

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Республиканский научно-практический центр
медико-социальных проблем наркомании**

А.Л. Катков

**Модели психотерапевтической помощи в программах медико-социальной
реабилитации зависимых от психоактивных веществ**

Методические рекомендации

Павлодар, 2012

Катков А.Л.

Модели психотерапевтической помощи в программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 50 с.

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

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

В методических рекомендациях подробно описываются основные методы психотерапевтической помощи, используемые в программах медико-социальной реабилитации (МСР) зависимых от психоактивных веществ – «необъявленная» психотерапия в непрофессиональных, низкоструктурированных реабилитационных программах терапевтических сообществ (ТС) и «12 шагов», психотерапевтический режим в профильных отделениях и центрах, компоненты профессиональной психотерапии в программах МСР. Рассматриваются оптимальные границы применения данных моделей, а также возможность их комплексного использования при определенных условиях.

Особое внимание уделяется вопросам подготовки персонала, действующего в составе реабилитационных бригад, как основному фактору, способствующему повышению эффективности соответствующих психотерапевтических и реабилитационных подходов.

Приводятся сведения о способах определения промежуточной и конечной эффективности используемых в программах МСР зависимых от ПАВ психотерапевтических методов и технологий.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук Толстикова А.Ю.

Доктор медицинских наук, профессор Кудьярова Г.М.

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1. Модели психотерапевтической помощи, основанные на идеологии терапевтического сообщества (ТС) и программы «12 шагов»	9
1.1 Психотерапевтические компоненты и контексты реабилитационных программ, основанных на идее терапевтического сообщества (ТС).....	10
1.2 Психотерапевтические компоненты программы «12 шагов»	21
2. Модель психотерапевтической помощи зависимым от ПАВ, основанная на организации психотерапевтического режима в профильных отделениях или центрах	35
3. Психотерапия как самостоятельный компонент высокоструктурированных реабилитационных программ	40
Заключение	49
Список использованных источников	50

Введение

Одной из главных особенностей социальных эпидемий* является факт того, что традиционные способы противодействия, выстраиваемые по аналогии с биологическими эпидемиями, малоэффективны, либо не эффективны вовсе. Недооценка данного обстоятельства, в сущности, и предопределила ситуацию глубокого кризиса системы наркологической помощи населению (основного ресурса противодействия распространению зависимости от ПАВ в социальном секторе), наблюдаемого в 80-90 гг. прошлого столетия практически повсеместно.

Трезвая оценка данного факта послужила начальным импульсом к весьма действенным, а подчас и революционным изменениям системы наркологической помощи населению во многих странах. В общих чертах основные тенденции развития наркологической службы в системе здравоохранения США, Канады, Западной и Восточной Европы, стран Балтии в 80-90-е годы сводятся к следующему: 1) система специализированной наркологической помощи все более тесно смыкается с деятельностью других организаций, занятых в данной сфере и альтернативными социальными формами противодействия распространению алкоголизма и наркоманий; 2) организация, структура, кадровая спецификация наркологической службы становятся все более разнообразными, гибкими, адекватными потребностям многих социальных групп; 3) ассортимент антинаркотических и антиалкогольных услуг, предоставляемых наркологическими учреждениями населению, в силу всего сказанного, значительно расширяется, при одновременном снижении степени обструкции, риска поражения в правах и общественного порицания наркозависимых; 4) первостепенная роль, в условиях многоуровневой, разнообразной и многопрофильной лечебно-реабилитационной деятельности отводится эффективной координации и полноценному мониторингу проблемы распространения алкоголизма и наркозависимости; 5) при этом абсолютно приоритетным является использование терапевтических и организационных принципов и подходов с доказательной эффективностью.

Третья позиция в данном перечне расширялась, в основном, за счет гибких, соответствующих основным ожиданиям и потребностям зависимых лиц, программ медико-социальной реабилитации, основным стрержнем которых являлись развивающиеся социотерапевтические и психотерапевтические технологии.

К последним в полной мере применимы 7 из 13 принципов эффективного лечения зависимых от алкоголя и наркотиков, сформулированных наиболее авторитетной в сфере доказательной наркологической практики организацией – Национальным институтом злоупотребления наркотиков (NIDA).

В общем перечне они таковы:

* Под социальными эпидемиями понимаются процессы вовлечения населения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомании, токсикомании), психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские, криминальные организации, игромании и др.), степень деструктивности и масштабы распространения которых представляют угрозу существующему социальному порядку и потенциалу развития наций.

1) *не существует лечения, которое в равной мере подходило бы для всех индивидов.* Решающее значение имеет соответствие условий лечения, формы вмешательства и предлагаемых услуг проблемам и потребностям пациента;

2) *потребность в лечении должна незамедлительно удовлетворяться.* Лица, нуждающиеся в лечении, могут оказаться вне лечебной системы, если лечение не будет вполне доступным;

3) *эффективное лечение должно ориентироваться на совокупность разнообразных потребностей индивида,* а не только на потребление им ПАВ. Оно должно быть адресовано паттерну потребления индивидом ПАВ и тесно связано с решением его медицинских, психологических, социальных, профессиональных и юридических проблем;

4) *лечение должно быть гибким* в соответствии с оценкой потребностей пациента, которые могут изменяться в ходе лечения;

5) *решающее значение для эффективности лечения имеет адекватность его продолжительности состоянию пациента.* Сроки лечения зависят от потребностей пациента. У большинства пациентов заметное улучшение здоровья наступает по истечении примерно 3-х месяцев после начала лечения. Продолжение лечения может улучшить его результаты. Программы лечения должны включать в себя стратегии предотвращения преждевременного прекращения пациентами лечения;

6) *индивидуальное и (или) групповое консультирование и различные виды поведенческой терапии являются существенным компонентом эффективного лечения алкоголизма и наркомании.* В ходе лечения развивается мотивация пациентов, у них вырабатываются навыки противодействия употреблению ПАВ; виды активности, связанные с употреблением ПАВ, заменяются конструктивной и вознаграждаемой деятельностью, не сочетающейся с приемом ПАВ, у них улучшается способность к разрешению проблем. Поведенческая терапия облегчает также межличностные отношения;

13) *выздоровление зависимых от алкоголя и особенно наркотиков может быть длительным процессом,* зачастую требующим повторных курсов лечения. Как и при других хронических заболеваниях, рецидивы употребления ПАВ могут иметь место как во время, так и непосредственно после окончания успешного лечения. Участие в программах самопомощи во время лечения и по его окончании помогает поддерживать состояние воздержания (NIDA, 2000).

Представленность реабилитационных подходов в современной наркологии чрезвычайно широка. Так, поданным агентства SamSha, отвечающего за психиатрический и наркологический секторы в министерстве здравоохранения и социального развития США, в настоящее время в мире насчитывается около пяти тысяч реабилитационных программ, представленных, в основном, непрофессиональными низко структурированными авторскими проектами либо усеченными вариантами реабилитации с использованием принципов терапевтического сообщества (свыше 500 зарегистрированных методик), программами с использованием идеологии «12 шагов» (свыше 100 вариантов). При этом какой-либо общепринятой классификации обозначенного множества реабилитационных программ и подходов не существует. Многочисленные ассоциации, объединяющие более или менее родственные по идеологии структуре и содержанию реабилитационные программы и персонал,

ответственный за их реализацию, разрабатывают, в основном, лишь собственные направления. Тем не менее, по основным литературным источникам прослеживается, по крайней мере, 7 вариантов систематизации (с возможностью их перекрещивания) реабилитационных программ и подходов, практикуемых в отношении зависимых от ПАВ:

- систематизация, основанная на требованиях к резидентам соответствующих программ в отношении абстиненции: (1) реабилитационные программы с полной абстиненцией; (2) реабилитационные программы с неполной абстиненцией;

- систематизация, основанная на профессиональной принадлежности и квалификации персонала: (1) профессиональные реабилитационные программы; (2) непрофессиональные реабилитационные программы; (3) смешанные реабилитационные программы;

- систематизация, основанная на технологическом содержании программ: (1) высокоструктурированные реабилитационные программы; (2) низкоструктурированные реабилитационные программы; (3) среднеструктурированные реабилитационные программы;

- систематизация, основанная на формате вовлечения резидента: (1) реабилитационная программа с круглосуточным содержанием в стационаре; (2) реабилитационная программа с амбулаторным режимом участия; (3) реабилитационная программа со свободным режимом посещения;

- систематизация, основанная на объеме требований, предъявляемых к участнику программы: (1) высокопороговые реабилитационные программы; (2) низкопороговые реабилитационные программы;

- систематизация, основанная на дифференцировке сфер реализации реабилитационных программ, обычно соответствующих общей идеологии практикуемых подходов: (1) реабилитационные программы, реализуемые в системе здравоохранения; (2) реабилитационные программы, реализуемые в социальной сфере; (3) реабилитационные программы, реализуемые в конфессиональной сфере; (4) реабилитационные программы, реализуемые при сотрудничестве каких-либо из вышеназванных секторов социальной и конфессиональной активности;

- систематизация, основанная на объеме лечебно-реабилитационных мероприятий, получаемых резидентом: (1) программы медико-социальной реабилитации с полным курсом (т.е. резидент получает весь комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включая детоксикацию); (2) реабилитационные программы с неполным курсом (резидент получает какой-либо определенный фрагмент программы, например, блок социальной реабилитации без предшествующей детоксикации и фармакотерапии).

В большинстве стран Европы и США реализуются, в основном, смешанные средне и высоко структурированные программы реабилитации зависимых от ПАВ. При этом имеет место продуктивное сотрудничество медицинского и социального сектора.

Форсированное развитие реабилитационного направления видится как один из возможных вариантов реформирования постсоветской наркологии в части рас-

ширения ассортимента услуг и повышения эффективности лечения зависимых от ПАВ.

Суть и основная идея данного направления состоит в том, что основные положения лечебно-реабилитационного подхода, используемого в общемедицинской сети и основанного на выявлении дефицитов биологических функций, социальных навыков, полноценной компенсации выявленных дефицитов, – полностью применимы в наркологической практике (Liberman R.P., 1993). В то же время любая химическая зависимость рассматривается как проявление глубинных личностных проблем, что необходимо учитывать при реализации лечебно-реабилитационных программ в наркологии (McCaffry B.R., 1996).

По мнению М.М. Кабанова (1972), реабилитация одновременно представляет собой: 1) цель – восстановления или сохранения статуса личности; 2) процесс – имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы; 3) метод – подхода к больному и человеку. При этом реабилитационный метод включает принципы партнерства специалиста и больного, разносторонности усилий воздействия, единства психологических и биологических методов, ступенчатости усилий.

Универсальные этапы общего реабилитационного процесса следующие: восстановительная терапия (медикаментозное и другое лечение, направленное на восстановление функций); реадaptация (восстановление адаптационных навыков); собственно реабилитация (восстановление индивидуальной и общественной ценности больного) (Кабанов М.М., 1971, 1976, 1978). Успешное прохождение данных этапов предопределяет параметры длительности и качества ремиссии – основных индикаторов эффективности комплексной терапии зависимых от ПАВ.

Реабилитация больных с зависимостью от ПАВ имеет специфику, связанную с тем, что по мере развития патологической зависимости серьезно страдают личность пациента, его связи с ближайшим социальным окружением и в целом уровень адаптации в обществе. Реабилитация в наркологии – системный и многоаспектный процесс. Основные его составляющие, в соответствии с концептуальными основами реабилитации зависимых от ПАВ, разработанных Ю.В. Валентиком (2002), следующие:

- медицинская реабилитация;
- психологическая (личностная), в том числе духовная реабилитация;
- социальная реабилитация.

При этом собственно психотерапевтические технологии присутствуют во всех перечисленных компонентах, но особенно активно реализуются в структуре психологической реабилитации зависимых лиц.

Главная цель реабилитации зависимых от ПАВ, согласно концепции Ю.В. Валентика, – восстановление или формирование нормативного личностного и социального статуса больного, полноценная реинтеграция в общество на основе восстановления здоровья и обретения способности к успешному социальному функционированию.

Основные задачи реабилитационного процесса следующие:

- формирование мотивации на участие в реабилитационном процессе и отказ от ПАВ (в случае, если речь идет о программах МСР с полной абстиненцией);

- дезактуализация основных проявлений синдрома зависимости от ПАВ, предупреждение рецидивов;
- устранение или компенсация медицинских последствий приема ПАВ;
- устранение или компенсация личностных нарушений и стимуляция личностного роста;
- формирование или восстановление конструктивного взаимодействия с ближайшим социальным окружением;
- восстановление полноценного социального функционирования на основе полученных адаптивных навыков.

Из перечисленных задач 1-я, 4-я и 5-я прямо адресованы к технологиям профессиональной психотерапии; 2-я, 3-я и 6-я задачи также предполагают комплексное психотерапевтическое воздействие в сочетании с другими компонентами медико-социальной реабилитации.

Психотерапевтические технологии прямо или косвенно используются в работе практически со всеми мишенями, идентифицированными в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: 1) мотивационной сферой зависимых лиц; 2) патологическим соматическим статусом; 3) патологическим влечением к ПАВ; 4) патологическим личностным статусом; 5) дефицитарным или деформированным социальным статусом зависимых от ПАВ.

Также следует иметь в виду, что сам по себе процесс доведения до будущего резидента и усвоения им основных принципов реализации программы медико-социальной реабилитации (таких, например, как добровольность, отказ от употребления ПАВ, ответственность, опора на социальные ценности и нормы, групповые форматы реализации основных практик, поэтапное продвижение к главному результату – освобождению от зависимости и др.) есть начало вовлечения больного в общий контекст когнитивно-поведенческой терапии, в рамках которого выполняются практически все реабилитационные программы, претендующие на приемлемые, в смысле эффективности, результаты.

Таким образом, как показывают многочисленные, в том числе и наши собственные (Катков А.Л., Макаров В.В., 2009) исследования по определению роли и места психотерапии в профилактике, лечении и реабилитации зависимых лиц, психотерапевтические техники в наркологической практике используются:

- как единственный метод терапии;
- как опосредованная психотерапия в сочетании с различными плацебо-носителями;
- в сочетании с детоксикационными методиками лечения;
- в сочетании с приемом психофармакологических и других препаратов различного спектра действия;
- в сочетании с другими развивающими технологиями (консультативными, тренинговыми);
- в комплексе лечебных, коррекционных и других технологий, представляющих программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

В отношении психотерапевтических технологий, используемых в программах реабилитации химически зависимых лиц, следует рассматривать три основные модели данного вида помощи, охватывающие весь спектр имеющихся на сегодняш-

ний день возможностей: 1) модель «необъявленной» психотерапии с использованием общего психотерапевтического контекста, в поле которого основная идеология соответствующей реабилитационной программы выполняет функцию когнитивного компонента, требования режима и структурированное поведение персонала – функцию поведенческого компонента, а форма реализации основных помогающих и развивающих технологий содержит элементы групповой психотерапии; 2) модель так называемого психотерапевтического режима в отделении или центре, где реализуются основные этапы, как правило, высокоструктурированных программ медико-социальной реабилитации, представляющего собой: особый кодекс отношений между реабилитационной бригадой и резидентами программы, между членами реабилитационной бригады, включая руководство отделения или центра; специальные деонтологические и профессиональные требования, предъявляемые к участникам реабилитационной бригады и прочему персоналу; особые экологические правила подготовки и организации труда специалистов реабилитационной бригады, – что в совокупности создает специальную, экологически-выверенную информационную среду, максимально способствующую достижению главного результата – освобождению резидентов от зависимости; 3) модель собственно психотерапевтического компонента в программах МСР зависимых от ПАВ, представленного определенным набором психотерапевтических интервенций, классифицируемых по направлениям и модальностям профессиональной психотерапии; при этом в каждой структурированной реабилитационной программе существуют свои предпочтения в отношении используемых психотерапевтических методов, которые формируются, чаще всего, по субъективным критериям.

