялық мүмкінділігі болады, осыдан шыға, адекваттық терапевтік стратегиясы бөлінеді.

Одан әрі, назарға ала отырып, психотерапевтік технология нысанының негізгі блогымен жұмысында басты бола алады, бірақ жалғыз емделу-сауықтыру әдісі емес. Осылай, мысалы, ПБЗ пайдалануына патологиялық тартылымның бітелген көптеген схемасы соңғы ұрпақтардың антидепрессанттар немесе мөлшерден ауытқыған нейрологиялық препараттардың қабылдауын енгізеді. Бірақ, ұнамдылығы пайдасында дәлелді практикадағы рәсімделген нақтыланған табыстары осы психофармакотерапия жағдайда бүгінгі күнге дейін алынбаған; формасы өзгерген және зарарды әлеуметтендіруімен жұмысы әлеуметтік терапиясының компоненттерін енгізуін қарастырады (тақырыптық тренингтер, кәсіби оқытуы, заңды көмек және т.б.); отбасылық психологиялық кеңес беруі тәуелді адамдардың отбасылық дәрежесін формасы өзгергенінің жұмысында қолданылады.

Осылай, таза психотерапевтік эффектерді «бөлудің» объективті қиындықтары бар. Сонда да, сауатты жинақталған және біліктілі іске асырылған психотерапевтік технологияларды белгіленген квантифицирленген нысандары бойынша бағаланған аддикциялар ауырлығын төмендету динамикасында негізгі салымын енгізеді.

3.2.2 МСР құрылымындағы психотерапевтік комопненттерінің жан-жақты тапсырмалары келесі.

МСР бағдарламасында пациенттердің барлық болғанындағы жалғастыруындағы шешілген аса маңызды және алмаспайтын жан-жақты тапсырмасы, *ортаның агрессивті әсері мен психобелсенді заттарынан тәуелділігінде қайта тартылуына психологиялық тұрақтылығының құрамдарының форсирленген дамытуы* болып саналады.

Аяқталған 10-жылдық зерттеу жобасы нәтижесінде жан-жақты психологиялық қауіпінің факторлары сенімді теңестірілді – химиялық тәуелділігін енгізетін бүлдіргіш әлеуметтік эпидемиясындағы тартуына тұрақтылықты, тұрақтылық – психологиялық денсаулығының теңестірілген құрылымды форсирленген дамуының жан-жақты алгоритмі дайындалды және қабылданды; әртүрлі жастық топтарында химиялық тәуелділігіндегі қайта тартылған бастапқы тұрақтылық деңгейіндегі компьютерлі диагностика технологиялары дайындалды және енгізілгенін (А.Л.Катков, 2012) арнайы бөлу қажет.

Осылай, кәсіби психотерапияныі бастапқы жан-жақты міндеті дәлелді практикасының талаптарымен сәйкес ғылыми-дәлелді және өлшемде МСР бағдарламаларындағы психотерапевтік компоненттер тиімділігінің негізгі индикаторы және кәсіби психотерапевтігін енгізеді.

МСР барлық кезеңдерінде шешілетін, бірақ сауықтыру бағдарламаларындағы енгізудің 1-ші кезеңіне ерекше мағынасы болатын келесі жан-жақты мағынасы ПБЗ тәуелді, олардың жақындары мен туыстарында адекваттық ұсынылуын қалыптастыруы болып табылады: 1) шарасыз «айрылу баспалдағы» деп аталатын наркологиялық аурулар туралы; 2) денсаулық сипаттамалары туралы – «үміттендірген шындық» жағынан ұсынылған химиялық тіуелділігіне қайта тартылған тұрақтылығы; 3) ауру жағдайының жолында алдын алуға қажетті тәуелділігі мен дистанциясынан босату әдістері туралы – денсаулыққа тәуелділігі –

тәуелділігінен босатуы, бірінші ретте алкоголь және есірткіні пайдалануынан қайта тартуының тұрақтылығын алуы ретінде түсініледі.

Бағдарламаға енгізу кезінде қалыптастырылған және оның іске асырылуының әр кезеңінде МСР кезеңінің өту конструктивті сценариі сауықтыру режимінің бұзылуы және балйнаыстары, бағдарламадан резиденттердің алдын ала шығуымен профилактикаланған басты факторы болып табылады. Жазылған аралық нәтижелерімен тәуелділігінен босатылған нақты маршруты ақырғы мақсатына жетуіне пациенттің уәждемесін мағыналы жоғарлатады және бұл мүмкіндік деп сенімін білдіреді. Осылай, жасырын немесе анық «»жеңілісті» сценарийлер – ережелер беделін жояды, олармен тәуелділіктен босату жолына басты кедергілерінен бірі болып табылатын және тәуелді адамдардан жұмыс бастылықты болады.

