**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ**
**НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӘЛЕУМЕТТІК ПРОБЛЕМАЛАРЫНЫҢ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ**

**А.Л. Катков**

# Алғашқы - профилактикалық, алғашқы наркологиялық көмек және медициналық әлеуметтік сауықтандыру бағдарламасына «кіру» фазасында пайдаланылатын, стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған техникалары

Әдістемелік ұсыныстар

**Павлодар, 2012**

**Катков А.Л.**

**Алғашқы- профилактикалық, алғашқы наркологиялық көмек және медициналық әлеуметтік сауықтандыру бағдарламасына «кіру» фазасында пайдаланылатын, стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған техникалары: Әдістемелік ұсыныстар.** – Павлодар, 2012. – 48 б.

Әдістемелік ұсыныстарды м.ғ.д., проф. А.Л. Катков дайындады.

Ұсынылатын әдістемелік ұсыныстар наркологиялық бағдар мамандарына: психотерапевт-дәрігерлер, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер үшін арналған.

Әдістемелік ұсыныстарда алғашқы- профилактикалық және алғашқы бағдарлы көмек сияқты, наркологиялық көмектің аса маңызды кезеңдерінде, сондай- ақ ПБЗ-ға тәуелді медициналық әлеуметтік сауықтандыру бағдарламасына «кіру» фазасында пайдаланылатын, стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған техникасы егжей- тегжейлі сипатталады. Аталған жағдайда қауіп – қатер тобына және тәуелді тұлғалар тобына кіретін, тұлғалардың мотивациялық шеңбері сияқты нысанмен психотерапиялық жұмысқа ерекше көңіл бөлінеді, себебі басты нәтиже – қауіп – қатер деңгейінің төмендеуі, толық қанды емдеу мен тәуілділіктен азат ететін мүмкіндіктерді арттыратын, МӘС бағдарламаларына қатысу дәл осыған байланысты болады. Сондай- ақ ПБЗ-ға патологиялық әуестік, патологиялық психикалық статус (әдеттегі эмоционалды бұзылулар), патологиялық соматикалық статус сияқты басым нысаналармен жұмыстарға. Басты назар наркологиялық көмектің сәйкес кезеңдеріне қойылатын, әдеттегі мәселелер мен мүдделер үшін көптеген барабар терапиялық шешімдерді табуға мүмкіндік беретін, пайдаланылатын СПП-ның техникалық тәсілдеріне аударылады.

**Рецензенттер:**

Медицина ғылымдарының докторы Толстикова А.Ю.

Медицина ғылымдарының докторы, профессор Кудьярова Г.М.

Әдістемелік ұсыныстар Нашақорлықтың медициналық әлеуметтік проблемаларының Республикалық ғылыми-практикалық орталығының ғылыми кеңесінде қаралды (ғылыми кеңестің төрағасы – А.Т.Ескалиева, 2012 жылғы 17 қыркүйегіндегі № 268 хаттама).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық білім мен ғылым инновациялық технологиялар республикалық орталығымен келісілді және ұсынылды ("23" қазан 2012 жылғы № 10 хаттама).

## МАЗМҰНЫ

Кіріспе ……4

1. Наркологиялық көмек көрсетудің алғашқы кезеңдеріндегі стратегиялық полимодальды психотерапияның жалпы принциптері …… 5

2. Алғашқы профилактикалық наркологиялық көмек кезеңінде стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған техникалары ……6

3. Алғашқы наркологиялық көмек кезеңінде стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған техникалары.....……11

4. Медициналық әлеуметтік сауықтандыру бағдарламасына «кіру» фазасында пайдаланылатын, стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған техникалары …….16

Қорытынды……47

Пайдаланылған деректемелер тізімі ...……48

**Кіріспе**

Жетекші мамандар арқылы наркологиялық ғылым мен практика саласында наркологиялық көмектің алғашқы-профилактикалық және алғашқы сияқты, наркологиялық көмектің осындай кезеңдерінің басымдылығы сөзсіз танылады (Шабанов П.Д., 2002; Сидоров П.И., 2006; Наркология. Национальное руководство, 2008).

Наркологиялық көмек кезеңінде пайдаланылатын және оның тиімділігін қамтамасыз ететін, басты технологиялар мен тәсілдер, диагностикалық және психологиялық әлеуметтік болып табылады. Оның үстіне жоғарылатылған қауіп – қатер топтарында қысқа мерзімді психотерапиялық интервенциялар соңғы жылдары барған сайын, бағдарлы алғашқы профилактиканың барынша тиімді құралдарының бірі ретінде жиі танылуда (Кулаков С.А., 1996; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008; Хюльтен А., 2009; Доклад Международного Комитета по контролю над наркотиками за 2009 г. Первичная профилактика злоупотребления наркотиками, 2010). Сонымен бірге профилактикалық секторда пайдаланылатын, тиімді психотерапиялық көмектің технологиялары, жеткіліксіз жасалған, ал оларды қолдану барынша шектеулі (Катков А.Л., Макаров В.В., 2009).