1. Модели психотерапевтической помощи, основанные на идеологии терапевтического сообщества (ТС) и программы «12 шагов»

В данном разделе описываются основные психотерапевтические контексты наиболее распространенных подходов в реабилитации зависимых от ПАВ, известных под названиями 1) *терапевтического сообщества (ТС)*, объединяющего более 500 разновидностей реабилитационных программ, реализуемых в наркологических клиниках и центрах Западной и Восточной Европы, США и Канады, странах Юго-Восточной и Центральной Азии; 2) *«12 шагов»*, включающего свыше 100 вариантов реабилитационных программ, реализуемых в различных регионах мира. Обозначенные подходы по объему охватываемого контингента зависимых лиц существенно превосходят все прочие формы организации реабилитационного процесса, включая и высоко структурированные профессиональные программы, реализуемые в наркологических клиниках системы здравоохранения.

Сам по себе факт «долгожительств», общего поступательного развития и повсеместного распространения данных подходов свидетельствует, как минимум, об их устойчивой терапевтической основе, отвечающей ожиданиям и потребностям существенной части зависимых лиц.

Аналитические данные о сходстве и различии базовых психотерапевтических компонентов рассматриваемых реабилитационных подходов могут представлять несомненный интерес для профессиональных психотерапевтов, специализирующихся в сфере профилактики и лечения зависимых от психоактивных веществ.

1.1 Психотерапевтические компоненты и контексты реабилитационных программ, основанных на идее терапевтического сообщества (ТС)

1.1.1 Краткие сведения об истории развития рассматриваемого реабилитационного подхода, его организационных и функциональных характеристиках следующие.

Первоначальная идея использования терапевтического сообщества для лечения и реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами принадлежит английскому психиатру Максвеллу Джоунсу (1943). Далее идеи терапевтического сообщества (ТС) применительно к проблематике наркологических расстройств развивали Д. Кеннард, Т. Мейн, Г. Бриджер, Е. Брокард, Г. де Леон и др.

В настоящее время известно несколько сотен разновидностей программ реабилитации зависимых от ПАВ, проводимых с использованием принципов ТС и реализуемых в наркологических клиниках различных регионов мира.

Обычно в программы ТС принимаются лица с различными типами химической (наркологической, алкогольной) зависимости после прохождения курса детоксикации и снятия острого абстинентного состояния.

Сверхзадача терапевтического сообщества - полное изменение стиля жизни, то есть не только воздержание от наркотиков, но и устранение антисоциального поведения, развитие полезных навыков и умений, развитие новых ценностных ориентаций.

Традиционное ТС требует изолированного стационарного, совместного пребывания, по крайней мере, на протяжении 12-15 месяцев от фазы «входа» в программу до фазы «выпуска» из программы и «повторного вхождения» (reentry) в общество. Некоторые ТС используют более короткий период пребывания: 6-12 месяцев. В последнее время интенсивно развиваются амбулаторные реабилитационные программы, основанные на принципах ТС.

Персонал реабилитационных программ составляют медики, специалисты по педагогике, психическому здоровью, инструкторы по труду, а также администраторы. Численность вспомогательного персонала и его состав зависят от типа сообщества. Первичный персонал ТС - это, как правило, парапрофессионалы: бывшие наркоманы, которые успешно реабилитированы в ТС.

Основной «терапевт и учитель» в ТС - само сообщество, которое состоит из людей, равных друг другу, а персонал выполняет функцию проводника в процессе реабилитации. Персонал наблюдает за группами пациентов, распределяет рабочие функции и помогает их выполнению. Персонал также ведет терапевтические группы, индивидуальные консультации, организует социальные программы и отдых, осуществляет внешние контакты. Персонал, как правило, участвует в определении статуса пациентов, продвижении их вверх в иерархии, выписке, получении отпусков, принимает участие в планировании терапии при возникновении такой необходимости.

Для понимания сути функционирования ТС важнейшее значение имеет кодекс норм, которым руководствуются все члены ТС. Нормы определяют поведение всех членов ТС, как профессионалов, так и наркоманов - в одинаковой степени. Причём эти нормы должен быть способен описать каждый член ТС. Выполнение

норм обеспечивается с помощью социального контроля. Социальные санкции должны быть наглядными. Это процедуры изменения статуса, ритуалы воздаяния почестей и бесчестия, различного рода неформальные, хорошо функционирующие каналы для выражения личностного одобрения и неодобрения. Это поддерживает включенность членов в программу. Все члены ТС должны быть проводниками системы: соответствовать её нормам и выносить санкции за несоблюдение норм другими. Осуществление санкций оказывает такое же влияние (или даже ещё большее) на человека, который эти санкции осуществляет. Должна существовать возможность испытать чувство удовлетворения для тех, кто соблюдает нормы. Все члены ТС должны эффективно наблюдать за выполнением другими членами нормативных стандартов сообщества. От каждого члена ожидают выполнения неформальных негативных санкций. О значительных нарушениях он должен ставить в известность сообщество для применения формальных санкций.

Существует градация уровней значимости иерархии, включающая всех членов ТС. При этом изолированное взаимодействие новичков между собой сводится к минимуму и усиливается взаимодействие новичков с ветеранами ТС. Статус в иерархии определяется универсальными критериями. Любой член организации имеет возможность подъема по мере улучшения его соответствия нормам и ценностям организации. Перемещение в пределах иерархии должно проходить через последовательность определенных стадий.

Переход от одной стадии к другой сопровождается ритуалами сообщества.

Между всеми членами ТС должна быть по возможности высокая степень взаимодействия (исключая взаимодействие между новичками). Это увеличивает сплоченность и позволяет развиваться межличностным навыкам. При этом взаимодействие должно охватывать широкий диапазон видов деятельности (формальные и неформальные групповые дискуссии, совместная работа, развлечения и т.д.). Поощряется широкий диапазон эмоциональной экспрессии, чтобы полностью сформировать потенциал и навыки взаимопонимания и обеспечивать непрерывное осознание проблем и напряжения в этой программе.

Членство в ТС включает изоляцию от более крупного социального контекста (включающего и наркоманическую «систему»), по крайней мере, на ранних стадиях членства. Этой изоляцией включается механизм «задействования», что мешает развиваться прежде существовавшим конфликтам и интенсифицирует социализацию. Изоляция должна быть длительной, чтобы способствовать формированию сильной внутренней социальной инфраструктуры. Присутствие старых членов дает возможность взаимодействовать с ними новичкам и видеть успех больных наркоманией, прошедших через терапевтическое сообщество.

Определяющей является структурированность жизни в программе. Среда реабилитации должна быть предсказуема, и работать в пределах чётких сроков и границ. Большинство программ запланировано в расчёте на некоторую структуру и ежедневный ритм, структурирующий день, неделю, месяц и год - в зависимости продолжительности. Всё время должно использоваться для достижения главных целей и задач реабилитации - 24 часа в сутки. Всё, что происходит в программе лечения, должно быть увязано и согласовано с главной целью реабилитации.

Структура состоит из шагов, достижение которых легко определяемо, и указывает на то, что достигается некоторый прогресс на пути к поставленным целям. Структура может быть почти механическая, разделяющая программу на формальные этапы или стадии, а передвижение от этапа к этапу определяется лишь прошедшим временем.

Чёткий и предсказуемый график ежедневных действий важен, он создает определенность и целостность. Пациент начинает хорошо ориентироваться в ежедневной структуре, в пределах которой он может оценивать свою успешность и эффективность, способность вести не наркоманическую, не хаотическую, а нормальную жизнь. Самое главное, чтобы пациенты четко знали, чем заняться и где это сделать.

Элементы реабилитации должны служить целям программы. Каждый из них по-своему укрепляет просоциальную ориентацию пациентов и готовит их к независимому проживанию в большем сообществе.

Структура дня может включать следующие элементы:

- утренняя и вечерняя встречи всего сообщества;
- терапевтические группы;
- еженедельная встреча команды, посвященная оценке прогресса пациентов;
- еженедельные «группы работы с эмоциями»;
- группы ориентации (с начала недели);
- встречи ответственных (ответственные за отдельные виды деятельности собирают подопечных и дают рекомендации по индивидуальной работе);
- индивидуальные консультации;
- образовательные занятия (адекватно возрасту, не исключает сотрудничество с местными школами и т.д.);
- специальные тематические группы;
- планирование отпусков;
- семейные группы;
- работа по формированию сети (встречи с друзьями, обучение социальным навыкам);
- профессиональная подготовка (сотрудничество с соответствующими агентствами и предприятиями);
- экскурсии (в группах) как часть социального и физического обучения.

Структурирование недели. Предусматривается распределение отдельных видов деятельности по всей протяженности недели. Предусматриваются дни, акцентированные на образовательной деятельности, и дни, акцентированные на трудовой деятельности. Один день посвящается целиком уборке и другим видам работы на само ТС. Программа выходных дней отличается от программы будней.

Структурирование программы. Выделяется несколько стадий функционирования пациента в ТС.

Стадия I. Индукционная («вход» в программу)

Основные задачи здесь - диагностика, оценка нужд пациента, его проблем, ориентация его в сообществе. На этом этапе все пациенты испытывают стресс.

Наиболее эффективный способ его преодоления - активное и полное участие во всей деятельности ТС. Быстрая ассимиляция особенно важна в тех случаях, когда у пациента существует амбивалентность в отношении дальнейшего пребывания в «добровольном заключении». Основное внимание уделяется обучению вживания в роль члена ТС. В ряде программ пациент имеет возможность освоиться и какое-то время наблюдать за жизнью реабилитационной структуры, не участвуя в ней активно. Как правило, его постоянно сопровождает один из опытных участников программы. В это время в Терапевтическом сообществе пациент как бы гость - обе стороны присматриваются друг к другу.

В момент приема сам пациент и его родственники (опекуны) подписывают контракт. Главное, что предстоит выяснить, - есть ли настоящее решение лечиться. В контракте пациент получает ответ на следующие вопросы: Что я буду делать в области терапии? Это могут быть контакты с другими, или работа с агрессией, или активность на группе, или откровенное исследование самого себя. Что буду делать по развитию своей личности? Например, учиться игре на гитаре, иностранным языкам, осуществлять физический тренинг. Что буду делать, работая на пользу центра? Это задачи по подготовке праздника или встречи с интересными людьми. Или задание сделать мебель для центра, провести ремонт и т.д.

Это контракт на весь первый этап. Поначалу в нем пациентам даются выполнимые (дробные) задачи в ТС: забочусь о пылесосе, о цветах, об инструментах в столярной мастерской. Постепенно их сложность увеличивается, как увеличивается и ответственность (тренинг ответственности). Например, назначается ответственность за дисциплину в группе во время уроков.

Контракт включает возможное тестирование мочи на определение наркотиков.

Установлено, что в течение первых трех месяцев стационарной реабилитации в ТС до 50% новичков выбывают. Намерение оставить реабилитационную программу – важный предсказатель, те, кто на начальном этапе высказывают такое намерение, в большинстве случаев и выбывают, если с ними специально не работать в этом отношении. Если подобные намерения высказываются после начальных трех месяцев, уход происходит только в 20% случаев. То есть, чем раньше высказано такое намерение, тем больше вероятность, что оно будет реализовано. Психотерапевтическая работа с теми, кто заявляет о намерении уйти, дает эффект примерно в 50% случаев. Существенное значение имеют не только патологические расстройства, но и способность принять терапевтические условия, что в целом может рассматриваться как «доступность терапии».

Стадия II. Основной этап реабилитации

На этом этапе главные задачи - социализация в ТС и начало личностного роста.

Выделяют 2 фазы на пути к стабильному состоянию.

Первая фаза - период нестабильного состояния пациента.

Вторая фаза приводит к «плато» - стабильному состоянию поведения. Пациент уже имеет конкретный статус в сообществе, в его психологическом состоянии зафиксированы определенные сдвиги, содействующие процессу выздоровления.

После её достижения можно переходить к дальнейшим изменениям, включая деятельность вне ТС.

Переход на второй этап – процедура, напоминающая род праздника. Это всегда значимый момент, сопровождающийся переживаниями пациентов. Это делается на больших собраниях, где присутствуют все терапевты. Переходящий на другой этап пациент в центре внимания, все – терапевты и пациенты высказываются о нем, подчеркивают его сильные и слабые стороны, высказывают пожелания. Терапевты дают согласие на переход на второй этап, когда они уверены, что принято решение об отказе от наркотиков. Должно быть также заметно, что он переходит от «темных» болезненных ценностей к «ясным» нормативным, поддерживаемым ТС.

Далее с пациентом заключается контракт на второй этап. В него уже включаются терапия с семьей и задачи, направленные вовне, – готовиться вернуться в школу, думать про работу, готовиться к возвращению в общество. Важно стимулировать самостоятельность. На этой фазе у пациента уже есть право выхода на несколько часов в город. По возвращении из отпуска пациент может подвергнуться тестированию на наркотики. Невыполнение контракта может привести к переводу на предыдущий этап – тогда он лишается привилегий, которые имеются во второй фазе. Например, он снова вынужден одеваться в простую рабочую одежду, не может на свое усмотрение заваривать чай, слушать музыку, когда захочет, ходить на прогулки и т.д.

Параллельно с групповой терапией ведется тренинг социальных ролей. Это роли в ключевых видах деятельности ТС. Например, это может быть ведение тех же терапевтических групп (председатель группы). Пациент также может вести общую группу (собрания сообщества) утром и вечером. Пациент, как правило, становится также руководителем отдельного вида деятельности, который практикуется в сообществе. Став ответственным руководителем, планирует, определяет и контролирует работу. Есть очень серьезные роли, например роль заведующего домом, который следит за жизнью и бытом в целом, обеспечивает контроль порядка в доме. Или, например, роль кассира, у которого находятся деньги членов ТС и который еженедельно может выдавать определенную сумму (на приобретение сигарет и т.д.). Каждый должен пройти одну или две таких роли на протяжении не менее чем 2 месяцев.

Роли не подбираются так, чтобы максимально соответствовать характерологическим и личностным особенностям пациента. Напротив, роли подбираются так, чтобы человек учился тому, что он не умеет. Некоторые быстро растут в процессе выполнения ролевых обязанностей, становятся очень умелыми и продуктивными. При успешном выполнении ролей повышается самооценка, стимулируется раскрытие нормативных частей личности. Если не очень, получается, справляться с возложенными обязанностями, не беда. Такому пациенту длительно пытаются оказать помощь и давать советы. Важно, чтобы пациенты, выполняя определенные обязанности, учились решать возникающие проблемы. Как правило, многие пациенты быстро справляются, но есть и такие, которые долго задерживаются.

Очень важный компонент – коммуникативный тренинг, особенно навыки совладания с агрессией. Имея неразрешенные глубинные проблемы, пациент часто демонстрирует агрессию. Получался замкнутый круг, потому что насилие с любой

стороны разрушает возможность контакта и продуктивного взаимодействия. У большинства молодых пациентов большие проблемы с агрессивным поведением в центре. Продолжая по инерции агрессивно реагировать на происходящее, они препятствуют созданию оздоровительной среды. Многие из них не чувствуют себя в безопасности. Более того, при высоком уровне агрессии в ТС часть из них просто утрачивает смысл пребывания в центре. Социально пациент нездоров, если нет возможности нормально общаться без насилия.