МСР барлық кезеңдерінде шешілетін үшінші жан-жақты міндеті, конструктивті және тұрақты уәждемені қалыптастыруы болып табылады:

− Химиялық тәуелділігін қалыптастыру кезінде пайда болатын мәселелермен байлаынсты біліктілі және ұзақ уақытты көмегін алу («айрылу баспалдағы»);

− МСР бағдарламасында болу уақытында сауықтыру реимінің ережелерін орындау және саулылығы;

− Химиялық тәуелділігіне қайта енгізуінің тұрақтылықтың жоғары деңгейіндегі қалыптастыруы; рецидивке қарсы және қолданған терапия бағдарламаларына қатысуы, толық абстиненциясына жетуі (яғни тәуелділіктен нақты босатылуына);

− Сауықтыру бағдарламасын өту барысында қайта қалыптастырған немесе жаңғыртылған конструктивті өмірлік мақсаттарына жетуі.

Тізім бойынша үшінші, бірақ тапсырманың мағынасы емес тиімді іске асыруы (тәуелді тұлғалардың уәждемелік саласымен біліктілік жұмысы – психотерапевтік технологиясының қосымшасының бұлақты саласының жалпы тізіміндегі №1 нысаны – МСР бағдарламаларының бірінші кезеңдерінде абсолютті бастапқылығы болып табылады), химиялық тәуелді адамдарда аса көп дәрежеде «бостандық» ретінде белгіленген субъектінің психологиялық белсенділігін өзіндік ұйымдастыратын стерженді интегративті сипаттамасы аса маңызды болғанын ұсынылады. Осы интегративті функциясының уәждемелі компонентін тұрақты бектілуі және форсирленген дамытуынсыз қандай да бір тұрақты нәтижелерге есептеуге болмайды.

Осылай, МСР бағдарламаларындағы психотерапевтік компонентінің жан-жақты тапсырмалары кәсіби психотерапияның басты стратегиялық бағыттарын анықтайтын, бағытталған, біріншіден, тәуелділіктен резиденттерді бостау бойынша негізгі нәтижесіне жетуі, осындай нәтиженің мағыналы сипаттамаларының форсирленген дамытуы – химиялық тәуелділікке қайта тартуының психологиялық тұрақтылығының құрылымдары.

Ал екіншіден, аса оптималды жағдайларын құруына – сәйкесінше когнитивті және уәждемелі сипаттамаларының форсирленген дамуына, - МСР бағдарламаларындағы тәуелді адамдардың тиімді ұстауын мүмкіндік туғызатын және қойылған мақсаттарға олардың жылжуы.

3.2.3 МСР психотерапевтік компоненттің дайындалған жан-жақты тапсырмаларының бар болуы жалпы алгоритмімен қосылады, бұл олардың тиімді шешімі үшін қандай технологиялық қадамдары және қандай ретте жасалуы қажет екенінің түсінігін жеңілдетеді.

Осылай, Ю.В.Валентикпен (2002) тұлғаның онымен психогенетикалық теориясын дайындайтын жағынан рәсімделген және психологиялық тұрақтылығының жекешелендіру құрылымын дамытуына қатысы болатын психотерапевтік құрылымдарыың келесі алгоритмі ұсынылды: пациенттің нормативті тұлғалық дәрежесімен байланысын орнату; нормативті және патологиялық тұлғалық дәрежесін бөлуі; нормативті және патологиялық тұлғалық дәрежелері арасында тұлға ішіндегі байланыстың эскалациясы; нормативті дәрежелерінің дамуы; патологиялық тұлғалық дәрежесін бастыру және ПБЗ-на патологиялық әсеріне тиімді бақылауын орнату.

Біздің жеке зерттеулеріміз, белгіленген тұлғалық дәрежелердің теңестіру мен диссоциациясы өзгерістерді жетуіне бағытталған синергетикалық, ригидтік басқа нысандарымен және конструкциялық емес қорғаныстары, қарсылықтарымен байланысты конфротациондықтан – базисті адаптациялық стратегиясының «ауысуына» манифестілейтін, терапевтік гиперпластикалық шарттарында жеңіл және жедел өтетінін анықтадық. Терапевтік гиперпластикалықтың шарттарында ПБЗ-на патологиялық тартымдылығының редукциясына аса жедел жететіні көрсетілді. Әрі қарай, «нормативті тұлғалық дәрежесі» түмінігінің сипаттамалары кеңейтіліп, анықталды – ПБЗ тәуелділігіне қайта тартымдылығына психологиялық тұрақтылықтың теңестірілген факторларына қабылданған. Барлық айтылғанның есебінде МСР кезеңдерінде психотерапевтік белсенділігінің қорытынды алгоритмі келесідей көрінеді:

- пациенттерде синергетикалық адаптациялық стратегиясын актуалдандыру және бекіту, терапевтік гиперпластиканы қалыптастыру; ПБЗ патологиялық тартымдылығының редукциясы;

- негізгі тұлғалық дәрежелерінің теңестіруі мен диссоциациясы – патологиялық және нормативтік, - пациенттің нормативті тұлғалық дәрежесімен байланысты орнату (мүмкін, терапевтік келісімнің қорытындысы);

- пациент тұлғасының нормативті сипаттамаларын позитивті бектісуімен патологиялық және нормативті тұлғалық дәрежелерін тұлға ішіндегі байланыстың эскалациясы;

- психологиялық денсаулық құрамдарының толық дамытылуы – суррогаттық сценарийлерінің сыртқы тартымдылық аспектілерін толық мақұлдамаушылығы барысында ПБЗ қолданылуымен байланысты бәсекелескен сценарийдің дивиденділерімен негізгі өмірлік сценарий шиеленісінің дайындауымен ПБЗ тәуелділігіндегі қайта тартымдылығына тұрақтылығы;

- оларды іске асыруына уәждемелеуі саласында әрекетті бақылауын орнатуымен немесе толық редукциясымен деструктивті сценарлық жоспарларның толық бейтараптауы;

- позитивті өмірлік сценари іске асырылуы агрессивті ортамен конструктивті типімен өзара қатынастығы (адекваттық қорғауы, елеудің ассертивті тәсілдері);

ПБЗ қабылдауымен байланысты патологиялық адапциялардың әдетті тәсілдеріне қайтуына уәжделеудің қалған деңгейлерінің толық редукциясы.

Назар бөлу қажет екеніне және айтылғандай, репрезентативті зерттеулердің нәтижелерін бекітетін терапевтік белсенділігіні аталған алгоритмінің мағыналы ерекшеліктері келесі.

Бұл, тұлғалық дәрежелердің конфронтацияланған теңестіру және диссоциациясындағы объективті қиыншылықтарды жеңу мүмкіндігінің сәйкесінше терапевтік шарттарын құру кезіндегі есепке алынған деректері (біздің нұсқауымызда – терапевтік гиперпластика). Сонымен бірге, осы қажетті қадамдар алдағы нұсқауында пациенттің торпедті өзіндің ұйымдастыру белсенділігін ойдағыдай ПБЗ актуалды патологиялық жиі тартымдылығы шарттарында қолданылады.

Пациенттің тәуелді нормативті жүзін, дефицитарлы емес және деформациялы емес созылмалы интоксикациясын мүмкіндігіне болған қарсылығындағы жеңісін ұстау және табысты конфронтациялау жағдайын есептеуге болады. Тек қана резидентте психологиялық тұрақтылығы құрамдарының форсирленген және толық дамуы кезінде өзінің тәрбиесіне әрекетті бақылауын анықтауына басында мүмкіндіктері пайда болады, (осы сәтке дейін осы функцияны сауықтыру режимінің механизмі орындайды), ал кейін ПБЗ қайта пайдаланылатын сценарийін қосып, патологиялық жеке дәрежесінің фрагменттерінің толық эмиляциясы. Соңғы сценарий алкогол немесе есірткіні қолдануының зияны туралы абстракты аргументтерінің әсерімен ғана кетпейді. Бірақ тек қана қатты конфронтация МСР резиденттерінің өмірлік көкжиегінің аңдаусыздығы және барлық аңдалғандарынан ПБЗ қайта қолдануына себептерін жоюына қолдау жасайды, алкогол немесе есірткінің қайта қолдануымен байланысты осы сценарийге қатынасы бойынша абсолютті анық қауіптерімен – конструктивті өмірлік сценарийлерінің, тұлғаның ауқатты нормативті өзегін адекватты қалыптастырылған және қабылданған қатты контронтациясы ғана.

Барлық аталғанымен байланысты МСР кезеңдеріне ұсынылған психотерапия әдістерінің міндетті әдістерін іске асыру кезектілігі келесі.