Көптеген зерттеулердің мәліметтері бойынша, қазіргі заманғы наркологияның басты мәселелерінің бірі жасырын, есепке алынбаған аурудың болуы, соның нәтижесінде 75-тен 80%-ға дейінгі ПАВ- қа тәуілділер қандай да бір наркологиялық көмекті алмайды (Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., 2008; Катков А.Л., 2009; Киршанов В.В., Киршанов В.Н., 2009). Істің мұндай жағдайының себебі алғашқы наркологиялық көмек мәселелерінің түбегейлі қарастырылмауы болып табылады, атап айтқанда – наркологиялық қызметтің аталған белсенді кезеңін тиісті ұйымдастыру мәселелері. Бағдарлы көмектің аталған кезеңін ойластырып ұйымдастыру және мотивациялық наркологиялық кеңес беру мен психотерапия қызмет салаларына ендіру кезінде ПАВ- қа тәуелді қамтылатын контингенттің 10- нан 15%-ына дейін жыл сайынғы емдеудің және сауықтандырудың толыққанды бағдарламаларына ендіруді, МӘС-дің жүзеге асырылатын бағдарламаларының жалпы тиімділігін 10-12%-ға арттыруды қамтамасыз етуге қабілетті (Катков А.Л., Василенко И.В., 2005).

Наркологиялық көмектің қазіргі уақытқа дейін шешілмей жатқан мәселелерінің қатарына, сонымен қатар келесі фактіні кіргізуге болады, алғашқы апта ішінде (яғни, «кіру» кезеңі жалғасуы кезінде) сауықтандыру бағдарламаларын 70-тен 85% -ына дейін ПАВ-қа тәуелді емделушілер тастап кетеді (De Leon G., Schwartz S., 1984; Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

Жоғарыда аталған мәселелер көптеген жағдайда, біз жасаған, алғашқы наркологиялық көмек алушы және медициналық- әлеуметтік сауықтандыру (МӘС) бағдарламасына «кіру» фазасын өтуші, қауіп-қатер тобына кіретін және ПБЗ-ға тәуелді, тұлғалардың стратегиялық полимодальды психотерапия (СПП) нұсқаларын кең көлемді ендіру есебінен шешіледі.

Қазіргі әдістемелік ұсыныстарда наркологиялық көмек жүйесінде СПП-ның қажетті жалпы мәселелері қысқаша қарастырылады. Бағдарлы көмектің сәйкес кезеңдерінде және ПБЗ-ға тәуелділердің МӘС бағдарламалары

фазаларында СПП-ның құрылымдалған техникаларын сипаттауға ерекше назар аударылады.

**1. Наркологиялық көмек көрсетудің алғашқы кезеңдерінде стратегиялық полимодальды психотерапияны жүзеге асырудың жалпы принциптері**

Стратегиялық полимодальды психотерапия –2001-2010 жж. кезеңінде біз арқылы жасалған авторлық тәсіл, ол базистік терапиялық коммуникацияны ерекше макротехнологиялық, метатехнологиялық дайындауды, сондай- ақ ПБЗ-ға (когнитивтік, мінез- құлықты, ресурсты-хабардар, арт-терапия, психодрамалар, топтық терапия және т.б.) тәуелділерді емдеуде және сауықтандыруда пайдаланылатын, кәсіби психотерапияның негізгі әдістерін тиімді үйлестіру принциптерін қамтиды.

Алғашқы-профилактикалық, алғашқы наркологиялық көмек кезеңдерінде және ПБЗ-ға тәуелділердің МӘС бағдарламаларында «кіру» фазасында, психотерапиялық жұмыс жүргізілетін, негізгі нысаналары келесілер болып табылады: мотивациялық сала; ПАВ-қа патологиялық әуестік; патологиялық психикалық статус (әдеттегі эмоционалдық саладағы бұзылулар); патологиялық соматикалық статус (психовегетативтік синдромның әдеттегі постабстиненттік көрінісі).

Наркологиялық көмектің белгіленген кезеңдерінде жұмыс жүргізілетін, әдеттегі жете түсінілмейтін мәселелер, қалыптасушы немесе қалыптасып қойған, ПБЗ-ны қолдану (яғни реализации стратегии «бақытқа қысқа жол» стратегиясын жүзеге асыру) есебінен оны қанағаттандыру бағытына бағытталған ресурстық мүддемен және мінез- құлықпен байланысты.

Бағдарлы көмектің қарастырылатын кезеңдерінде жоғарылатылған қауіп-қатер тобына кіретін және ПБЗ-ға тәуелді және сәйкес психотерапиялық жұмыс жүргізілетін тұлғаларға қойылатын сұрақтар келесідей: 1) алғашқы-профилактикалық көмек кезеңінде: «көңілсіз», «қызық емес», «жақсы жаққа қарай тез өзгерістер болуын қалаймын» және т.б.; 2) алғашқы наркологиялық көмек кезеңінде: «маған көмек керек пе, білмеймін », «мен ауру емеспін, бірақ туыстарым мен жақындарым айтқандарына көндірді, сондықтан мен кенлдім …», «кейде ішімдікпен (немесе есірткімен) қиындық бар сияқты көрінеді, бірақ нақты – әлі шешкен жоқпын» және т.б.; 3) МӘС бағдарламасына «кіру» фазасында емханалық/стационарлық емдеу кезеңінде: «ПБЗ-ны қолдануға тұрақты немесе ауық- ауық ұмтылыс», «жаман көңіл- күй, көңіл- күй жоқ», «алпы өзін өзі нашар сезіну, дене жайсыздығы» және т.б.