Стадия III. Выход из программы (повторное включение - «reentry»)

Третий этап - этап возврата домой. Пациент укрепляет навыки автономного принятия решений и самоуправления с меньшей степенью зависимости от штата или от других членов сообщества.

Выделяют 2, иногда 3 фазы - раннюю и позднюю.

На *ранней фазе* «reentry» идет подготовка к отделению от сообщества. Пациенты регулярно живут на базе сообщества.

На этап также заключается контракт. Это уже не такой контракт, как на предыдущих стадиях, то есть не такой большой и точно регламентирующий жизнь пациента. В контракте он определяет работу, учебу, помощь по дому, формы и частоту контакта с центром, работу по развитию личности.

На *поздней фазе* завершается успешное отделение и начинается регулярное независимое проживание за пределами ТС.

Первый месяц предполагает еженедельное возвращение в центр. Во втором месяце пациент уже может приезжать через 2-3 недели. Фактически он уже выписан из центра, но продолжает сотрудничество.

После успешного третьего этапа подготавливается праздничное завершение лечения. Организуется специальная встреча с участием всего сообщества и родственников. Пациенту вручают диплом, делают многочисленные пожелания, дарят подарки.

Бывшие члены ТС обычно работают неполный рабочий день. Они могут участвовать также в семейной или индивидуальной терапии. Это конец стационарного пребывания в ТС, но не конец участия в программе. От посещений постепенно переходят к еженедельным звонкам.

Если говорить о годичной реабилитационной программе, то качественно этапы будут различаться следующим образом.

Первый блок (первый этап и первая фаза второго этапа) - 6 месяцев с исключительным пребыванием только в центре.

Второй блок (вторая фаза второго этапа и первая фаза третьего этапа) - 3 месяца с преимущественным пребыванием в центре и посещением дома (семьи) по уик-эндам с последующим возвращением.

Третий блок (вторая фаза третьего этапа) – 3 месяца с проживанием в основном дома и проведением уик-эндов в центре с последующим возвращением домой.

Историю болезни в реабилитационном центре пишет врач - психиатр-нарколог. Дневниковые записи на первой фазе еженедельные, на второй фазе - не реже 1 раза в 2 недели. Параллельно на отдельном листочке историю заполняет

вспомогательный персонал (психолог, педагог). Отдельные листки заполняются с родственниками (опекунами) и пациентами.

Целесообразно сохранение последующего контакта с пациентом в форме амбулаторных поддерживающих групп. Занятия в них проводятся по собственной программе не чаще одного раза в неделю, это больше напоминает клуб пациентов. Кроме того, пациент должен иметь возможность посещать реабилитационный центр, не чаще одного раза в месяц.

Амбулаторные и стационарные формы ТС

Насколько это возможно, важно использовать амбулаторные формы работы с пациентом. Дело не только в том, что амбулаторная помощь существенно дешевле, она не разрушает, возможно, полезные связи пациента с социумом, учит больного входить в реальную жизнь без наркотика.

Стационарные формы реабилитации всегда показаны следующим группам:

- 1) пациенты с двойным диагнозом (коморбидные психические расстройства);
- 2) пациенты, неспособные пребывать в ремиссии даже короткое время;
- 3) пациенты, живущие в тяжелых бытовых условиях, когда сложно контролировать поведение в отношении наркотических средств (например, употребление наркотических средств другими членами семьи, лица БОМЖ и т.д.).

Эффективность

Отмечается более благоприятный прогноз для работающих пациентов – лиц с высшим образованием, менее интенсивно потребляющих опиаты (героин), имеющих меньшие проблемы с нарушением закона. Обычно эффективность реабилитации после нахождения пациента в ТС на протяжении не менее года оценивается цифрами порядка 50% долгосрочных ремиссий.

Эффективность реабилитации в терапевтических сообществах оценивается и применительно прохождению программы ТС в целом. При этом число пациентов, вошедших в годовую реабилитационную программу, берется за 100%. Дальнейшая динамика такова.

Первый этап реабилитационной программы: без предварительной мотивационной работы отсев (выпадение из программы из-за ее непринятия) может составить до 50% из числа пациентов, вошедших в программу.

Второй этап реабилитационной программы: отсев до 10%.

Третий этап: отсев до 5-7%.

Заканчивают программу около трети пациентов из числа вошедших в программу, при этом более чем у 50% из них определяется устойчивая многолетняя ремиссия.

1.1.2 Вышеназванные характеристики и главные идеологические тезисы ТС, сформулированные Максвеллом Джоунсом, позволяют достаточно отчетливо идентифицировать «необъявленные» компоненты психотерапии, заложенные в идее терапевтического сообщества, активные даже и в том случае, когда в общем контексте используемых практик и видов занятости фигурируют лишь режимные правила, специальные встречи, собрания ТС и трудовая занятость.

Речь идет о компонентах 1) мотивационной; 2) когнитивной; 3) поведенческой; 4) групповой; 5) семейной психотерапии (в том случае, если предусмотрены специальные встречи сообщества с семьями резидентов). Кроме то-

го, следует обратить внимание и на опосредованные стратегии ресурсно-ориентированной психотерапии, в общем поле которых выстраивается идеология и практика ТС, поскольку именно данный аспект представляет специфику и сущностное отличие ТС от психотерапевтического наполнения программы «12 шагов» и других реабилитационных моделей.

Компонент мотивационной психотерапии в программах ТС (в случае отсутствия подготовленных специалистов-психотерапевтов, консультантов) реализуется опосредованно. Главную роль в повышении мотивации «новичков», проходящих первые стадии реабилитационной программы, выполняют старшие резиденты, в обязанности которых, помимо всего прочего, входит опека и поддержка «новичков».

На этапе вхождения в терапевтическую программу, связанного с усвоением достаточно жесткого режима, контингент «новичков» наиболее уязвим в отношении обострения борьбы мотивов: остаться – уйти. Показатель отсева на данном этапе может достигать 50% и более. Основным аргументом в пользу решения «остаться» являются: ресурсный статус старших резидентов, продолжающих и завершающих реабилитационную программу («...они смогли и я тоже смогу... они чувствуют себя свободными, уверенными, они справились со всеми внешними и внутренними проблемами и стали сильнее, – а именно это мне и нужно... Я хочу такого же результата и поэтому я остаюсь...»); квалифицированная поддержка персонала, набираемого из бывших резидентов программы, успешно завершивших полный реабилитационный курс и находящихся в состоянии ремиссии не менее 2-х лет. Такого рода подготовленные сотрудники в ходе консультативной помощи и поддержки новичков и младших резидентов в той или иной степени воспроизводят ключевые стратегии МЕТ (аббревиатура англоязычного обозначения мотивационной терапии В. Миллера): хорошо видят и чувствуют противоречия между конкурирующими мотивационными позициями личности пациента, могут развивать эти противоречия и со знанием дела обсуждать их с пациентом; обнаруживают подлинное понимание, сопереживание, эмпатию в отношении проблем пациента; демонстрируют при этом наиболее эффективный стиль поддерживающего поведения, который можно обозначить как «обнадеживающая правда»; умеют найти самые веские основания для конструктивных изменений в поведении; своим ресурсным статусом, опытом и вербальной поддержкой могут вселить в пациента оптимизм и уверенность в отношении возможности желаемых конструктивных изменений.

Компонент когнитивной психотерапии

При внимательном рассмотрении общей идеологии и содержания реабилитационных программ, оформляемых по принципу ТС – Daytop Village, Phoenix House, Getway House, Wolden House и др. – определяются, по крайней мере, две стратегии, которые можно отнести к компоненту когнитивной психотерапии. Первая стратегия связана с выявлением скрытых сценариев–программ, обслуживающих феномен зависимости и обрекающих резидентов на заведомое поражение – рецидив (в случае, если такого рода сценарий останется доминирующим), а также терапевтической замены данных деструктивных сценариев на конструктивные, представленные в общей философии и девизах соответствующих вариантов ТС. При этом практикуются достаточно простые, но в целом эффективные технологии как выявления

«пораженческих» правил-сценариев (таких, например, как «героин умеет ждать», «наркоман смеется последним», «сколько веревочке не виться – конец всегда один» и др.), так и проработки конкурирующих девизов, представляющих идеологию конкретной реабилитационной программы. И то, и другое происходит в ходе проведения специальных терапевтических групп и собраний ТС, при деятельном участии подготовленного персонала и старших резидентов. Содержание прорабатываемых девизов (например, таких как: «Мы можем восстать из пламя зависимости, как птица Феникс восстает из пепла»; «Ты сам себя поставил в то положение, в котором находишься, но тот, кто хочет, – всегда может подняться»; «Никакой обед не бывает даром – сначала заработай, а потом накорми себя тем, что по вкусу» и др.) прямо противоположно пораженческим сценариям-правилам, но кроме того, оно ясно указывает на единственное условие их воплощения в реальность – необходимость постоянной внешней и внутренней работы, что, собственно, и является содержанием программ ТС. Такого рода девизы, постоянно и под разными «углами» прорабатываемые на собраниях ТС, в итоге становятся внутренними убеждениями резидентов с хорошими шансами на реализацию в ходе продвижения по этапам терапевтической программы.

Вторая стратегия связана с выявлением скрытой метапозиции, особенно характерной для зависимых лиц и занимаемой по отношению к основным агентам события. Эти метапозиции – аутиста, оппозиционера, агрессора – свидетельствуют об укоренении зависимого субъекта в общем конфронтационном полюсе, который препятствует формированию ресурсного доступа, столь необходимого для успешного продвижения в программах ТС. В этом случае новичкам и резидентам демонстрируется несостоятельность их защитных штампов и установок и необходимость принятия следующих правил-девизов: «Мы здесь потому, что нет такого убежища, где мы можем спрятаться от самих себя»; «Человек, не открывающий себя глазами и сердцами других людей, погибнет»; «Тот, кто не делится своими секретами, не может уйти от вопросов»; «Тот, кто боится, что его познают, не может познать ни себя, ни других – он останется один»; «Будь сознательным и причастным» и др. Конструктивные правила-девизы и внутренние установки на сотрудничество, прорабатываемые на специальных встречах ТС, в ряде случаев подкрепляются тренингами коммуникативности, включаемыми в терапевтическую программу.

Компонент поведенческой терапии

Данный компонент, вне всякого сомнения, является наиболее представленным, структурированным и последовательно выдерживаемым на протяжении всех этапов реабилитационных программ ТС. Его основными и весьма действенными технологиями являются: жесткий режим, организующий и структурирующий время и виды активности резидентов, отвлекающий от возможностей «движения вспять», подавляющий механизмы как центрального, так и периферического запуска патологического влечения; четко структурированные способы и правила позитивно-негативного подкрепления поведения резидента, с максимальным стимулированием конструктивных паттернов; возможность получения навыков совладающего поведения в специальных тренингах, адаптивных профессиональных навыков в специальных образовательных программах. Следует иметь в виду, что сама по себе программа ТС построена так, что каждый резидент находится «под увеличитель-

ным стеклом» фокуса внимания подготовленного персонала и старших резидентов, когда каждое его действие является предметом обсуждения и оценки со стороны окружающих лиц. В данном случае каждый старший резидент или штатный сотрудник, а также вся терапевтическая группа в целом – являются агентами развития резидента, продвигающегося к главной цели – освобождению от зависимости. В ходе этого процесса деструктивные поведенческие паттерны и установки замещаются на конструктивные, что и является целью терапевтического прессинга, осуществляемого с помощью компонентов поведенческой психотерапии.

Компонент групповой психотерапии

Можно с уверенностью говорить о том, что ТС, по своей сути, – это специальная терапевтическая группа, функционирующая в режиме многомесячного марафона и включающая практически все терапевтические факторы, присущие классической групповой психотерапии. Согласно И. Ялом (2009), к последним следует отнести такие факторы, как: 1) вселение надежды; 2) универсальность переживаний; 3) предоставление информации; 4) альтруизм; 5) корректирующая рекапитуляция первичной семейной группы; 6) развитие навыков социализации; 7) имитационное поведение; 8) межличностное научение; 9) сплоченность группы; 10) катарсис; 11) экзистенциальные факторы. Данный перечень, по-видимому, является наиболее полным и обобщающим другие известные классификации терапевтических факторов групповой психотерапии (например, классификации М. Lakin, Н. Kelman и др.).

Даже при ближайшем рассмотрении и, тем более, при углубленном анализе основных практик ТС, можно проследить прямые аналогии между поименованными терапевтическими факторами групповой психотерапии и главными принципами терапевтического сообщества, сформулированными М. Джоунсом в начале 40-х годов прошлого столетия. Например, такие принципы ТС, как «постоянное изучение и научение», «каждый должен вносить свой вклад, демонстрировать активность», «постоянная обратная связь», «индивидуальные изменения достигаются за счет использования коллективных форматов» – прямо соответствуют терапевтическим факторам 3, 7, 8 – предоставлению информации, имитационному поведению, межличностному научению. Такой универсальный принцип ТС как «открытость и необходимость вынесения переживаний для обсуждения» соответствует терапевтическим факторам групповой психотерапии 2, 10 – универсальности переживаний и катарсису. Подобным образом можно проследить аналогии таких принципов ТС, как «социальная ответственность», «использование разделяемых норм и ценностей» с терапевтическим фактором 6 – развитие навыков социализации. Кроме того, следует отметить, что такие принципы ТС, как «строгое соблюдение кодекса заповедей относительно правильного и неправильного поведения», «все члены ТС обязаны демонстрировать образцы желательного поведения», «использование структуры и системы функционирования ТС для саморазвития через обучение и приобретение навыков», «использование нормативного языка и отход от жаргона» соответствуют установкам поведенческого подхода в групповой психотерапии (Кори Д., 2003). Таким образом, от классических образцов групповой психотерапии специализированная группа ТС отличается существенно более регламентированным и директивным стилем ведения группы и очевидным «креном» в сторону по-

веденческих подходов. Что, в целом, оправдано с учетом того обстоятельства, что терапевтические группы, функционирующие как ТС, как правило, открытые, и новички должны достаточно быстро усваивать главные принципы и общую идеологию ТС. Групповая динамика в данном случае подкрепляется вполне ощутимыми дивидендами – более зрелые члены ТС, восстановившие контроль над своим поведением, получают и большую степень свободы в рамках существующего режима и оговоренных привилегий.

Компонент семейной психотерапии

Данный компонент действует лишь в том случае, когда в режим деятельности ТС включаются специальные семейные встречи, в ходе которых происходит: адекватное информирование о типичных проблемах, возникающих при общении с зависимыми лицами (например, обсуждаются особенности созависимых отношений и поведения); по мере возможности осуществляется переориентация семейных отношений на более конструктивные, способствующие продвижению резидентов к освобождению от зависимости и профилактике рецидивов; осуществляется психологическая поддержка членов семьи; проводится обучение приемам самопомощи.

Основная роль в проведении таких специальных встреч ТС отводится старшим консультантам, имеющим позитивный опыт решения семейных проблем. Однако в обсуждении возникающих дискуссионных вопросов принимают участие и все члены ТС. Значение компонента семейной терапии повышается по мере продвижения резидентов от первой к третьей стадии реабилитационной программы.