МСР бағдарламасына кірудің бірінші кезеңінде негізінде топтық, бірақ сонымен бірге теңескен форматтарында когтитивті-тәртіптік терапия және уәждемелігінң технологиясы іске асырылады. Сонымен бірге сыртқы жоспарында аса жиі эмоциялық, психосоматикалық сипатында, патологиялық әсерімен актуализациясымен, адаптация мәселелері және т.б. шығарылған мәселелерімен жұмыстары өткізіледі. Ішкі, жан-жақты жоспарында бағдарламада қатысу және ұстану себебі қалыптастырылады, сонымен бірге МСР кезеңдерін өтуінің адекваттық маршруты қалыптастырылады.

Екінші кезеңде себептік психотерапия, когнитивті, тәртіптік және топтық психотерапияның классикалық әдістерінің технологиялары жанама іске асырылады. Соңғысы топтық форматында өткізілетін мәселелі-бағыттық психотерапиясының нұсқауы енгізіледі. Сонымен бірге психотерапевтік сессияларының сыртқы жоспарында тұлғааралық, тұлға ішіндегі байланыстар, импульсивті тәртібі және т.б. мәселелерімен жұмысы өткізіледі. Ішкі, жан-жақты жоспарында конструктивті өмірлік сценарийді қалыптастыру, саулылығын сақтау,

бағдарламадағы ұстауындағы себебімен жұмысы; «жеңіліс» сценарийлерінің деструктивтілігінен босату бойынша жұмысы; психологиялық тұрақтылығының құрылымын форсирленген дамуы бойынша жұмыстары жалғастырылуда.

Үшінші кезеңде екінші кезеңнің барлық психотерапевтік технологияларды қолдануын жалғастырады. Бірақ, осыдан басқа, отбасылық психотерапиясы, психикалық өзін-өзі реттеуі, экзистенциялық психотерапия әдістері қосылады. Сыртқы жоспарында осында жиі дағдарысты жағдайларында тұрақты тәртібінің қалыптастыруымен, отбасылық қатынастарының мәселелерімен, ресурсты сұранымдарымен жұмыстары жүргізілуде. Ішкі жоспарында конструктивті әлеуметтендіру дағдылары қалыптастырылады; барлық ұғынылатын және ұғынылмайтын өмірлік көкжиектерінің өмірлік сценарийлерін деструктивті және патологиялық тұлғалық дәрежесінің белсенді компоненттерінің элиминациясы бойынша, тұрақтылық – психологиялық денсаулығының құрамдарының форсирленген дамытуы бойынша белсенді жұмысы жалғастырылуда.

ПБЗ тәуелді актуалды мәселелерін шешу жоспарында жан-жақты мақсаттарына жету қатысында тиімді екі деңгейлі технологиялар нысанында негізгі психотерапевтік әдістерінің іске асырылуы психотерапевтік коммуникациясының арнайы құрылымдық-технологиялық және метатехнологиялық, макротехнологиялық құратылыуының бар болуын ұсынады.

3.2.4 Психотерапевтік әдістері мен технологияларын МСР бағдарламаларында қолданылатын аралық және соңғы тиімділігін анықтау – амбулаторлық практикадағы ұқсас мәселесінен қарағанда сұрақ мағыналы аса қиын, онда психотерапия жалғыз емделу әдісі ретінде шыға алады.

Соынмен бірге, қазіргі диагностикалық құралдарымен өлшенетін және аддикциясының көрсету ауырлығы бойынша квантицикацияланған психотерапевтік әсерінің әр дифференциацияланған нысанасы бойынша (мысалы, ААИ сияқты – аддикцияның ауырлық индексі), қолданбалы статистиканың ережелерін сақтау кезінде психотерапевтік, сонымен бірге қолданылатын әр технологияларының сегментарлы эффектісін мүшелендіру мүмкіндігі бар.

Қазіргі уақытта аралық индикаторлардың дифференциацияланған талдауының есебімен психотерапияның қолданылған технологияларының ақырғы тиімділігін болжайтын компьютерлік нұсқасының дайындығымен ПБЗ тәуелді психотерапияның тиімділігін кешенді анықтауының методолгия апробациясы аяқталады (А.Л.Катков, 2010).

Әртүрлі жастық топтарында ПБЗ тәуелділердің тартуына тұрақтылығы – психологиялық денсаулығының деңгейлерін анықтау бойынша компьютерлік бағдарламасы дайындалып, енгізілді. Осы бағдарламаны қолдануымен ПБЗ тәуелділердің медициналық-әлеуметтік сауықтыруы бағдарламаларында психотерапия тиімділігінің негізгі индикаторының динамикасы қадағаланылады.