Бұл жағдайда СПП технологиясын пайдаланумен наркологиялық көмектің барлық аттары аталған кезеңдерінде шешілетін, әмбебап терапиялық міндеттері, қауіп- қатер тобы тұлғаларында ПБЗ-ны қолдануға тұрақты жағымсыз себептерді, толыққанды ем алуға және ПБЗ-ға тәуелділерді МӘС бағдарламасында ұстап қалуға тұрақты дұрыс себепті форсирленген дамыту болып табылады.

Арнайы психотерапиялық міндеттер сәйкес тәсілдер мен СПП-ның құрылымдалған теникаларын пайдалану есебінен мәлімделген мәселелердің тиімді шешімімен байланысты.

Бұл жағдайда пайдаланылатын макротехнологиялық және метатехнологиялық тәсілдер, СПП- ның құрылымдалған псиотерапиялық теникаларын қолдану әсерлерінің қолдауын қамтамасыз ететін, гиперпластикалық кеңістікті қалыптастырады СПП (Катков А.Л., 2012).

**2. Алғашқы-профилактикалық наркологиялық көмек кезеңінде стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған теникалары**

Алғашқы-профилактикалық аддиктологиялық көмек кезеңінде негізгі псиотерапиялық нысаналар, аддиктологиялық бағдар бойынша жоғары қауіп-қатер аймағындағы тұлғалардың мотивациялық саласы мен дефицитарлық жеке тұлғалық статусы болып табылады. Мұнда басты проблемалық сала көп жағдайда субъектінің, психологиялық белсенді заттар мен деструктивті псиотехнологияларды жатқызатын, өте тез әрекет ететін патологиялық адаптогендерді қолдану мен табуға бағытталған, жете түсіну мүмкін емес ресурстық мұқтаждығы болып табылады. Осылайша, көрінетін байқалған нәрсенің бір түрінің фасадында аталған топ тұлғаларында келесілер болуы мүмкін: ПБЗ-ны тәуелділік белгілерінсіз қолдану; компьютерлік және басқа құмар ойындармен шектен тыс әуестілік (мұнда да ауыр тәуелділік белгілерінсіз); мөлшерден аса жоғары – күніне бірнеше сағаттан – компьютерлік уақытты арттыру; сектанттар және экстремистермен алғашқы байланыстар. Аталған топты компьютерлік бағдарлама көмегімен ПБЗ – ға және басқа да әлеуметтік құмарлықтарға тәуелділікке тартуға психологиялық денсаулық-тұрақтылығы деңгейін анықтау бойынша, аталған феноменді білдіретін, негізгі психологиялық қасиеттер параметрлері бойынша орташа және айқын тапшылық айқындалады. Бұл, шынында да, стратегиялық полимодальды психотерапия (СПП) жүргізуге көрсеткіштер болып табылады, ол үшін 14 жастан кіші жеткіншектер және балалармен жұмыс кезінде, ағымдағы заңға сәйкес рәсімделген, ата- аналарының жазбаша келісімін алу керек.

Стратегиялық полимодальды психотерапияның аталған кезеңдегі басты міндеті, тез әрекет ететін патологиялық адаптогендерге қарай ізденіс мінез-құлығының алғашқы белгілерінің редукциясы мен қауіп- қатерді төмендету болып табылады.

Тәуелділікке тартылуға жоғары қауіп- қатері бар, тұлғалармен СПП жүргізу әдістемесінің, өзіндік ерекшеліктері бар. Ол негізінен, қамтылатын контингенттің айтарлықтай бөлігі жоғары мектеп жасындағы балалар мен жеткіншектер, яғни психикасы толық жетілмеген тұлғалар болуымен байланысты. Осыдан белсенді терапиялық жұмысты екі бағытта: жан- жақты (психологиялық денсаулық-тұрақтылық қасиеттері мен күш-қуатын маңыздандыру) және маңызды (тәуелді мінез-құлықтан бас тартуға тұрақты себепті қалыптастыру; альтернативті өмірлік сценарийлерді анықтап алу және