Опосредованные стратегии ресурсно-ориентированной психотерапии

С позиции психогенетической теории личности Ю.В. Валентика (2002), основными ресурсными характеристиками личности резидентов соответствующих реабилитационных программ являются проработанные личностные статусы, которые в совокупности обеспечивают высокий адаптивный уровень саморегуляции и самоорганизации резидента, а также эффективный контроль над патологическими личностными статусами, обслуживающими феномен зависимости. В данной связи нельзя не отметить, что весь строй, общая идеология и содержание реабилитационных программ, основанных на принципах ТС, во-первых, нацелены на форсированное развитие нормативных личностных статусов у зависимых лиц в условиях адекватного терапевтического прессинга. А во-вторых, несмотря на то, что в рассматриваемой психогенетической теории личности и других теоретических построениях аналогичного плана прямо не говорится о необходимости форсированного развития особого личностного статуса – Я-ресурсного, мобилизованного на совладание с имеющимися проблемами (т.е. некоего сверхнормативного личностного статуса, актуализирующегося в периоды жизненных испытаний и кризисов), фактически идеология и практика ТС обеспечивают необходимые условия для ускоренного формирования именно этого сверхнормативного статуса, имеющего столь важное значение для самоорганизованного поведения субъекта в кризисных ситуациях.

Следующая группа креативно-пластических ресурсов имеет отношение к режимам активности внесознательных инстанций психического и актуализируется, по нашим наблюдениям, в момент перехода от базисных конфронтационных стратегий адаптации к синергетическим.

В данной связи необходимо отметить, что главный стержень идеологии ТС – действовать сообща, структура построения реабилитационной программы, в частности, тотальная практика групповой терапии, направленной на изменение метапозиции зависимых лиц – от общего конфронтационного полюса к синергетическому, ориентированы на формирование широкого и постоянного доступа к группе креативно-пластических ресурсов. В качестве доказательства эффективности такого стратегического подхода выступают установленные факты существенного возрастания объемов усвоения актуальной информации и успешного воспроизведения терапевтических установок в поведении новичков и младших резидентов непосредственно после появления отчетливых признаков переформирования базисных адаптационных стратегий.

1.2 Психотерапевтические компоненты программы «12 шагов»

1.2.1 Краткие исторические сведения, организационные и функциональные характеристики реабилитационной программы «12 шагов» следующие.

Наиболее распространенные названия, употребляемые в специальной и популярной литературе: «12 шагов», «Анонимные алкоголики (АА)», «Анонимные наркоманы (АН)».

Впервые 12-шаговая модель освобождения от алкогольной зависимости описана в книге В. Вилсона «Анонимные алкоголики», изданной в Нью-Йорке в 1937 г.

У истоков движения «12 шагов» стоят Вильям Грифт Вилсон (бывший алкоголик, биржевой маклер) и Роберт Халбрук Смит (бывший алкоголик, врач-хирург). Инициатива и основной вклад в развитие движения «12 шагов» принадлежит В. Вилсону.

Программа «12 шагов» реализуется в сети закрытых ассоциаций и клубов Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН), распространенных повсеместно (т.е. в каждом более или менее крупном городе Западной, Восточной Европы, бывших союзных республик СССР такие сообщества функционируют). Однако сведения о местонахождении АА и АН открыто не публикуются в силу принципа анонимности.

Клиенты программы «12 шагов» – лица, зависимые от алкоголя (АА) или наркотиков (АН), прошедшие курсы детоксикации, купирования острых абстинентных расстройств. В случае алкогольной зависимости это условие не обязательно. Достаточно появиться на первом собрании АА трезвым.

1.2.2 Функциональные и организационные характеристики 12-шаговых программ, специализированных на реабилитации больных алкоголизмом (АА) и наркоманией (АН) следующие.

Главным в идеологии сообщества АА и АН является признание алкоголизма и наркомании как болезни, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной жизни человека. Изменения на биологическом уровне считаются необратимыми и неизлечимыми, но все остальные аспекты проявлений заболевания, по мнению АА и АН, могут направленно корректироваться. «12 шагов» провозглашаются программой личностного выздоровления

и поддержания трезвого образа жизни, а «12 Традиций» – суммой норм функционирования самого сообщества в окружающем мире.

12 шагов

1) Мы признали свое бессилие перед алкоголем и наркотиками, признали, что мы потеряли контроль над собой.

2) Пришли к убеждению, что Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.

3) Приняли решение отдать нашу волю и нашу жизнь Богу так, как мы Его понимаем.

4) Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.

5) Признались перед Силой, более могущественной, чем мы, перед собой и каким-либо человеком в истинной природе наших заблуждений.

6) Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог, – так, как мы его понимаем, – избавил нас от всех наших недостатков.

7) Смиренно просили Его исправить наши недостатки.

8) Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и приготовились возместить причиненный нами ущерб.

9) Лично возместили ущерб всем этим людям, где это только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.

10) Продолжали самоанализ, и когда допускали ошибки, сразу признавали это.

11) Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, – так, как мы понимаем Его, – молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.

12) Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти Шаги, мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

12 традиций

1) Наше общее благо должно быть превыше всего - личное выздоровление зависит от единства АА и АН.

2) В делах нашей группы нет авторитета выше, чем любящий нас Бог, воспринимаемый нами в том виде, в котором Он может предстать в нашем групповом сознании. Наши руководители - всего лишь облеченные доверием исполнители, они нами не управляют.

3) Единственное условие для членства в АА и АН – это желание бросить пить и употреблять наркотики.

4) Каждая группа должна быть самостоятельной, кроме тех случаев, когда дело касается других групп или АА и АН в целом.

5) У каждой группы есть лишь одна главная цель – донести наши идеи до тех алкоголиков и наркоманов, которые все еще страдают.

6) Группе АА и АН никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АА и АН для использования какой-либо родственной организа-

ции или посторонней компании, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем не отвлекали нас от нашей главной цели.

7) Каждой группе АА и АН следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от помощи извне.

8) Сообщество Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако наши службы могут нанимать работников, обладающих определенной квалификацией.

9) Сообществу АА и АН никогда не следует обзаводиться жесткой системой управления; однако мы можем создавать службы или комитеты, непосредственно подчиненные тем, кого они обслуживают.

10) Сообщества АА и АН не придерживаются какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности, поэтому имя АА и АН не следует вовлекать в какие-либо общественные дискуссии.

11) Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде; мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах со средствами массовой информации.

12) Анонимность – духовная основа всех наших традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности.

Главная идея программы «12 шагов», как это следует из всего сказанного, заключается в том, что человек, у которого формировались алкогольная или наркотическая зависимость и который потерял контроль над своим поведением, все же может обойтись без ежедневного приема привычной дозы алкоголя или наркотика при наличии следующих обязательных условий:

- признания факта утраты контроля над своим поведением в отношении употребления алкоголя и наркотиков;

- признания факта того, что существует некая могущественная Сила (Бог – так, как мы его понимаем), которая, в случае установления с ней определенных отношений, прописанных в шагах 3, 5, 6, 7, 11, может даровать волю и силу для возврата здравомыслия (шаг 2), исправления недостатков (шаг 7), духовного пробуждения (шаг 12), – т.е. возврата контроля над своим поведением и возможности трудовой жизни;

- признания необходимости систематической работы: регулярного посещения собраний АА и АН; проработки основных программных документов «12 шагов», «12 традиций»; соблюдения правил и форм поведения, которые прописаны в основном руководстве по формированию и выполнению программы трезвой жизни – знаменитой «Синей книги» анонимных алкоголиков и наркоманов.

Наша интерпретация этих главных идеологических постулатов программы «12 шагов» заключается в том, что таким образом: 1) зависимые от алкоголя или наркотиков освобождаются от фрустрации, связанной с необходимостью решения непосильной для него задачи – а именно такой и представляется задача по восстановлению контроля над своим поведением и достижению полной и длительной абстиненции – и вместе с тем обретает надежду, что задача эта будет решена другими, более могущественными инстанциями, в реальность которых он, безусловно, верит (программа «12 шагов» имеет смысл лишь для верующих людей). При этом и

одно – факт бесполезности и бесперспективности своих собственных усилий, – и другое обстоятельство – доказательства могущественности Силы (Бога – так, как мы его понимаем) – подтверждаются «правдой жизни», т.е. многочисленными неудачными попытками самостоятельного решения проблемы алкогольной или наркотической зависимости в прошлом, а также реальными фактами того, что у членов АА и АН, «перепоручившим» глобальную проблему освобождения от зависимости Богу, почти всегда достает сил сохранить трезвость в течение дня. На большее они не претендуют. Таким образом, из антиресурсного состояния, связанного с ощущением фрустрации, безнадежности и отсутствия перспективы, большой алкоголизмом или наркоманией переходит в ресурсное состояние относительного спокойствия, появления отчетливой перспективы в отношении того, что его главная проблема имеет шансы на успешное решение, а те конкретные шаги, которые для этого нужно сделать, вполне ему по силам; 2) зависимые от алкоголя и наркотиков освобождаются от иллюзорной защиты, проявляющейся в том числе в феномене анозогнозии, – необходимости убеждать себя и окружающих в сохраняющейся способности контролировать свое поведение, связанное с приемом алкоголя и наркотиков. В такой защитной реакции, требующей много сил и энергии для подавления импульсов «неприятной правды», более нет необходимости. Конфронтация личностных статусов, обслуживающих феномен зависимости, и слабеющего нормативного личностного статуса, старающегося таким образом «сохранить лицо», т.е. иллюзию контроля над ситуацией, на этом исчерпана. Нормативная часть личности зависимого теперь может заниматься очевидно полезным и посильным делом, используя для этого освобождающуюся энергию, осваивать правила и принципы жизни в соответствии с идеологией «12 шагов»; 3) последующее продвижение зависимых от алкоголя и наркотиков в программе «12 шагов» происходит в двух очень важных направлениях. Первое направление связано с установлением качественно новых и существенно более тесных и конструктивных отношений с персонифицированными суперресурсными инстанциями психического (Сила, более могущественная, чем мы; Бог – как мы его понимаем), мета-программированием этих инстанций на установление действенного контроля и освобождения от зависимости, на содействие в достижении необходимых изменений – шаги 3, 5, 6, 7, 11. Второе важнейшее направление – развитие нормативных личностных статусов, достижение эмоциональной зрелости – реализуется за счет регулярных практик, предписанных 12-шаговой программой. Оба направления достаточно гармонично сочетаются. Притом что первое направление, как понятно из всего вышесказанного, существенно облегчает задачу развития нормативной зрелой личности. Таким образом, на каждом этапе 12-шаговой программы зависимые лица получают реальные психологические ресурсы, необходимые для успешной реализации следующих этапов. Эта, весьма важная особенность рассматриваемой реабилитационной модели, по-видимому, и объясняет ее реальную эффективность и популярность во многих регионах мира.

Основные инструменты, используемые в работе АА и АН, следующие:

- регулярное посещение собраний в течение всего периода восстановления;
- систематическое изучение и проработка содержания и основных контекстов программы «12 шагов», «12 традиций», главных лозунгов сообщества;

- активная работа с наставниками – людьми давно и успешно работающими в программах.

Посещение групповых собраний - неотъемлемая часть процесса работы по программе АА и АН. Основной лозунг сообщества – «90 дней – 90 собраний»: новичку предлагается в течение трёх месяцев ежедневно посещать группу. Эта рекомендация имеет глубокий смысл: именно этот начальный период воздержания наиболее опасен в плане возникновения и развития рецидива заболевания. В этот сложный период больные нуждаются в наиболее интенсивной помощи и поддержке на пути к восстановлению. Кроме того, регулярное общение с другими членами АА и АН на этом этапе реализации программы позволяет химически зависимому человеку лучше разобраться в основных её положениях, понять принципы, регулирующие деятельность сообщества, и главное – чем именно оно помогает больному в процессе реабилитации.

На занятиях человек в состоянии найти ответы на многие вопросы относительно тех проблем, которые возникают у него в общении с окружающими его людьми, имеет возможность научиться новым навыкам, опробовать новые стили поведения среди равных ему партнеров. Именно эти возможности дают чувство психологической комфортности и покоя. Слушая рассказы других участников группы, пациенты могут узнавать себя в других, видеть «со стороны» свои проблемы и использовать этот опыт для определения (идентификации) и оценки своих чувств и форм поведения. Группа может значительно облегчить процесс самоисследования, предоставить человеку необходимое внимание, участие и принятие в ходе раскрытия своей личности.

Программу «12 Шагов» можно разделить на два больших этапа.

Первый этап включает в себя Шаги с 1-го по 8-й. Их задача - обучение больного адекватному социальному взаимодействию с людьми, имеющими такие же, как у него проблемы, но ведущими трезвый образ жизни. Подобное обучение возможно лишь при неразрывном контакте с группой «Анонимных Алкоголиков», «Анонимных Наркоманов».

Второй этап охватывает Шаги с 9-го по 12-й. На этом этапе человек выносит знания и умения, полученные в группе, «вовне» – для налаживания и совершенствования функционирования в окружающем его социуме, среди людей, не страдающих химической зависимостью.

Эффективная реализация данных этапов связана с адекватной проработкой 12 традиций АА и АН.

На особое значение в этом плане традиций сообщества указывает в первую очередь само отношение к ним членов сообщества. В частности, они в любой момент могут высказывать свое мнение о проделанных шагах, говорить о личном опыте их прохождения, о своем собственном пути в программе – и это воспринимается другими резидентами совершенно спокойно. Но в случае попыток неадекватного толкования или изменения традиций сообщества большинство членов АА и АН жёстко встаёт на их защиту. Столь непоколебимая позиция присутствует у людей лишь тогда, когда возникает угроза их собственному существованию. Традиции, в первую очередь, отстаивают единство сообщества «Анонимных Алкоголиков» и «Анонимных Наркоманов» – как защиту и гарантию безопасности лично-

сти зависимого, нацеленного на процесс реабилитации. Кроме того, подобная организация работы сообщества не позволяет ему стать тоталитарной сектой.

Особое внимание следует уделить психотерапевтической роли лозунгов АА и АН. Они являются своеобразным спасательным кругом для «выздоровливающего» человека в новых трудных непредвиденных ситуациях. С их помощью больной имеет возможность достаточно уверенно функционировать в окружающей среде в тот период, когда необходимые новые, трезвые способы поведения находятся на этапе формирования. Лозунг – это своего рода клише, направляющее мысли и действия «выздоровливающего» на адекватное решение возникающих проблем, ранее преодолевавшихся лишь с помощью алкоголя.

Наиболее важным представляется лозунг «Живи одним днём», который соответствует такому понятию многих психотерапевтических школ, как принцип «Здесь и сейчас». Эта «формула» направлена на то, чтобы весь процесс восстановления проходил под знаком осознания действительности и сосредоточенности на настоящем. Конструктивное его использование позволяет больному не тратить энергию на переживание ошибок прошлого и беспокойство о будущем, а сосредоточиться на решении насущных, актуальных проблем. Кроме того, лозунги (девизы) АА и АН можно рассматривать как способ противодействия тем сценарным установкам, которые получены и закреплены зависимым в процессе искаженного личностного развития.

Таким образом, наиболее отчетливо в программе «12 шагов» проявляется компонент групповой психотерапии. Далее можно выделить компоненты мотивационной, когнитивной, поведенческой психотерапии, а также достаточно специфические стратегии ресурсно-ориентированной психотерапии.

Краткое описание психотерапевтических компонентов программы «12 шагов» следующее.

1.2.3 Компоненты групповой психотерапии

Многими исследователями отмечается факт того, что в практике собрания АА и АН присутствуют почти все терапевтические факторы групповой психотерапии:

1) Вселение надежды – закрепление веры в успешность восстановления по системе АА и АН и надежды на достижение благополучия. Эти психологические факторы уже сами по себе оказывают психотерапевтическое воздействие, тем более, если они подкреплены живыми примерами в виде успешных членов сообщества, имеющих большие сроки трезвости и достигших благополучного существования в окружающем социуме. Как правило, эти люди говорят новичкам: «Хочешь быть таким же, как я - ходи на группы, работай по программе, как я, и всё у тебя получится». Вера в успех - это очень важный фактор эффективности данной программы.