МСР жоғары құрылымды, кәсіби бағдарламаларының резиденттері үшін психотерапевтік емделудің жалпы жоспары SMART принципі бойынша құрастырылуы қажет екені маңызды болады. Яғни, сәйкесінше басқыншылығы *өзгешілік*– нақты мақсаттары мен міндеттерінде тоғыстырылған болуы қажет, *өлшемді* –пациент үшін айқынды прогресс индикаторларлы; *шындыққа негізделген* оның ресурстары мен мүмкіндіктері жағынан; *уақытта анықталғанымен,* олар

жоспарланған нәтижеге жету үшін қажетті болады. Бұл резиденттерге емделу нәтижесінің қанағаттандырылған және МСР нақты кезеңдерінде мақсаттарға жетудің деңгейін өзіндік бағалауын өткізу мүмкіндігін береді.

Қорытынды

Тәуелді тұлғалардың медициналық-әлеуметтік сауықтырудың тиімді бағдарламалары – фармакотерапияның шекті мүмкіндіктерін ұғынатын қазіргі наркологиясын дамытуының негізі бағытты. ПБЗ тәуелді МСР басты мақсаты – химиялық тәуелділігіне қайта тартылған психологиялық тұрақтылығының форсирленген дамытылуы. Ал осы мақсатқа жетудің негізгі амалы, - кәсіби сауықтыру бағдарламаларының «жарияланбаған» немесе кәсіби іске асырылған психотерапевтік компоненттері мен мәнмәтіндері.

ПБЗ тәелді МСР бағдарламаларындағы қолданылған психотерапиялық нақты әдістерінің және жан-жақты методологиясының, жалпы тәсілдерінің талдауы сауықтыру процессінің терапевтік механизмінің мағынасын теңестіруін, әр қабылданған психотерапевтік тәсілі немесе технологиясының тиімділігін жоғарлатуына мүмкіндік береді.

Аса назарды, сауықтыру бағдарламасының әр терапевтік комопнентінің тиімділігінің дифференциацияланған бағасына, соынмен бірге сауықтыру бригадасының құрамында әрекет еткен қызметкерлердің дайындауына аудару қажет (дипломға дейінгі, дипломнан кейінгі, қосымша, үздіксіз). Осы жағдайда сауықтыру процессінің сапасын жоғарлатуы бойынша жоспарлы жұмыстары мүмкін.

Пайдаланған әдебиеттер тізімі

1. Анонимные алкоголики. – Нью-Йорк: Alcoholics anonymous world services, inc. 1989. – С. 22-81.

2. Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы и реабилитация больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – № 2. – 1998. – С. 62-81.

3. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества – основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями. // Ж. Профилактика и реабилитация в наркологии. – 2002. – № 1.

4. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Москва, 2002. – 256 с.

5. Даренский И.Д., Белокрылов И.В. Психотерапевтическая программа наркологического стационара. – Москва, 2011. – 26 с.

6. Двенадцать Шагов и двенадцать Традиций. – Нью-Йорк: Alcoholics anonymous world services, inc.1989. – 213 с.

7. Дудко Т.Н. В кн. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Под ред. Ю.В. Валентика, А.Н. Сироты. – Москва, 2002. – С. 132-143.

8. Кабанов М.М. Основные принципы реабилитации психических больных // Реабилитация психических больных. – Л., 1971. – С. 11-17.

9. Кабанов М.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями // Материалы II Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи. – М., 1976. – С. 68-73.

10. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1978. – 160 с.

11. Катков А.Л. Деструктивные социальные эпидемии: новый опыт исследования. – Павлодар, 2012. – 223 с.

12. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ /Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2010. – Т. X, № 1. – С. 34-76.

13. 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.

14. Кори Д. Теория и практика группового консультирования. – Москва, 2003. – 637 с.

15. Ялом И., Молин Л. Групповая психотерапия / 5-е издание. – Изд-во Питер, 2009. – 683 с.

16. De Leon G. Community as a method: Therapeutic Communities for special population and special settings. – Westport, Connecticut: Praeger Publishiers, 1997. – 140 p.

17. De Leon G. Therapeutic Communities. – In Textbook of Substance Abuse Treatment / Ed by Marc Galanter, M.D., Herbert D., Kleber, M.D. – The American Psychiatric Press, 2nd Edition. – Washington, 1999.

18. Liberman R.P. et al. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules // Innovations and Research. – 1993. – Vol. 2 (2). – P. 43-59.

19. NIDA: тринадцать принципов эффективного лечения наркомании // Вопросы наркологии. – 2000. – № 1. – С. 29-30.

20. Treatment protocol effectiveness study. By Barry R. McCaffry; United States. Office of National Drug Control Policy. Treatment Outcome Working Group. – Washington, D.C.: The Office, 1996. – 32 p.