бекіту; соңғыларды жүзеге асырумен байланысты, өзекті мәселелерді шешу) бағытта жүргізу қажеттілігі туады. Мұндай клиенттерде, әдетте, тәуелділіктің айқын зиянды салдарлары (мысалы, психикалық, соматикалық сәтсіздік, мектепте, отбасында қиын мәселелер, әлеуметтік аут және т.б. белгілері түрінде) болмауының мәні бар. Аталған мән- жай, бір жағынан, денсаулықты айтарлықтай айрылу мен әлеуметтік шығындарға алып келетін, психологиялық белсенді заттарды қолдану немесе компьютермен жоғары белсенді жұмысты жалғастырудың қажеті жоқ деген уәждемелерге «көнбеу», жете түсіну мүмкін еместігінен психотерапия үдерісін айтарлықтай қиындатады. Сонымен қатар жақсы жақтарды да атап кетуге болады – клиентті патологиялық бейімделудің әдеттегі тәсіліне алып келетін, басты негіз - патологиялық әуестіктің биологиялық механизмінің қалыптаспағандығы немесе толық қалыптаспағандығы. Барлық айтылғандармен байланысты, аталған контингентпен жүргізілетін, стратегиялық полимодальды психотерапияның басты стратегиясы, төтенше жағдайларда саналы таңдау жасауға ықпал ететін, жеке тұлға қасиеттерін маңыздандыру және «құрылысты бітіру» болып табылады; тәуелділік мінез-құлық практикасын жалғастырған жағдайда болмай қалмайтын зиянды салдарлардың көрінісін және «өмір сүруін» ашады; бір жағынан- дауды драмалық өткеру, позитивтік сценарий мен оның құндылықтары арасындағы терапиялық конфрантация, екінші жағынан – клиенттің психикасының ұғынылатын және ұғынылмайтын көкжиектерінен деструктивті сценарийді ары қарай дезактуализациялау және өшірумен, компьютерлік тәуелділікті дамыту сценариімен. Жолай, айтылып кеткендей, оқиғаның басты агенттерімен өзара әрекеттестік саласында конструктивті копингтер және ресурстық метапозицияны қалыптастыру мәселелері шешілуі тиіс.

Бағдарлы клиенттермен жүргізілетін, СПП-ның негізгі кезеңдері мен технологиялық блоктары келесідей.

Бірінші кезеңде сенім білдіретін байланыс орнатылады, терапиялық қатынастар қалыптасады. Стратегиялық полимодальды психотерапия метатехнологиясын пайдалану есебінен терапиялық коммуникацияның терең деңгейі өзектілікке айналады, клиенттің гиперпластикалық мінездемесінің толық жиынтығымен «психотерапия кеңістігі» қалыптасады.

Екінші кезеңде клиенттің жеке тұлғалық статустарының диссоциациясы жүргізіледі, ұзақ мерзімді нәтижелер мен мәселелерді мәнді шешуге бағытталған, клиенттің «күшті Мені» маңызданады және қуаттанады. Осы мақсатта полимодальды психотерапияның келесі құрылымдалған техникаларын пайдаланады, мысалы, «матрёшка» – клиенттің жүйелілікпен өзгеріп отыратын бейнелерімен бейнеклиптің сценариінің рөлдік ойнауы: 1) ата- анам мені көргілері келеді …, 2) мұғалім мені көргісі келеді …, 3) достарым мені көргілері келеді …, 4) компьютер мені көргісі келеді … (мұнда клиент бейнесін компьютерге приставка түрінде пайдалану мүмкін, яғни, тәуелді, басқарылатын адам ретінде), 5) ал шындығында мен… (мұнда өзіне сенімді болашаққа ұмтылған, өмірде өзіне не керек екенін білетін және өз мақсаттарына жете білетін адамның бейнесін қалыптастыру маңызды; бейне

жеткілікті түрде ашық, рельефті, есте қалатындай болуы керек). Аталған техниканы жүзеге асыру барысында клиент жүйелі түрде режиссёрдің, суфлёрдің, дублёрдің, басты актёрдің рөліне түседі. Осылайша, түрлі көзқарастардан өзінің бейнесі – міндеттелген көріністік рөлдерден айтарлықтай ерекшеленетін және тәуелділіктің қалыптасуына қарсы тұра алатын, ресурстық бейне қалыптасады. Аталған техниканың жалғасы күшті ресурстық Мен және оның әлсіз тәуелдісі арасында терапиялық конфрантация жақтарымен, жауапкершілік және бағыныштылық, құзыреттік салаларын анықтаумен диалогты ойнау болуы мүмкін. Алайда мұндай конфрантация тек клиент бұл бағытта оқиға өрістеуіне дайын болған жағдайда пайдалы. Қызығушылық жоқ болған жағдайда келесі кезеңге көшкен жөн.