2) Универсальность переживаний. Многие алкоголики и наркоманы считают свои личные проблемы уникальными, но, приходя в группу, они узнают, что другие люди имеют похожие проблемы, также испытывают чувство неполноценности и межличностное отчуждение. Когда больной понимает, что он со своим несчастьем не уникален и не одинок, он оказывается в состоянии принять помощь от других людей - как внутри сообщества, так и вне его, что, несомненно, облегчает станов-

ление процесса реабилитации. Кроме того, некоторые больные, определив у себя какие-либо трудности, «приносят» их для проработки в группы, а в процессе общения с другими членами группы находят у себя ещё ряд проблем, мешающих восстановлению, но до прихода в группу «не определенных» и не осознававшихся.

3) Предоставление информации – это возможность и необходимость обмена членов групп АА и АН информацией относительно способов преодоления тех или иных проблем, существующих в жизни алкоголика или наркомана, так как трудности большинства больных имеют большое сходство. Могут быть общими также способы «продвижения» по программе, приемы работы по отдельным «шагам», «традициям» и «лозунгам», а также во многих других аспектах восстановления. Для подобного обмена информацией определяются темы для обсуждения на группах, которые либо выбираются большинством участников «встречи», либо планируются заранее.

4) Альтруизм – ощущение взаимной необходимости как старожилов АА и АН, так и новичков – оказывает эффективное терапевтическое действие. Не является секретом тот факт, что если в группу АА и АН не привлекаются новые, «свежие» алкоголики и наркоманы, то группа может быстро прекратить реальную активность, что, в свою очередь, может привести к учащению срывов даже у тех, кто имеет большие сроки трезвости. Поэтому альтруизм – это важный элемент взаимодействия членов АА и АН, без которого невозможно личное выздоровление.

5) Корректирующая рекапитуляция первичной семейной группы. Те отношения, которые складываются между участниками группы АА и АН, с течением времени начинают походить на такие же формы взаимодействия, которые человек использует в общении со своими близкими. То есть в группе больной начинает проявлять те же паттерны поведения, что и, например, в семье. Неконструктивные тенденции взаимодействия могут обнаружиться в том случае, когда химически зависимый человек испытывает излишнюю привязанность или проявляет агрессию по отношению к группе или отдельным её членам. По мере прохождения определенных этапов восстановления по программе и работы в группе, эти тенденции подвергаются групповой и индивидуальной рациональной и реалистичной оценке, что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов межличностному общению больного и окружающих его людей, как на собраниях групп, так и вне собраний.

6) Развитие навыков социализации. В процессе работы в группах АА и АН, во-первых, учится адекватно общаться с участниками группы. Человек, до прихода в группу с трудом выражавший свои мысли, в процессе группового общения учится говорить коротко, ясно, понятно, правильно расставлять смысловые акценты в своей речи. Важную роль здесь также играет необходимость соблюдения ритуалов представления самого больного и «проговаривание» (донесение) своих мыслей по теме, разбираемой на группе. Далее, несомненно важным моментом является переосмысление участниками АА и АН своих взаимоотношений с социальным окружением. Что достигается углубленной переработкой шагов 4, 6, 8, 9, 12, которые в совокупности направлены на установление конструктивных, доверительных отношений с социумом, возможных после признания и посильного возмещения причиненного ущерба.

7) Имитационное поведение. Некоторые больные, приходящие в сообщество, не имеют навыков трезвого поведения. Для начала им предлагается «копировать», то есть имитировать поведение успешно работающих по программе членов сообщества с целью получения конструктивного опыта трезвой жизни. Новичкам рекомендуется пользоваться лозунгами (девизами), «формулами» программы в качестве готового способа преодоления сложных или неожиданно возникших ситуаций, способных стать причиной срыва. Постепенно они аккумулируют опыт многих людей, посещающих АА и АН, по преодолению тех или иных трудностей, у них появляется масса образцов поведения. В дальнейшем больной оказывается в состоянии экспериментировать, самостоятельно используя весь имеющийся у себя арсенал проработанных на группах форм адекватного поведения в повседневной жизни.

8) Межличностное научение. В группах АА и АН каждый их участник исследует испытываемые им и другими участниками группы как положительные, так и отрицательные эмоции, апробирует новые формы (способы) поведения среди «трезвых алкоголиков и наркоманов», что в дальнейшем позволяет перенести ему многие из этих опробованных на группе действий и суждений на жизнь вне группы – для установления полноценных социальных связей с окружающими людьми.

9) Сплоченность группы способствует достижению успеха в процессе реабилитации в условиях группы, так как алкоголик и наркоман в одиночестве практически не в состоянии справиться со своим заболеванием и нуждается, таким образом, в помощи себе подобных. Отсутствие сплоченности приведет к распаду группы АА и АН и даже сообщества АА и АН в целом, вследствие чего значительно уменьшится терапевтический эффект даже в «выживших», но закрытых и «замкнутых на себя» группах. Сплоченность сообщества, как основной принцип существования АА и АН и «выздоровления» больных, оговорен в «12 Традициях» АА и АН, где основополагающей по этому поводу следует считать 1-ю традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА и АН».

10) Катарсис. Проработка в группах «неприемлемой» потребности в алкоголизации и наркотизации, сосредоточение внимания на ранее не вскрытых, не проанализированных эмоциях – таких, как чувство вины или враждебности, приводит к психологическому очищению, облегчению и освобождению, – это переживание испытывают многие члены АА и АН после окончания собраний. Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, проявляющуюся в усилении сплоченности группы (и сообщества АА и АН в целом) в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем, полном эмпатии окружении.

11) Экзистенциальные факторы. Так или иначе, в ходе групповой работы участники АА и АН обсуждают несущие смыслы бытия, проводят углубленный самоанализ, добиваются «духовного пробуждения» (шаг 12), что в совокупности формирует обновленную жизненную метапозицию бытия-в-мире, существенно более ресурсную, альтруистическую и ориентированную на воплощение основной идеи жизни, проработанной и сформулированной в ходе реализации прохождения этапов 12-шаговой программы.

Таким образом, терапевтические факторы и механизмы групповой психотерапии являются мощными стимулами к разрушению привычных способов самообмана, созданию новой самоидентификации и самосознания у пациентов-участников программ АА и АН, форсированному развитию нормативных личностных статусов, эмоциональной зрелости. В конечном итоге именно эти терапевтические достижения и обеспечивают устойчивость резидентов АА и АН к рецидивам употребления алкоголя и наркотиков. Все вышеприведенное позволяет говорить о том, что компонент групповой психотерапии является основным в программе «12 шагов».

Между тем даже и среди профессионалов наркологического, психотерапевтического профилей существует мнение о несовместимости основной идеологии реабилитационной программы «12 шагов» и классических принципов групповой психотерапии. Этот вопрос должен быть внимательно рассмотрен с целью, во-первых, устранить недоразумения, которые могут возникать при попытках совмещения практики классической групповой психотерапии с фрагментами программы «12 шагов» в рамках общей высокоструктурированной программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ (такое совмещение отнюдь не является редкостью при современных мультимодальных подходах). А во-вторых, для того, чтобы прояснить позиции расхождения двух главных реабилитационных принципов – ТС, которое в большей степени ориентировано на идеологию классической групповой психотерапии, и «12 шагов», где формирование и работа групп осуществляются со своими, достаточно специфическими особенностями. Адекватное уяснение врачами-наркологами, психотерапевтами, психологами, консультантами по зависимостям как общих позиций, так и моментов расхождения и возможности неконфронтационной терапевтической утилизации такого рода диссоциаций, вне всякого сомнения, будет способствовать расширению их профессиональных компетенций и, конечно, только благотворно отразиться на пациентах, получающих полипрагматичный и в то же время целостный реабилитационный опыт. К таким «недоразумениям» И. Ялом (2009), пожалуй, самый авторитетный специалист в области групповой психотерапии из ныне действующих, относит следующие:

1) Группы «12 шагов» отвергают психотерапию так же, как и медикаментозное лечение;

2) Группы «12 шагов» подталкивают к отказу от личной ответственности;

3) Группы «12 шагов» препятствуют проявлению сильного аффекта, что в соответствующем контексте является одним из мощных терапевтических факторов;

4) Классическая групповая психотерапия самодостаточна и может обходиться без насаждаемых принципов духовности и других «излишеств» 12-шаговой программы;

5) Классическая групповая психотерапия рассматривает отношения внутри группы анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов (т.е. отношения между опытными старшими членами группы и теми, кто делает первые шаги) как регрессивные и не способствующие личностному росту.

При этом сам И. Ялом считает, что есть как лучшие образцы проведения групп в программе «12 шагов», для которых все вышесказанное неадекватно, так и худшие примеры. Но такие примеры можно найти в любых психотерапевтических подходах, а не только в группах «12 шагов». Поэтому не следует выносить обоб-

щенные суждения о достоинствах и недостатках метода, основываясь только лишь на односторонних свидетельствах.

Существенное отличие мейнстрима групповой психотерапии (и, следовательно, идеологии ТС) от программы «12 шагов», по И. Ялому, заключается в том, что группы анонимных алкоголиков и наркоманов основаны на отношении их членов к «вышестоящей власти» (т.е. Силе, более могущественной, чем мы, Богу – как мы его понимаем), на подчинении ей и понимании самих себя по отношению к этой «высшей власти».

Таких отношений в мейнстриме групповой психотерапии не предусматривается. Залогом жизнеспособности и терапевтической динамики группы является взаимное общение, особенно в том, что происходит здесь и сейчас, перекрестная обратная связь.

По мнению И. Ялома, запрет на перекрестную обратную связь ни в коем случае не приводит к обезличиванию встречи на группах АА и АН. Участники таких групп чувствуют себя свободными, защищенными, и имеют возможность самораскрываться «до дна». Но поскольку у этих групп нет специально подготовленных ведущих, которые могли бы регулировать отношения «здесь и сейчас», быстро обрабатывать получаемую информацию, решение групп АА и АН избегать интенсивных межличностных контактов и конфронтаций представляется вполне разумным.

Далее И. Ялом предлагает вариант «вольного перевода» идей, заложенных в программе «12 шагов» на язык понятной классической групповой психотерапии, полагая, что с помощью такой конструкции ведущие групп могут использовать этот общий инструментарий, который покрывает оба подхода, и поддерживает мысль о том, что групповой терапевтический процесс и процесс реабилитации по программе «12 шагов» могут облегчить протекание друг друга (таблица 1).

Таблица 1

Сближение подходов групп «Двенадцать шагов» и межличностных терапевтических групп по И. Ялому (2009)

№ п/п	Группа «Двенадцать шагов»	Межличностная групповая психотерапия
1	Признать, что алкоголь и наркотики одержали над нами верх и наши жизни стали неуправляемы	Отказаться от претенциозности и контрзависимости. Начать формирование доверия групповому процессу и силе группы
2	Поверить, что некая Сила, более мощная, чем мы сами, может помочь нам вновь обрести рассудок	Самовосстановление через отношения и человеческие связи. Превращение «Высшей Власти» в источник успокоения, заботы и надежды, который может заменить пристрастие к алкоголю и наркотикам
3	Вверить нашу волю и наши жизни Богу – так, как мы Его понимаем	Обретение веры в терапевтическую процедуру и в добрую волю товарищей по группе
4	Заглянуть внутрь себя, чтобы изучить себя и провести бесстрашную моральную «инвентаризацию» самих себя	Самооткрытие. Поиск внутри себя. Узнать как можно больше о себе самом
5	Признать перед Богом, перед самими собой и перед другим человеком точную	Самораскрытие. Поделиться своим внутренним миром с другими — опыт, который не только наполняет вас стыдом и

	природу наших пороков	чувством вины, но и дает вам мечты и надежды
6	Быть совершенно готовым к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших пороков	Исследовать и высветить «здесь и сейчас» в условиях лечения все деструктивные межличностные поступки, которые вызывают рецидивы. Задача группы – помочь участникам найти внутри себя ресурсы для подготовки к действию
7	Покорно попросить Его избавить нас от наших недостатков	Признать межличностные чувства и поступки, которые мешают приносящим удовлетворение отношениям. Изменить их с помощью экспериментов с новым поведением. Требовать и принимать обратную связь, чтобы расширить свой межличностный репертуар. Хотя группа и предлагает возможность работать над твоими проблемами, ответственность за эту работу лежит на тебе
8	Составить список лиц, которым мы причинили вред, и быть готовыми искупить свою вину перед всеми	Идентифицировать межличностные травмы, за которые вы несете ответственность; научиться сочувствовать другим людям. Постараться оценить влияние ваших поступков на других и быть готовым исправить причиненный вами вред
9	Искупить свою вину перед этими людьми всюду, где это возможно, за исключением тех случаев, когда это причинит вред им или другим людям	Использовать группу как испытательный полигон для выявления и исправления своих ошибок. Начать работу девятого шага, искупив свою вину перед теми членами группы, которым вы мешали или которых обидели
10	Продолжить заниматься «личной инвентаризацией» и в тех случаях, когда мы были неправы, быстро признать свои ошибки	Усвоить процесс саморефлексии, принять на себя ответственность и самораскрытие. Сделать эти атрибуты частью вашего пребывания в группе и жизни вне ее
11	Искать с помощью молитв и медитации усовершенствования нашего сознательного контакта с Богом так, как мы понимаем Его, и молиться только о знании Его воли для нас и о том, чтобы у нас хватило сил ее реализовать	Никакого прямого психотерапевтического внимания, но терапевтическая группа может поддержать медитацию, успокаивающую сознание, и постижение духовного мира
12	Придя в результате этих шагов к духовному возрождению, постараться донести эти знания до других наркоманов и алкоголиков	Активно заботиться об окружающих, начиная с ваших товарищей по группе. Альтруистическое поведение заставит вас больше любить и уважать самих себя

Следующие терапевтические компоненты – мотивационный, когнитивный, поведенческий, ресурсно-ориентированный – также имеют свои специфические особенности.

Компоненты мотивационной и когнитивной психотерапии здесь являются продолжением друг друга. Если отвлечься от общего с ТС и, вне всякого сомнения, важного мотивационного фактора – характеристик ресурсного статуса старших резидентов, стимулирующих стартовый комплекс мотивирующих переживаний (...они выглядят уверенными, сильными – победителями, а были такие же, как я... Я этого хочу и у меня это тоже получится...), то спецификой формирования те-

рапевтической мотивации в программах «12 шагов» является позитивная реакция пациента на замену долгосрочных, явно нереальных и неподъемных для него целей по установлению эффективного контроля над своим поведением – на ограниченные во времени, краткосрочные и вполне достижимые цели. Т.е. в данном случае всплеск мотивационной активности зависимых от ПАВ является следствием замены неадекватной (с точки зрения идеологов 12-шаговой программы) когнитивной модели продвижения пациента от состояния болезни-зависимости к состоянию здоровья-освобождения от зависимости, к существенно более реалистичной и приемлемой когнитивной схеме такого продвижения.

Далее имеет значение механизм мотивационного релизинга (т.е. откладывания и прогнозирования процесса необходимых терапевтических изменений мотивационной сферы зависимых лиц во времени). С этой точки зрения все также выглядит предельно реалистично: «Сначала принеси свое тело, мозг придет потом» – так сформулирован один из основополагающих тезисов программы «12 шагов», который, по сути, утверждает известную истину в отношении того, что внутренние мотивационные установки меняются при повторении и усвоении соответствующих внешних форматов поведения. И что эти изменения происходят тем быстрее, чем более точно внешние требования соответствуют искомому внутреннему состоянию субъекта.