Үшінші кезеңде конструкциялық өмірлік сценарий қалыптасады (маңызданады). Осы мақсатта клиентке өткеннен (мұнда клиентке балалық армандарын және болашақ туралы түсініктерін еске түсіру ұсынылады) болашаққа өзінің жеке өмір желісін салу ұсынылады, бұл болашақтың суретін салу – ол кім, неге қол еткізді, онымен бірге кім, осы қоршаған ортамен қандай қарым- қатынаста, не сезінеді, жеткен нәтиже үшін кімге алғыс айтқысы келеді. Бұл композицияны салу кезінде клиентті асықтырмау маңызды, оған болашақ рөлін сезінуге мүмкіндік беру, оның артықшылықтарын бағалау, жоспарланған статусқа жетуге ішкі себепті қалыптастыру маңызды. Ары қарай бірнеше рет өмір желісі бойынша саяхат жасау ұсынылады және асықпай, клиентке ыңғайлы қарқынмен оның пікірі бойынша, оны қалаған нәтижесіне жақындататын, оқиғалар туралы әңгімелеп беру ұсынылады. Терапевт бұл «саяхатта» ығыр қылмай клиентке ілесіп жүруі тиіс, «мен маған не болатынын, білмеймін ғой …» және т.б. сияқты мүмкін кедергілерді, «қазір бұл маңызды емес, сен тек әрекет етіп көр және не болатыны көр …», «кел қиялдайық, одан жаман болмайды, бұл сондай керемет – сенде көп уақыт болғанда, өзіңнің болашағың туралы қиялдау…» сөздермен жеңуге көмектесуі тиіс. Бұл жағдайда клиентте нәтижеге жетуге себептің артуымен бір мезгілде, жауапкершіліктің, жасқаншақтықтың старттық шамасы төмендейді. Осылайша, өмір желісін өту барысында шынайы оқиғаларды тізумен және аталған сценарийді жүзеге асыруға себептің артуымен дұрыс сценарий қалыптасады. Жаттығу келесімен аяқталады, клиентке бұл сценарийді жүзеге асыруға кедергі жасайтын, кедергілер туралы ойлау ұсынылады. Мысалы, ПБЗ-ны қолдану, компьютерлік ойындармен шектен тыс әуестену және т.б., шынайы өмірден барған сайын алыстау, құрдастарымен араласуда қиындықтар, өз- өзіне сенбеу, өзін бағаламау және т.б.. Клиент бұл кедергілерді өзі құрастыруы керек, ал терапевт – клиент арқылы, осында және қазір, осы мүмкін кедергілерге қатысты, нақты – тәуекелге бару мінез- құлқына қатысты қабылдануы мүмкін шешімдердің маңыздылығын көрсетуі тиіс. Әдетте, аталған тақырыпты талқылау кезінде клиентте химиялық немесе психологиялық тәуелділіктің мүмкін салдарлары туралы қосымша сұрақтар пайда болады. Немесе терапевт бұл мәселелерді ойын қызықты түрде талқылауға ығыр қылмай ұсыныс жасауы мүмкін. Бұл жағдайда клиентпен екі қосымша техникалар ойналады: «Жоғалту баспалдағы» деструктивті әлеуметтік құмарлыққа тартылудың барлық мүмкін

салдарларын көрсету, сондай- ақ «Екі магазин», иллюстрациялау арқылы ақиқат фактіні, шын мәнінде тәуекелді мінез- құлық үшін қаншалықты алысқа кеткен болса, соншалықты көп төлеу керек екенін және тек ақшамен ғана емес екнін көрсету. Сонымен бірге – шынайы өмірлік құндылықтарды сатып алуға болатын «басқа магазинде», мұндай сатып алулардың құны, әсіресе басында, жоғары болып көрінуі мүмкін (іс жүзінде араласу, оқу, құрдастарымен өзара әрекеттестік, спорт және т.б. үшін қажетті уақыт мағынасында). Бірақ ары қарай бұл жұмсалған уақыт клиентке көп нәрсені – табыс, маңызды өмірлік жоспарларды жүзеге асыру, өмірде аңсаған орынға жетуді алып келеді. Яғни бірінші «магазинде» клиентке зиян таза емес «сауда» жүргізіледі, ал екіншісінде – таза, клиент пайдасына.

Төртінші кезеңде клиентке тәуелділік мінез-құлықтан бас тартқанқан немесе керісінше қалыптасып келе жатқан тәуелділікті еркімен жіберген кездегі оның шешімі алып келуі мүмкін салдарларды сезінуге, әзірлік жасауға ұсыныс жасалады. Осы мақсатта «Жол торабындағы батыр» техникасы жүргізіледі. Клиентке екі мүмкін маршрутты белгілеу ұсынылады – тәуелділік мінез-құлықтан бас тарту сценариі, сондай- ақ – қалыптасып келе жатқан әуестікті еркімен жіберу сценариі. Мүмкіндігінше (егер клиент оң қолды-оңқай болған жағдайда), бірінші сценарийдің желісі оңға, бөлменің ашық бөлігіне бағытталуы тиіс, ал екінші желі – солға – бөлменің қараңғы бөлігіне. Терапевт аталған құрылымды ауызша емес еске түсірулер арқылы ынталандырады. Ары қарай орындықтардың көмегімен сәйкес сценарийлердің уақытша кезеңдері орналастырылады – 0,5 жыл, 1 жыл, 3 жыл, 5 жыл. Клиентке «Жол торабындағы батыр» ертегі сюжеті түсіндіріледі, тасты белгілейді (орындық), онда келесі жазу бар «солға барсаң – табасың…, оңға барсаң – табасың…». Бұл жағдайда солға жорық (ертегілерде және өмірде көп жағдайда осындай болады) күрделі ыңғайсыздықтарға алып келеді және көп жағдайда ертедегі батырлар осы бағытта өліп қалады деген сценарий жасырын пайдаланылады. Бірақ бұл жағдайда клиентке ешнәрсе қауіп төндірмейді, – бұл саяхатта ол осы уақыт сценарилерінен өту кезінде өзінің жеке физикалық, эмоционалды күйінің айырмашылығын анық сезіне алады. Ары қарай клиентке, өзіне ыңғайлы, сол кезектілікпен және сол қарқынмен, бұрын белгіленген- 0,5 жыл, 1 жыл, 3 жыл, 5 жыл уақыт кезеңдерінде қала отырып, таңдап алған бағытында қозғалуға ұсыныс жасайды. Бұл жағдайда клиентке егер ол қаласа, орындыққа отыруға - көзін жұмып, өзінің түйсінімдерін дауыстап айтып, талдауға ұсыныс жасалады. Мұндай әр аялдамадан кейін, клиент соңғы нүктеге – 5 жылға жеткенше саяхат жалғасады. Содан соң бастапқы нүктеге келу керек және саяхатты басқа бағытта жалғастыру керек. Әдетте белгіленген уақыт кезеңдері бойынша тіркелген күй айырмашылығы соңғы нүктеге жылжыған сайын артады, онда ол жоғарғы шегіне жетеді. Егер стратегиялық полимодальды психотерапия технологиясының алдыңғы кезеңдері дұрыс жүзеге асырылған жағдайда, тәуелділік мінез-құлықтан бас тартудың барынша ыңғайлы күйі сценарийдің соңғы нүктесінде белгіленеді. Бұл кез соңғы сценарийді бекіту және оның пайдасына шешім қабылдауға себепті арттыру

үшін пайдаланылады, бұны аталған техникалық блокты аяқтағанда, клиентке жасауға ұсыныс жасалады.

Бесінші кезеңде клиентке үшінші кезеңде құрастырылған «өмір желісіне» - оның кәсіби мансап, жеке өмір және басқаға қатысты барлық жоспарлары орындалған шың нүктесіне оралуға ұсыныс жасалады. Бұл жерде өмір желісін бойлай тағы бір рет өту және болашаққа жоспарланған, басты оқиғалар туралы айту артық болмайды. Сонымен бірге мұнда жеңу керек кедергілер де көрсетіледі (бұл учаскелерді орындықтармен белгілеуге болады). Бұл «пунктерді» орналастыру кезінде терапевт клиенттен бұл мәселелерді қалай дұрыс шешуге болар еді деп сұрайды, яғни мәселені болашақта шешуге сілтей отырып (бұл жағдайда жауапкершілік жүгі және шама шиеленісі алып тасталынады). Жолай алдыңғы кезеңде қабылданған, тәуелділік мінез-құлыққа қатысты шешімнің тұрақтылығы анықталынады. Шың нүктесіне және айтарлықтай табыстарға жеткен, адамға тән, ресурстық түйсінімдерді маңыздандыруге жеткен кезде, клиентке өткен жолды қарап шығуға және сәйкес кезеңдермен белгіленген, барлық сол мәселелерді қалай шешкенін есіне түсіруге ұсыныс жасалады (сол арқылы белгіленген мәселелердің шешімін өткенге жібере отырып). Ресурстық күйде бола отырып, клиент әдетте бұрын күрделі болып көрінген мәселелерді шешудің нұсқаларын оңай айта алады, «ал қазір бұның бәрі жоқ сияқты». Мұндай айту, бар қиындықтарды жеңу сценариі толық меңгерілгенін және соңғылар «қиындықтар» дәрежесінен, кейінге қалдырмай шешуге болатын, «әдеттегі өмірлік мән- жайлар» дәрежесіне өткенін көрсетеді.

Алтыншы кезеңде клиентке қазіргі және болашақ өмірдің бұл жаңарған алаңында (бұл жағдайда психотерапия сеансы өтіп жатқан, жұмыс бөлменің немесе тренингтік залдың барлық ауданы пайдалануы мүмкін) қазіргі кезде оған араласу керек болатын және болашақта қарым- қатынас жасауға тура келетін, барлық мәнді агенттерді тізіп шығуға ұсыныс жасайды – мен өзім, туыстарым, достар, бірге оқушылар, қызметтестер, басқалар, жалпы бүкіл әлем. Ары қарай «Ресурстық алаң» техникасы жүзеге асырылады. Оның мәні, клиентке көрнекі түрде көрсетеді, ал сосын ол өзі коммуникация және аталған агенттердің әр қайсысымен қарым-қатынас орнату нұсқаларын орындайды. Бұл жағдайда басты сабақ келесі болып табылады, адам, бүкіл әлем сияқты, жаман да жақсы да емес, – ол саған сен өзің өз агрессивті, конфронтациялық немесе керісінше, қалыпты және жайлы қатынас орнатуға бағытталған, тілектес әрекеттеріңмен және сигналдарыңмен маңыздандыратын жағымен бұрылады. Барлық басты кейіпкерлермен айнала қарым-қатынас жасау барысында клиент коммуникацияның жаңа тәсілдерін үйренеді және бірден кері байланыс - қатыстырылған қатысушылардан дұрыс куат алады. Аталған техникалық блокты аяқтар кезде терапевт клиенттің назарын, клиенттің қазіргі және болашақ өмірі бір үлкен ресурстық алаң екеніне, онда үлкен үйде сияқты жақсы және жайлы сезінуге болатынына аударады. Бұл жағдайда басты құпияны- әлем мен оны мекендеушілерді жарқын жағымен ашуға болатындай етуге болатыны туралы есте ұстау маңызды.