Собственно когнитивный психотерапевтический компонент в 12-шаговой программе является достаточно директивным терапевтическим стержнем, вокруг которого выстраиваются все прочие компоненты реабилитационной программы. Из классического содержания когнитивной психотерапии зависимых лиц здесь следует отметить главенство проработки когнитивной модели перехода от состояния болезни-зависимости к состоянию здоровья – освобождения от зависимости. На втором месте по значимости стоит работа с неадекватными психологическими защитами и сценариям, оправдывающими употребление алкоголя и наркотиков. Такого рода сценарии безжалостно развенчиваются; до пациента разными путями доводится простая и понятная для него мысль: «Все твои проблемы возникают в результате употребления алкоголя и наркотиков, а не наоборот; и поэтому тебе пора перестать морочить этим голову, в первую очередь, себе и своим близким; пришло время серьезно приниматься за дело освобождения от зависимости». В связи со всем сказанным, третий компонент когнитивной психотерапии – работа с конкретными проблемами пациента, не имеющими прямого отношения к зависимости, представлен наиболее слабо или вовсе не представлен. Что, в целом, оправдано фокусированием на главных (с точки зрения идеологов «12 шагов») целях.

Компонент поведенческой психотерапии. Данный компонент существенно менее выражен, чем в реабилитационных программах, построенных по модели ТС. Интенсивной терапии средой, проводимой в условиях 24-часового терапевтического прессинга, с необходимостью соблюдения жестких правил и возможностью эффективного контроля их выполнения, здесь, по определению, быть не может – программа «12 шагов» реализуется, в основном, в амбулаторных условиях. И, несмотря на сравнительно высокую интенсивность первых месяцев (90 дней – 90 собраний), за исключением времени проведения собраний, резиденты 12-шаговых программ предоставлены сами себе. Вместе с тем – четкие модели желательного пове-

дения, подкрепляемые «спонсорами» – опытными и успешными участниками терапевтического проекта, – и прорабатываемые при активном обсуждении главных традиций 12-шаговой программы, безусловно, оказывают позитивное терапевтическое влияние и формируют навыки совладающего поведения у зависимых лиц – участников АА и АН.

Компонент ресурсно-ориентированных психотерапевтических стратегий. Наша интерпретация общей идеологии реабилитационной программы «12 шагов» заключается в том, что основная специфика и реальная терапевтическая ценность данных программ связаны с продуманной пошаговой стратегией расширения доступа ко всем имеющимся группам психологических ресурсов у зависимого субъекта. И в первую очередь, к суперресурсам персонифицированных, в соответствии с личным мифом клиента, внесознательных инстанций. С последними, в результате последовательной реализации шагов 2, 3, 5, 6, 7, 11, устанавливаются особые отношения, которые можно охарактеризовать как отношения почти беспредельного доверия (Силе, более могущественной, чем мы, доверяется ни много, ни мало – жизнь зависимого субъекта и, далее, общие направления этой жизни, в соответствии Его – Бога волей) и конструктивного сотрудничества. Такого рода сотрудничество предполагает осуществление ритуала молитвы, который можно обозначить и как практику ресурсного доступа, углубляющую и расширяющую контакт с суперресурсными инстанциями психического («соприкосновение с Богом так, как мы понимаем Его – шаг 11). Параллельно, как это следует из содержания шагов 3, 6, 7, 11, осуществляется процесс метапрограммирования внесознательных инстанций на освобождение от того, что названо «недостатками» – это может быть и патологическое влечение к алкоголю или наркотику, неконтролируемые эмоциональные импульсы с агрессией и аутоагрессией, импульсивное поведение, т.е. все то, что весьма сложно или невозможно контролировать сознательными усилиями, – и на дарование силы для этого.

Специально следует отметить то обстоятельство, что общая идеология «12 шагов» прямо нацелена на замену конфронтационной метапозиции, обычной для зависимого субъекта, на синергетическую, ориентированную на сотрудничество и открытую к изменениям, что, по нашим данным, открывает доступ к группе креативно-пластических ресурсов. Об этом косвенно и прямо свидетельствует содержание шагов 7, 8, 9, 10. Лучшие образцы практики реализации двенадцатишаговой программы (автору этих строк удалось побывать на нескольких таких встречах) также демонстрируют атмосферу потрясающего братства и поддержки, ощущаемой почти на физическом уровне. В такой атмосфере растворяются все статусные различия участников группы. Так, на одном из собраний, проводимых в Восточной Европе, среди участников встречи АА были действующий министр правительства и безработный, но общий эмоциональный контекст и динамика работы группы были столь привлекательны и впечатляющи, что двое из приглашенных гостей попросили слова, признались в наличии у них проблем с алкоголем и были приняты в группу АА. В этих примерах особенно важной, задающей тон самоощущению и движению всей группы, виделась роль лидеров, которые, по нашему мнению, должны составлять позитивное ядро в количестве не менее 5-7 человек. Эти участники группы должны находиться в ресурсном статусе (т.е. в том неподдельном ги-

перпластическом состоянии, которое обеспечивается синергетической адаптационной стратегией внесознательных инстанций), особенно привлекательном для зависимых лиц, делающих первые шаги в сообществе. Если же этого не происходит, то группы сравнительно быстро регрессируют и распадаются. В связи со всем сказанным, мы считаем, что осмысленная синергетическая стратегия 12-шаговой программы, открывающая доступ к креативно-пластическим ресурсам участников профильных групп, является обязательным условием, обеспечивающим устойчивость развития АА и АН.

Специфика третьей стратегической линии «необъявленной» ресурсно-ориентированной психотерапии, реализуемой в программе «12 шагов», заключается в том, что личностный рост, обучение адаптивным навыкам, достижение эмоциональной зрелости и устойчивости к стрессовым воздействиям – т.е. все то, что можно обозначить как проработка и развитие нормативных личностных статусов – проводится не в таком форсированном режиме, как это предусмотрено в программах ТС. Другим существенным моментом является освобождение зависимого субъекта от «повышенных обязательств» и непосильной для него ответственности на первых этапах реализации программы. К этому стратегическому ходу можно относиться по-разному. Однако наблюдаемые нами факты свидетельствуют о том, что при правильно понятой и организованной терапевтической динамике, резиденты АА и АН последовательно возвращают себе те уровни ответственности, к которым они готовы на определенный момент по мере продвижения в программе.

На основании всего вышесказанного представляется логичным и обоснованным следующий вывод о сущностных различиях в стратегиях необъявленной ресурсно-ориентированной психотерапии, реализуемых в программах ТС и «12 шагов»:

- изначальный дефицит в личностных свойствах, обеспечивающих эффективную самоорганизацию, и соответствующих поведенческих навыках, формирующих приемлемый уровень адаптации зависимого субъекта в агрессивной среде, в условиях ТС компенсируется сверхактивностью особого режима терапевтического сообщества, который, с одной стороны, является необходимым внешним фактором, структурирующим время, активность и формы поведения зависимого субъекта. А с другой – является мощным стимулом к форсированному развитию тех самых личностных свойств и поведенческих навыков, которые на завершающем этапе прохождения программы ТС должны «перехватить» эту важнейшую функцию и вернуть резиденту возможность контроля над своим поведением, а значит, и личную свободу, которую теперь следует понимать именно в таком, терапевтическом контексте;

- аналогичный дефицит слагаемых эффективной самоорганизации у зависимого субъекта в 12-шаговых программах компенсируется за счет продуманного пошагового метапрограммирования суперресурсных инстанций психического, которые таким образом призваны выполнить функцию утраченного контроля и давать зависимому субъекту шанс на поэтапное и посильное для него развитие соответствующих личностных свойств и навыков эффективной самоорганизации. При этом следует иметь в виду, что реабилитационные программы, построенные по принципу «12 шагов», реализуются в основном в амбулаторных условиях, где возможность какого-либо внешнего группового контроля минимальна или вовсе от-

существует. Поэтому специально оформляемое в духе личного мифа клиента (участники программы «12 шагов» – это в основном верующие люди) делегирование функций внешнего контроля персонифицированным суперресурсным инстанциям – это, возможно, единственный выход для удержания больного в состоянии трезвости в первые и самые сложные для него дни, недели и месяцы вхождения в программу «12 шагов»;

- в данном контексте вопросы дифференцированного использования и экологически выверенного совмещения подходов ТС и «12 шагов» не представляют собой сложности. Так, например, фрагменты акцентированной ресурсно-ориентированной психотерапии с проработкой конструктивных вариантов сотрудничества с внесознательными инстанциями психического могут быть включены в программу противорецидивной и поддерживающей терапии резидентов, находящихся на третьем этапе ТС. Единственное, чего следует всеми силами избегать, – это механического, непродуманного совмещения двух обозначенных подходов в рамках одной и той же реабилитационной программы, реализуемых, к тому же, недостаточно подготовленными, конкурирующими и конфронтирующими сотрудниками соответствующих учреждений и центров.

2. Модель психотерапевтической помощи зависимым от ПАВ, основанная на организации психотерапевтического режима в профильных отделениях или центрах

2.1 Термин «психотерапевтический режим» в специальной литературе стал появляться в 60-70-х годах прошлого столетия в связи с организацией отделений, специализирующихся на лечении невротизированных пациентов и больных с пограничными расстройствами психики, в общесоматической сети и сети психиатрических учреждений системы здравоохранения.

В отечественной наркологической теории и практике данный термин стал употребляться с начала 90-х годов в связи со всплеском активности по внедрению реабилитационных и психотерапевтических технологий в систему наркологической помощи зависимым от ПАВ. При этом считалось, что психотерапевтический режим в наркологических отделениях и центрах – это синоним особой психотерапевтической среды, основное назначение которой – создавать такие внешние условия для больных, которые максимально способствуют изменениям образа его повседневной жизни в клинике и за ее пределами, воссоздают стиль поведения, подразумевающего вначале избегание, преодоление, а затем и исключение аддиктивного поведения (Даренский И.Д., Белокрылов И.В., 2001).

Понятие психотерапевтического режима следует дифференцировать от близких терминов «реабилитационной среды» и «терапии реабилитационной средой» (Дудко Т.Н., 2002) в первую очередь на тех основаниях, что последние термины употребимы в отношении всего уклада реабилитационных программ, в том числе низкоструктурированных и основанных лишь на 2-3-х видах занятости. В то время как термин «психотерапевтический режим» используется лишь в отношении специальных мероприятий, реализуемых в общем контексте высокоструктурированных реабилитационных программ, предусматривающих наличие компонента профессиональных психотерапевтических интервенций. Последний компонент являет-

ся основным терапевтическим стержнем данных программ, который необходимо подкреплять системой специальных мероприятий, в частности – особыми правилами реализации всех прочих терапевтических блоков программы. Что, собственно, и определяет функциональный смысл психотерапевтического режима в наркологических отделениях и центрах. В данной связи можно считать, что психотерапевтический режим восполняет дефицит идеологии, цементирующий и организующий весь строй таких подходов, как, например, ТС или «12 шагов». Нет никакой необходимости говорить о существенной роли такого рода построений, сводящих все усилия «разнокалиберного» персонала к некоему общему знаменателю, понятному для зависимого субъекта. Вопрос в том, являются ли психотерапевтические режимы заведомо более эффективными системообразующими факторами, чем организационные и идеологические концепты парапрофессиональных реабилитационных программ. Ответы на этот вопрос обычно зависят от степени профессионализма и общей подготовленности специалистов реабилитационной бригады, прочего персонала, занятого в реализации программы; общей и специальной компетентности руководителей соответствующих отделений и центров.

2.2 Функциональные и организационные характеристики психотерапевтического режима в профильных отделениях и центрах следующие.

Целью организации психотерапевтического режима является:

- формирование целостного терапевтического контекста, в рамках которого реализуется профессиональная, высокоструктурированная реабилитационная программа, понятного и приемлемого для зависимых лиц;
- формирование специальной, экологически выверенной информационной среды, способствующей максимально эффективному продвижению к главной цели – освобождению пациентов от химической зависимости.

Для достижения данных целей необходимо выполнение следующих предварительных условий:

- формирование и неукоснительное выполнение принципов и правил общего реабилитационного режима (контракт, правила дисциплины, санкции, поощрения, компетенции и многие другие позиции, представляющие организационный каркас реабилитационной программы, на основе которого только и может функционировать «надстройка» психотерапевтического режима);
- определение основного психотерапевтического компонента (направлений, модальностей профессиональной психотерапии, используемых в групповом и индивидуальном форматах) реабилитационной программы;
- подбор вспомогательных компонентов (консультативных, тренинговых, образовательных и других), которые потенциально способны усиливать основной психотерапевтический компонент;
- формирование целостной концепции реабилитационной программы, где ясно и доступно излагаются тезисы того, за счет каких именно механизмов, заложенных в терапевтической основе программы, резиденты будут иметь максимальные шансы на освобождение от зависимости; почему именно эти, а не другие механизмы и компоненты будут наиболее эффективно подвигать резидентов к искомому результату; какой глубокий смысл существует в том, чтобы неукоснительно со-

блюдовать правила терапевтического режима, временно замещающего функции утраченного ими контроля;

- подбор и обучение персонала, который по своим основным компетенциям должен соответствовать компонентам реабилитационной программы; обучение персонала смежным компетенциям и правилам реализации психотерапевтического режима в отделении (центре).

Собственно содержание психотерапевтического режима включает следующие позиции:

- 1) наличие обоснованной, целостной реабилитационной программы, включающей комплекс профессиональных психотерапевтических технологий, используемых как в групповых, так и в индивидуальных форматах – основной блок; а также комплекс других развивающих (коммуникативных, тренинговых, обучающих), информационных и социальных технологий, представляющих вспомогательный блок программы.

Назначение каждого компонента программы, общий алгоритм его реализации должны быть известны и понятны всем специалистам реабилитационной бригады и прочему персоналу, включая руководство отделения или центра, так или иначе контактирующему с пациентами.

Последнее обстоятельство, само собой разумеющееся в идеологии ТС (персонал в таких программах почти целиком подбирается из бывших резидентов, успешно завершивших полный реабилитационный курс и до тонкостей понимающих смысл, назначение и организационные нюансы каждого компонента), отнюдь не очевидно для персонала наркологического профиля, действующего в системе здравоохранения. Как правило, здесь имеет место обратная ситуация, в которой специалист реабилитационной бригады, неплохо зная свой участок работы, имеет лишь самые общие представления о деятельности смежных специалистов и не супервизирует все компоненты реабилитационного процесса. Исключение составляют лишь консультанты по зависимостям, которые также могут готовиться из бывших резидентов.

Такого рода ситуация, особенно в отсутствие целостной, основательно проработанной и должным образом оформленной (наличие общего документа и спецификаций, расписанных по основным компетенциям участников реабилитационной бригады) концепции реабилитационной программы, чревата часто возникающими диссонансами в терапевтических установках и рекомендациях, выдаваемых зависимым лицам при прохождении ими соответствующих терапевтических лент. Двойные сигналы, получаемые резидентом, подрывают веру в специалистов, вызывают когнитивный диссонанс, существенно снижают мотивацию на удержание в программе, что особенно дорого обходится на первых этапах прохождения МСР. И напротив, профессиональная сплоченность специалистов реабилитационной бригады, отработанное взаимодействие и наличие общих, соответствующих главному направлению реабилитационной программы, терапевтических установок, транслируемых резидентам МСР, однозначно способствуют терапевтическому прогрессу и успешной динамике ожидаемых изменений.