Жетінші кезеңде клиентке онымен болған өзгерістерді бағалау және өмір бойынша қозғалыстың бұрынғы тәсілі мен терапиялық сессия (немесе 2-3 сессия) барысында алған білімдері мен біліктіліктері арасында конфрантацияны тағы бір рет басынан өткізуі үшін, қазіргі кезең нүктесіне оралу ұсынылады. Осы мақсатта «Ресурстық бұрылыс» техникасы пайдаланылады. Оның бірінше бөлімінде клиентке, бұрын оны ішімдік немесе есірткінің әсері қызықтырған немесе компьютер экраны жарқырап, оны сол жаққа тартқан, орынға қарайлап, өмір желісі бойынша «тайсақтамау» ұсынылады. Бұл жағдайда клиенттің артқы жағына, ол үнемі сүрініп кететін, орындықтар тізіліп қойылады (психотерапевт клиенттің жарақат алып қалмауын қадағалайды). Тәуекел еткісі және жарақат алғысы келмейтін клиентте жайсыздық сезімі және керек болса агрессиясы үнемі күшейеді. Клиенттің жағымсыз күйініші шегіне жеткен кезде драмалық бейнемен бетін болашаққа бұрады (көрініс ашық терезе болғаны дұрыс), және терапевтің және үдеріске қатысушы басқа қатысушылардың дұрыс көмегімен клиент енді өмір желісімен бұрын неге осылай болмаған деп түсінбей, жеңіл және ыңғайлы қозғалады. Бұл жағдайда терапевт өткен, қозғалыстың қауіпті тәсілін жоққа шығаруды және конфронтацияны күшейтеді, оны тәуелді мінез- құлықпен үнемі салыстырып отырады. Нығайту формулалары келесідей: «Бірақ енді бұл өткенде … кедергі келтіргеннің бәрі, кетті және із- түссіз жоқ болып кетті … ары қарай қалай қозғалу керек екені, енді анық және түсінікті». Аталған техниканың аяғында клиентке тыныш режимде осы жолда, жақын арадағы айларға, барлық қажетті іс- шараларды жазып қою ұсынылады. Сондай- ақ оны өмірде керекті бағытқа жылжытатын, әр күннің ішінде ол маңызды істерді жасайтын, уақытты анықтауға.

Алғашқы-профилактикалық аддиктологиялық көмек кезеңінде стратегиялық полимодальды психотерапияның қанағаттанарлық нәтижесі, деструктивті әлеуметтік індеттерге тартылуға психологиялық қасиеттерді объективті бекіту дамуымен қатар жүретін, мінез-құлықтың қауіпті формаларынан табанды бас тарту болады.

Айта кету керек, жалпы нәтиже мағынасында барынша ұтымды нұсқа стратегиялық полимодальды психотерапияның ата-ана- бала қарым-қатынастары тренингімен (егер әңгіме бала және еткіншек туралы болса) немесе отбасы психотерапиясымен үйлесуі болып табылады.

### 3. Алғашқы наркологиялық көмек кезеңінде стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған техникалары

Алғашқы наркологиялық көмек кезеңінің басты міндеттері ПБЗ- ны қолданумен байланысты, зиянды азайту, сондай- ақ тәуелді тұлғаларды толыққанды емханалық және стационарлық ем қабылдауға итермелеу болып табылады.

Негізгі психотерапиялық нысана ретінде, осылайша, теріс пайдаланатын немесе тәуелді тұлғалардың уәждемелік саласы болады. Қосымша нысаналар ретінде – дефицитарлық немесе формасы өзгерген әлеуметтендіру, формасы өзгерген әлеуметтік статус. Осыған сәйкес, мұнда басты қиындықты салалар

патологиялық тәуелділікке тарту фактісін ұғынудың жоқтығы, кәсіби көмек алуға уәждеменің жоқтығы немесе тұрақсыздығы, тәуелділіктен азат болудың шынайы сценарийлерінің жетімсіздігі, «кездейсоқ» айығу нұсқаларын іздеу болып табылады. Сонымен қатар, әдетте отбасындағы және жақын әлеуметтік қоршаған ортадағы даулар байқалады.

Аталған кезеңде психотерапиялық жұмыстың басты қиындықтары «үстірт» (яғни әлеуметтік статуста, физикалық денсаулықта айтарлықтай жоғалту белгілерінсіз) сатысында тұрған, ішімдік пен есірткі қабылдауды бақылай алатынына және әдеттегі психологиялық белсенді заттар тек үйреншікті өмірдегі қиыншылықтарды жеңуге көмектесетініне сенімді тұлғалар контингентімен байланысты. Мұндай тұлғалар маманға тек туыстары мен жақындарының қысымымен, негізінен, үздіксіз «прессингпен» байланысты, ауыр жайсыздықтан құтылу үшін барады. Яғни, екі бәленің аздауы таңдап алынады – маманмен формальді сөйлесу .

Барлық айтылғандармен байланысты осы және басқа, қиындығы аздау және оппозициялық көңіл- күйдегі клиенттермен СПП технологиясында психотерапиялық жұмыс бірнеше кезеңде құрылады, олардың әрқайсысы кәсіби көмек алуға тұрақты уәждемені қалыптастыру бойынша қадам болып табылады. Жолай мұндай көмекті жасауға барабар сценарийлер де жасалады.