Задачи, решение которых способствует эффективной реализации первого компонента реабилитационного режима, следующие:

- организация процесса непрерывного профессионального образования для специалистов реабилитационной бригады таким образом, чтобы их компетенция в сфере смежных специальностей постоянно повышалась, появлялась возможность интервизорской и супервизорской практики по различным компонентам реабилитационной программы;

- прохождение сотрудниками специализированных отделений и центров квалифицированных тренингов по формированию профессиональной команды;

- включение в рабочий график отделения (центра) регулярных собраний реабилитационной бригады, где разбираются наиболее сложные рабочие моменты, анализируется терапевтическая динамика резидентов, вырабатывается общая стратегия по решению возникающих терапевтических и организационных проблем;

- регулярная проработка на собраниях персонала компонентов реабилитационной программы с обсуждением возможностей по их улучшению (такого рода обсуждения лучше устраивать после супервизорской оценки действующих компонентов МСР);

2) Наличие особого кодекса отношений между участниками реабилитационной бригады, прочими специалистами и персоналом отделения, которые можно охарактеризовать как со-дружество, со-трудничество, и которые являются образцом для резидентов программ МСР.

О терапевтической значимости перехода зависимого субъекта от конфронтационной метапозиции к синергетической, открытой к изменениям, уже многое сказано. В частности, отмечено, что индукция такого, с нашей точки зрения, крайне важного перехода сопровождается актуализацией абсолютно необходимых для последующей терапевтической динамики креативно-пластических ресурсов и существенным ростом активности резидентов программ МСР. Здесь мы хотели бы подчеркнуть лишь то обстоятельство, что важнейшим – по силе и длительности действия – внешним импульсом, индуцирующим переключение базисных адаптационных стратегий у зависимого субъекта, является наличие открытой, ресурсной метапозиции и соответствующего стиля общения у персонала отделения.

Эффективная реализация второго компонента психотерапевтического режима связана с необходимостью решения руководством отделения или центра следующих важных *задач*:

- первая задача, ориентированная на формирование устойчивого ресурсного состояния и метапозиции, открытой к конструктивным изменениям, у персонала центра, требует адекватной организации процесса дополнительного и непрерывного профессионального обучения. В ходе такой подготовки сотрудники центра – и особенно участники реабилитационной бригады – должны иметь возможность прохождения личной, ресурсно-ориентированной психотерапии, участия в процессах групповой психотерапии, тренингах личностного роста, тренингах управления психологическими ресурсами. В результате уровень психологического здоровья, устойчивости и готовности к адекватной профессиональной деятельности в непростых условиях реабилитационного наркологического центра или отделения должен существенно возрасти;

- вторая задача, ориентированная на профилактику эмоционального выгорания – достаточно часто встречающегося осложнения у специалистов наркологиче-

ского профиля – решается за счет выполнения правил профессиональной экологии. К таким правилам следует отнести: 1) наличие у каждого сотрудника центра проработанного профессионального маршрута, где подробно расписаны цели и ценности, связанные с профессией, пути их достижения и обретения, варианты продвижения по основной специальности и овладения смежными профессиями, четкий график дополнительного обучения (циклы тематического усовершенствования) на ближайшие 3 года, график непрерывной профессиональной подготовки (участие в семинарах, конференциях, тренингах, курсах личной и групповой психотерапии и др.); наличие такого разработанного профессионального маршрута дает дополнительное ощущение уверенности, перспективы и ресурсного экологического ритма – разумного чередования рабочих и восстановительных фаз, связанных, в то же время, с интенсивной профессиональной подготовкой; 2) наличие у каждого сотрудника четкого и согласованного рабочего графика, дающего возможность подготовки к пиковым нагрузкам; 3) организация и регулярное проведение специальных балнтовских групп, в ходе которых специалист, испытывающий сложности в работе с каким-либо конкретным пациентом или группой зависимых, может получить квалифицированную профессиональную рекомендацию, обратную связь и ресурсную поддержку от участников группы. Кроме того, такая практика неформальных разборов сложных случаев, сочетающихся с элементами групповой психотерапии, наилучшим образом способствует адекватной проработке и формированию личностного статуса «Я-профессионал» – являющегося весьма важной характеристикой устойчивого ресурсного состояния специалиста наркологического профиля – у всех участников группы;

- третья задача, ориентированная на профилактику профессиональных и межличностных конфликтов между сотрудниками центра, решается за счет включения в систему непрерывной профессиональной подготовки тренинговых программ по управлению конфликтами, специальных коммуникативных тренингов;

3) Наличие структурированных терапевтических отношений между персоналом и резидентами программ МСР, которые, по сути, сводятся к тому, что все участники МСР – зависимые лица, и персонал центра – представляют собой единую, открытую терапевтическую группу, где персоналу отводится роль «совокупного группового психотерапевта».

В данной связи все сотрудники, так или иначе контактирующие с пациентами, должны, во-первых, понимать всю важность таких особых, структурированных отношений для успешного продвижения резидентов МСР к заявленным целям, осознавать свою роль в общем процессе выстраивания терапевтических отношений, отчетливо представлять и воспроизводить поведение и способы коммуникации, из которых эти отношения складываются. Во-вторых, должна существовать коллективная договоренность о реализации этого важного пункта реабилитационной программы, который, конечно, не сводится только лишь к выполнению прописанных в трудовом договоре деонтологических правил. К такого рода неформальному договору, условиям и фактам по его выполнению, необходимо постоянно возвращаться на собраниях реабилитационной бригады.

Сотрудники реабилитационных наркологических отделений и центров должны научиться понимать и различать истинные мотивы намерений и поведения за-

висимых пациентов, многие из которых поступают на лечение лишь под давлением обстоятельств, без какой-либо мотивации даже и на сохранение трезвости в период вынужденного пребывания в наркологическом учреждении. Необходимо уметь противостоять явным или скрытым манипуляциям, прямым угрозам, провокациям конфликтов, шантажному поведению – т.е. всем тем атрибутам конфронтационной метапозиции (типичной для немотивированных либо слабо мотивированных пациентов, особенно в начальный период их пребывания в отделении или центре), привычно используемым зависимыми лицами для достижения своих, отнюдь не терапевтических целей, – без какого-либо ущерба для себя. Сотрудники профильных отделений и центров должны быть готовыми к постоянному тестированию на наличие «слабых мест», которое почти неизбежно в случае формирования негативно-го ядра из немотивированных пациентов или появления отрицательного лидера, манипулирующего поведением подчиненных ему зависимых лиц. Профессионально грамотное поведение персонала позволяет решать и эти непростые задачи с немалой пользой для основной группы зависимых, повышающих таким образом мотивацию на удержание в программах МСР.

Другим значимым аспектом структурированных терапевтических отношений являются навыки активного слушания, мотивационного информирования, экспресс-помощи, необходимость в которых может возникнуть в любой момент пребывания пациента в отделении или центре, и готовности персонала к оказанию такого рода помощи.

Реализация последнего компонента психотерапевтического режима в реабилитационном отделении или центре предполагает решение следующих задач:

- проведение, в структуре дополнительного обучения либо непрерывной профессиональной подготовки, квалифицированных тренингов по формированию навыков асертивного поведения, специальных тренингов по развитию коммуникативных навыков для всего персонала центра;

- проведение для сотрудников центра (в рамках тех же образовательных программ) подготовки по вопросам наркологического консультирования и экспресс-помощи в типичных ситуациях.

Таким образом, эффективная реализация психотерапевтического режима требует практически непрерывной и достаточно интенсивной подготовительной работы с персоналом реабилитационных отделений или центров. И только в этом случае можно рассчитывать на формирование адекватного психотерапевтического «прессинга», необходимого для достижения целей высокоструктурированной реабилитационной программы. А также на формирование особого рода информационного резонанса, многократно усиливающего эффекты структурированных психотерапевтических технологий, используемых в МСР.

3. Психотерапия как самостоятельный компонент высокоструктурированных реабилитационных программ

3.1 Основной тенденцией последних двух десятилетий в сфере лечения и реабилитации зависимых от ПАВ является факт того, что эмпирически найденные и стихийно сформированные формы медико-социальной помощи зависимым лицам все более замещаются профессиональной практикой с доказанной эффективно-

стью. К числу последних следует отнести и профессиональную психотерапию, делающую последовательные шаги к надежной идентификации границ эффективности методов, используемых в целях лечения и реабилитации зависимых лиц.

С нашей точки зрения, уже сегодня можно говорить об очевидных преимуществах профессиональной психотерапии перед другими стихийно сложившимися и общепризнанными профессиональными практиками, которые, в кратком перечне, сводятся к следующему:

- *экономичность* – современная психотерапия добивается значительных результатов за ограниченные временные периоды, существенно менее продолжительные, чем в случае использования других развивающих и помогающих практик. Данное обстоятельство имеет весьма важное значение, во-первых, для снижения порога доступа (зависимые лица гораздо легче соглашаются на сравнительно более кратковременные реабилитационные курсы с возможностью ускоренного перехода от стационарного к амбулаторному режиму), а во-вторых – в плане адекватного снижения стоимостных издержек по реализации программ МСР;

- *универсальность* – для современной психотерапии не существует каких-либо возрастных или иных ограничений в том объеме, в котором такие ограничения присутствуют в других развивающих или помогающих практиках;

- *возможность формирования высокой мотивации на достижение наиболее конструктивного результата* – подготовленные специалисты – психотерапевты виртуозно используют возможности групповой динамики, соответствующих терапевтических контекстов для повышения мотивации пациента на достижение искомого результата (что особенно важно в работе с зависимыми лицами), эффективно утилизируют препятствия к развитию такой мотивации, умеют переформировать желание результата в осознанную мотивацию к необходимым, поэтапным терапевтическим изменениям;

- *максимальная индивидуализация применяемых подходов* – данная позиция полностью соответствует принципам доказательно-эффективной терапии зависимых от ПАВ, сформированных NIDA; современная психотерапия стремится действовать в структуре личного мифа клиента, выстраивая индивидуальный проект терапии с учетом факторов приемлемости, особенностей культурного и семантического контекста;

- *стратегическая гибкость* – современная психотерапия может использовать и эффективно сочетать как универсальные стратегии (например, стратегии работы с универсальными мишенями в программах МСР), так и индивидуальные терапевтические стратегии, ориентированные на решение конкретных проблем и запросов, предъявляемых пациентами на этапах МСР;

- *предельное многообразие используемых ресурсов* – помимо разнообразных технологических ресурсов, накопленных современной психотерапией к сегодняшнему дню, речь идет о возможности использования уникальных гиперпластических ресурсов феномена так называемого «психотерапевтического пространства», ресурсов личности психотерапевта и прочих специфических для данной практики ресурсов, в существенно меньшей степени охватываемых другими развивающими и помогающими технологиями;

– *акцент на персонализацию* – современная психотерапия решает задачу адекватной социализации пациента за счет форсированного развития нормативных личностных свойств и статусов, достигаемого за счет использования специальных профессиональных методов, а не наоборот (для эмпирических и стихийно-организованных реабилитационных программ характерна обратная последовательность), что, в разумном сочетании с практикой социальной терапии, существенно сокращает сроки и повышает эффективность МСР зависимых лиц;

– *возможность постоянного контроля эффективности психотерапевтического процесса* – современная психотерапия располагает средствами экспресс-диагностики состояния клиента в любой момент его продвижения в программе и даже в ходе терапевтической сессии (клиническая оценка, экспериментально-психологическая диагностика, специальная компьютерная диагностика); кроме того существуют научные методы оценки эффективности используемых психотерапевтических методов в системе промежуточных и конечных индикаторов адаптации, социальной динамики и качества жизни;

– *устойчивость результата* – современная психотерапия, располагающая доказательной базой в отношении психологических свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости субъекта к повторному вовлечению в зависимость, и прямо нацеленная на форсированное развитие данных свойств, как никакая другая помогающая или развивающая практика, продвигает пациента к искомому результату – полноценному освобождению от химической зависимости.

В связи со всем сказанным, психотерапевтические технологии в профессиональных, высокоструктурированных программах МСР зависимых от ПАВ являются главным терапевтическим стержнем, вокруг которого выстраиваются прочие необходимые компоненты программы.

Как нами уже отмечалось, на сегодняшний день в общем поле профессиональной психотерапии не существует какого-либо общепризнанного направления или метода, который бы не был использован с целью профилактики или лечения зависимых от ПАВ.

Вместе с тем, практика медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ не равна наркологической практике в целом, и предъявляет гораздо более специфические требования к направлениям и методам профессиональной психотерапии.

Так, по нашим данным (всего проанализировано свыше 3000 тематических публикаций в сфере профессиональной психотерапии в наркологии) из общепризнанных направлений профессиональной психотерапии в структуре медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ существенно чаще используется когнитивно-поведенческое направление, реже – экзистенциально-гуманистическое, а психодинамическое направление, в своем классическом варианте – практически не используется. В то время как для практики индивидуальной психотерапии зависимых лиц такая ситуация не характерна. Этому есть свои объяснения (такие, например, как специфика контингента и организационных подходов, предполагающих такие характеристики профессиональных практик, как приемлемость для большинства резидентов – в силу группового формата их реализации – простота, доступность, эффективность и взаимосвязка с общими требованиями терапевтического режима, понятная как для резидентов, так и для персонала), которые не связаны с

личными предпочтениями специалистов – психотерапевтов наркологического профиля.

Из тех направлений психотерапии, которые в качестве таковых признаются не всем профессиональным сообществом, в программах МСР наиболее часто фигурируют направления групповой и семейной, а также интегративной и эклектической психотерапии.

Методы, наиболее часто используемые в структуре программ МСР следующие: мотивационная психотерапия (по В. Миллеру, С. Рольнику); когнитивная психотерапия А. Бека, А. Эллиса; поведенческая психотерапия; проблемно-ориентированная психотерапия Р. Фиша, П. Вацлавика; групповая психотерапия; семейная психотерапия с ее основными модификациями; психическая саморегуляция. Сравнительно более редко используются методы: психодрамы; телесно-ориентированной психотерапии; транзактного анализа; гештальт-терапии; арт-терапии; лого-терапии и экзистенциальной психотерапии; трансперсональной психотерапии; духовно-ориентированной психотерапии; этнопсихотерапии М. Гауснера.

Следует иметь в виду, что в первом блоке наиболее часто употребляемых методов, некоторые из них могут образовывать устойчивые пары и реализовываться в общих форматах, таких, например, как проблемно-ориентированная групповая психотерапия. В таких случаях можно говорить о том, что в общий формат базисного метода (групповой психотерапии) инкрустируются технологии вспомогательного метода. Что, в целом, только лишь усиливает общий терапевтический эффект.

На сегодняшний день пока еще нет надежных данных, позволяющих говорить о преимуществе каких-либо одних психотерапевтических методов, по степени их эффективности в программах МСР зависимых от ПАВ, над другими (единственным исключением здесь является когнитивно-поведенческая психотерапия). В тоже время многие исследователи и практики, анализируя базисные потребности зависимых от ПАВ, особенности построения современных профессиональных реабилитационных программ, предпочитают говорить о неких «обязательных» психотерапевтических методах, присутствие которых в структуре МСР обусловлено суммой известных знаний о динамике формирования химической зависимости, логикой и всем строем программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ. А также о «произвольной» программе психотерапевтических методов, включение которых в общую структуру МСР не является обязательным и обуславливается личными предпочтениями специалистов – психотерапевтов, действующих в составе реабилитационной бригады. Здесь также имеет место некоторый разброс мнений. Однако наиболее важным обстоятельством является согласие основного числа профессионалов в том, что, если не обязательными, то крайне желательными психотерапевтическими методами в структуре МСР зависимых лиц должны быть: мотивационная, когнитивно-поведенческая, групповая, проблемно-ориентированная, семейная психотерапия.

Ю.В. Валентик – признанный авторитет Российской наркологической науки и практики в сфере реабилитации и психотерапии – рекомендовал расширить этот список методами психической саморегуляции и экзистенциальной психотерапии (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002).

Наши собственные исследования позволяют рекомендовать метод стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ, как доказательно-эффективный и наиболее приспособленный к специфике и динамике терапевтических мишеней в программах МСР.

3.2 Общая методология выстраивания компонента психотерапевтических технологий в структуре медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ предусматривает опору на следующие ключевые моменты:

- точную идентификацию основных и вспомогательных мишеней психотерапевтических технологий;
- адекватную формулировку универсальных и специальных задач психотерапевтической практики;
- выведение универсального алгоритма и последовательности реализации рекомендуемых психотерапевтических методов;
- определение промежуточной и конечной эффективности используемых психотерапевтических технологий.

3.2.1 Основными психотерапевтическими мишенями в современных высоко структурированных реабилитационных программах являются следующие:

- мотивационная сфера зависимых лиц;
- патологическое влечение к приему ПАВ (без признаков тяжелой абстиненции);
- патологический личностный статус;
- деформированный семейный статус;
- дефицитарная или деформированная социализация;
- феномен созависимости у родных и близких.

Опосредованными психотерапевтическими мишенями (в работе с которыми психотерапевтическим технологиям отводится только вспомогательная роль) являются:

- патологический соматический статус;
- патологический психический статус (продуктивные и негативные психопатологические синдромы).

Профессиональная, высокоструктурированная программа отличается, прежде всего, тем, что существует возможность квантификации и оценки степени тяжести проявлений зависимости по профилю всех вышеперечисленных мишеней, определения первоочередных потребностей пациента и формирования, исходя из этого, адекватной терапевтической стратегии.

Далее, следует иметь в виду, что в работе с основным блоком мишеней психотерапевтические технологии могут являться главным, но не единственным лечебно-реабилитационным методом. Так, например, многие схемы купирования патологического влечения к употреблению ПАВ, включают прием атипичных нейролептических препаратов или антидепрессантов последнего поколения. Однако убедительных доводов, оформленных в духе доказательной практики, в пользу предпочтительности в этом случае психофармакотерапии, до настоящего времени не получено; работа с деформированной и дефицитарной социализацией предполагает включение компонентов социальной терапии (тематические тренинги, профессиональное обучение, юридическая помощь и др.); семейное психологическое кон-

сультирование используется в работе с деформированным семейным статусом зависимых лиц.

Таким образом, существуют объективные сложности «вычленения» чистых психотерапевтических эффектов. Тем не менее, нет никаких сомнений и в том, что грамотно подобранные и квалифицированно реализуемые психотерапевтические технологии вносят основной вклад в динамику снижения тяжести аддикции, оцениваемую по обозначенным квантифицированным мишеням.

3.2.2 Универсальные задачи психотерапевтического компонента в структуре МСР следующие.

Сквозной и наиболее важной универсальной задачей, решаемой в продолжение всего пребывания пациентов в программе МСР, является *форсированное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ и агрессивному влиянию среды*.

Специально следует отметить, что в результате только что завершившегося 10-летнего исследовательского проекта были надежно идентифицированы универсальные психологические факторы риска – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, включая химическую зависимость, разработан и апробирован универсальный алгоритм форсированного развития идентифицированных свойств психологического здоровья – устойчивости; разработаны и внедрены технологии компьютерной диагностики уровней устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в химическую зависимость в различных возрастных группах (Катков А.Л., 2012).

Таким образом, главная универсальная задача профессиональной психотерапии включает и основной индикатор эффективности психотерапевтического компонента в программах МСР, научно-обоснованный и измеряемый в соответствии с требованиями доказательной практики.

Следующей универсальной задачей, так же решаемой на всех этапах МСР, но имеющей совершенно особенное значение на 1-м этапе вхождения в реабилитационную программу, является формирование адекватных представлений у зависимых от ПАВ, их родных и близких: 1) о наркологической болезни, включая так называемую, неизбежную «лестницу потерь»; 2) о характеристиках здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость, представляемых в духе «обнадеживающей правды»; 3) о методах освобождения от зависимости и дистанции, которую необходимо преодолеть на пути от состояния болезни – зависимости к здоровью – освобождению от зависимости, понимаемого, в первую очередь как обретение устойчивости к повторному вовлечению в потребление алкоголя или наркотиков.

Конструктивный сценарий прохождения этапов МСР, сформированный при вхождении в программу и подкрепляемый на каждом этапе ее реализации, является главным фактором, профилактирующим преждевременный выход резидентов из программы, конфликты и нарушения реабилитационного режима. Реальный маршрут освобождения от зависимости, с прописанными промежуточными результатами, существенно повышает мотивацию пациента на достижение конечной цели и внушает веру в то, что это возможно. Таким образом развенчиваются скрытые или явные «пораженческие» сценарии – правила, которыми обычно перегружены зави-

симые лица и которые являются одним из главных препятствий на пути к освобождению от зависимости.

Третьей универсальной задачей, также решаемой на всех этапах МСР, является формирование конструктивной и устойчивой мотивации:

- на получение квалифицированной и долговременной помощи в связи с теми проблемами, которые появляются с формированием химической зависимости («лестница потерь»);

- на трезвость и выполнение правил реабилитационного режима в период пребывания в программе МСР;

- на достижение полной абстиненции, участие в программах противорецидивной и поддерживающей терапии; формирование высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость (т.е. на реальное освобождение от зависимости);

- на достижение конструктивных жизненных целей, воссозданных или заново сформированных в ходе прохождения реабилитационной программы.

Эффективная реализация третьей по порядку, но не по значению задачи (квалифицированная работа с мотивационной сферой зависимых лиц – мишенью № 1 в общем перечне ключевых сфер приложения психотерапевтических технологий – является абсолютным приоритетом на первых этапах программы МСР), представляется исключительно важной еще и потому, что такая стержневая интегративная характеристика самоорганизующей психологической активности субъекта, обозначаемая как «воля», у химически зависимых лиц страдает в наибольшей степени. И без форсированного развития и постоянного подкрепления мотивационного компонента данной интегративной функции, рассчитывать на какие-либо устойчивые результаты не приходится.

Таким образом, универсальные задачи психотерапевтического компонента в программах МСР определяют главные стратегические направления профессиональной психотерапии, ориентированные, во-первых, на достижение основного результата по освобождению резидентов от зависимости, форсированное развитие сущностных характеристик такого результата – свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость. А во-вторых, на создание наиболее оптимальных условий – форсированное развитие соответствующих когнитивных и мотивационных характеристик, – способствующих эффективному удержанию зависимых лиц в программе МСР и их продвижению к намеченным целям.

3.2.3 Наличие проработанных универсальных задач психотерапевтического компонента МСР дополняется общим алгоритмом, облегчающим понимание того, какие технологические шаги и в какой последовательности должны быть сделаны для их эффективного решения.

Так, Ю.В. Валентиком (2002) был предложен следующий алгоритм психотерапевтической активности, имеющей отношение к развитию идентифицированных свойств психологической устойчивости, и оформляемый в духе разработанной им психогенетической теории личности: установление контакта с нормативным личностным статусом пациента; растождествление нормативного и патологического личностных статусов; эскалация внутриличностного конфликта между норматив-

ным и патологическим личностными статусами; развитие нормативных статусов; подавление патологического личностного статуса и установление эффективного контроля над патологическим влечением к ПАВ.

Наши собственные исследования позволили установить, что идентификация и диссоциация обозначенных личностных статусов происходит существенно легче и быстрее в условиях терапевтической гиперпластики, манифестирующей вслед за «переключением» базисных адаптационных стратегий – от конфронтационных, связанных с сопротивлением, неконструктивными защитами и другими формами ригидности, к синергетической, направленной на достижение изменений. Было показано, что в условиях терапевтической гиперпластики существенно более быстрыми темпами достигается редукция патологического влечения к ПАВ. Далее, были расширены и уточнены характеристики понятия «нормативный личностный статус» – применительно к идентифицированным факторам психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. Итоговый алгоритм психотерапевтической активности на этапах МСР, с учетом всего сказанного, выглядит следующим образом:

- актуализация и закрепление синергетической адаптационной стратегии у пациентов, формирование терапевтической гиперпластики; редукция патологического влечения к ПАВ;

- идентификация и диссоциация основных личностных статусов – патологического и нормативного, – установление контакта (возможно, и заключение терапевтического контракта) с нормативным личностным статусом пациента;

- эскалация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностных статусов с позитивным подкреплением нормативных характеристик личности пациента;

- полноценное развитие свойств психологического здоровья-устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, с проработкой конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария, связанного с употреблением ПАВ, в ходе чего полностью дезавуируются внешне привлекательные аспекты суррогатного сценария;

- полноценная нейтрализация деструктивных сценарных планов с полной редукцией или установлением действенного контроля в сфере мотивации к их осуществлению;

- реализация позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, ассертивные способы реагирования, совладающие копинги) с агрессивной средой; полная редукция остаточных уровней мотивации к возврату привычных способов патологической адаптации, связанных с употреблением ПАВ.

Существенные особенности приведенного алгоритма терапевтической активности, на которые следует обратить внимание и которые, как было сказано, подкрепляются результатами репрезентативных исследований, следующие.

Это, безусловно, учитываемые факты того, что только при создании соответствующих терапевтических условий (в нашем варианте – терапевтической гиперпластики) возможно преодоление объективных трудностей в идентификации и диссоциации конфронтующих личностных статусов. При том, что эти необходи-

мые шаги в прежнем варианте должны были предприниматься в условиях часто актуального патологического влечения к ПАВ, успешно торпедирующего самоорганизующую активность пациента.

Это также учитываемое обстоятельство того, что успешно конфронтировать и одерживать победу в противостоянии имеет шансы отнюдь не дефицитарный и деформированный хронической интоксикацией, нормативный лик зависимого пациента. Лишь при форсированном и полноценном развитии свойств психологической устойчивости у резидента появляются шансы вначале на установление действенного контроля над своим поведением (до этого момента данную функцию выполняет механизм реабилитационного режима), а затем на полную элиминацию фрагментов патологического личностного статуса, включая сценарий повторного употребления ПАВ. Последний сценарий не растворяется и не уходит лишь под воздействием абстрактных аргументов о вреде употребления алкоголя или наркотиков. Но только лишь жесткая конфронтация адекватно сформированного и принятого уже состоятельным нормативным ядром личности, конструктивного жизненного сценария – с абсолютно реальными угрозами по отношению к этому сценарию, связанными с повторным употреблением алкоголя или наркотиков, будет способствовать искоренению мотивов к повторному употреблению ПАВ из всех осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов резидента МСР.

Последовательность реализации рекомендуемых обязательных методов психотерапии на этапах МСР, в связи со всем сказанным, следующая.

На первом этапе вхождения в программу МСР реализуются технологии мотивационной и когнитивно-поведенческой терапии, в основном в групповых, но также и в индивидуальных форматах. При этом на внешнем плане проводится работа с наиболее часто выносимыми проблемами эмоционального, психосоматического характера, актуализирующимся патологическим влечением, проблемами адаптации и др. На внутреннем, универсальном плане формируется мотивация на участие и удержание в программе, а также адекватный маршрут прохождения этапов МСР.

На втором этапе реализуются опосредованные технологии мотивационной психотерапии, классические методы когнитивной, поведенческой и групповой психотерапии. Последняя включает и вариант проблемно-ориентированной психотерапии, проводимой в групповом формате. При этом на внешнем плане психотерапевтических сессий проводится работа с проблемами межличностных, внутриличностных конфликтов, импульсивного поведения и др. На внутреннем, универсальном плане продолжается работа с мотивацией на удержание в программе, сохранение трезвости, формирование конструктивного жизненного сценария; работа по освобождению от деструктивных «пораженческих» сценариев; по форсированному развитию свойств психологической устойчивости.

На третьем этапе продолжают использоваться практически все психотерапевтические технологии второго этапа. Но, кроме того, включаются методы семейной психотерапии, психической саморегуляции, экзистенциальной психотерапии. На внешнем плане здесь, чаще всего, идет работа с ресурсными запросами, проблемами семейных отношений, формированием уверенного поведения в кризисных ситуациях. На внутреннем плане продолжается активная работа по форсированно-

му развитию свойств психологического здоровья-устойчивости, по активной элиминации компонентов патологического личностного статуса и деструктивного жизненного сценария из всех осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов; формируются навыки конструктивной социализации.

Реализация основных психотерапевтических методов в форме двухуровневых технологий, эффективных как в отношении достижения универсальных целей, так и в плане решения актуальных проблем зависимых от ПАВ, предполагает наличие специального макротехнологического, метатехнологического и структурно-технологического построения психотерапевтической коммуникации.

3.2.4 Определение промежуточной и конечной эффективности используемых в программе МСР психотерапевтических методов и технологий – вопрос существенно более сложный, чем аналогичная проблема в амбулаторной практике, где психотерапия может выступать в качестве единственного метода лечения.

Между тем, по каждой из дифференцированных мишеней психотерапевтического воздействия, квантифицируемых по тяжести проявления аддикции и измеряемых современными диагностическими инструментами (например, такими как ИТА – индекс тяжести аддикций), существует возможность вычленения сегментарного эффекта любой используемой технологии, в том числе психотерапевтической, при соблюдении правил прикладной статистики.

В настоящее время завершается апробация методологии комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ, с разработкой компьютерной версии, позволяющей прогнозировать конечную эффективность используемых технологий психотерапии с учетом дифференцированного анализа промежуточных индикаторов (Катков А.Л., 2010).

Разработана и внедрена компьютерная программа по определению уровней психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ в различных возрастных группах. С использованием данной программы может отслеживаться динамика основного индикатора эффективности психотерапии в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

Для резидентов высокоструктурированных, профессиональных программ МСР практически важным является факт того, что общий план психотерапевтического лечения должен быть составлен по принципу SMART. Т.е. соответствующие интервенции должны быть *специфичными* – сфокусированными на определенных целях и задачах, *измеряемыми* – в очевидных для пациента индикаторах прогресса; *реалистичными* в плане его возможностей и ресурсов; *определенными во времени*, которое необходимо для достижения планируемого результата. Это дает резидентам возможность проведения самостоятельной оценки степени достижения целей на конкретных этапах МСР и удовлетворенности результатом лечения.

Заключение

Эффективные программы медико-социальной реабилитации зависимых лиц – основное направление развития современной наркологии, осознавшей ограниченные возможности фармакотерапии. Главная цель МСР зависимых от ПАВ – форсированное развитие психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость. А основное средство достижения данной цели, вне всякого

сомнения, – «необъявленные» или профессионально реализуемые психотерапевтические компоненты и контексты профильных реабилитационных программ.

Анализ общих подходов, универсальной методологии и конкретных методов психотерапии, используемых в программах МСР зависимых от ПАВ, позволяют идентифицировать сущностные терапевтические механизмы реабилитационного процесса, повысить эффективность каждого применяемого психотерапевтического подхода или технологии.

Особое внимание следует обращать на подготовку (додипломную, последипломную, дополнительную, непрерывную) персонала, действующего в составе реабилитационных бригад, а также на дифференцированную оценку эффективности каждого терапевтического компонента реабилитационной программы. В этом случае возможна планомерная работа по повышению качества реабилитационного процесса.

Список использованных источников

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 Publishers, 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.