*Бірінші кезеңде* басты міндет клиенттің бастапқы акцентелген-конфронтациялық метапозициясын ынтымақтастыққа (зерделіден тыс сатылардың синергетикалық бейімделу стратегиясын маңыздандырумен байланысты) қайта жасау болып табылады. Осы мақсатта бірінші кезекте, клиент ПБЗ - ны шектен тыс қолдану фактілеріне қатысты маманның «прокурорлық» көзқарасын стереотипті күтумен – конфрантациялық шаблондармен шамадан тыс жүктелген, мән- жайға негізделген, шаблонды үзу технологиясы пайдаланылады; конструктивті емес қорғаныстармен – бұл мәселеде орын алатын, өз агрессивті («адвокаттық») көзқарасымен; ПБЗ- ға тәуелділік немесе шектен тыс қолдану мәселелерін ашық немесе жасырын стигматизациялау, ол көп жағдайда түсінбестен, наркологиялық бағдар маманына беріледі –психотерапевтпен бірінші байланыста мүлдем қарама-қарсыны көреді, естиді және сезінеді. Клиентті қажетті, конструкциялық жаққа бұратын, неғұрлым мәнді факторлар, клиенттің көзқарасына және айтқандарына құрметті көрсететін, ауызша емес сигналдар; оның жеке басына байыпты, шетін қызығушылық; сол тұрғыдағы қандай да бір бағалау пікір немесе ауызша емес сигналдар толықтай жоқ болған жағдайда оның сөйлеуінің кейбір тезистеріне ерекше көңіл бөлінген қызығушылық; болып жатқандардың қауіпсіздігін және толық құпиялылығын үнемі нығайту. ПБЗ-ны шектен тыс қолдануды мысалы, артық жеу немесе компьютерлік ойындармен әуестену (яғни мінез-құлықтың айтарлықтай аздау стигматизацияланған формасы ретінде) сияқты, қабылдауға қатысты қысқа бейтарап репликалардың болуы мүмкін.

Мұндай бірінші байланыстың табыстылығын дәлелдейтін, позитивті сигналдар, ширығудан босау, эмоционалды фонның өзгеруі – жасырын немесе

ашық арессиядан біршама тыныштыққа және болып жатқандарға қызығуға, сондай – ақ байланысты жалғастыруға ашық емес көрсетілген ниет болады.

Конфрантациялық метапозицияны психотерапевтпен ынтымақтасу және сенім білдіру қарым - қатынасын орнатуға өзгертудің барынша мәнді белгісі клиенттің ол өзі «ішінен» әңгіменің басында айтылғандай, оған ішімдік немесе есірткі қабылдауды бақылай алмайтын, мән- жайларға мазасызданатыны туралы фактіні спонтандық мойындауы болып табылады, және мазасыздық жағдайға дәлел болатын «алғашқы қоңыраулар» «соғылып қойылды». Мұндай мойындауды көмекке шақыру ретінде бағалауға болады.

Сәйкес сигналдар пайда болғаннан кейін (бірақ ерте емес) терапияның келесі кезеңіне өтуге болады.

*Екінші кезеңде* клиент барлық айқындылықпен кездесіп тұратын, шынайы қиындықты жағдайды – туыстары мен жақындары тарапынан тыйылмайтын қысымды – сыртқы және ішкі қысым (бұл кезеңді байланыстың алдыңғы сатысында клиенттің сәйкес сенім білдірген мойындау сөзі бар кезде айту керек) айтарлықтай азайып, оның орнына шынайы үміттендіретін келешектер пайда болатын, өзіне барынша жайлы жағдайға қайта қалыптастыру болып табылады. Яғни, клиент қабылдауға келген басты тезис: «Екі бәледен – аздауы» басқа тезиске: «Екі игіліктен – көптеуі» өзгертілуі тиіс. Бұл жағдайда аталған бағытта клиентті жылжытудың басты жағымсыз және оң ынталандыруы ретінде маңызды тұлғалар тарапынан «прессингтің» абсолюттік шынайы фактілерін және клиент пен терапевт арасында жаңа ғана пайда болған сенім білдіру қарым- қатынасын пайдалану керек.

Клиент бұл кезеңде пластикалық күйде болуы тиіс екендігін пайдаланып, диссоциацияның ресурстық техникасы және клиентті қиындықтар шеңберінен шығару жүргізіледі: осыған дейін клиенттің жақындарымен қарым-қатынастарына ерекше көңіл бөлген, терапевт, өткен тәжірибенің клиенттен сол төменгі жақ шетінде қағаздың парағын (онда ары қарай қарым- қатынастың проблемалық сызбасы сызылады) сала отырып, осы мәселеге оралуға ұсыныс жасайды. Сызбаны сызу және сәйкес түсініктеме кезінде барлық етістіктер өткен шақта қолданылады. Клиенттің назары туыстары мен жақындарының көзқарастарына ерекше аударылады, яғни шектен тыс қолдану мен тәуелділік мәселесі терапевт арқылы өзінің атынан емес, олардың аттарынан түсіндіріледі.

Талқылау барысында терапевт, ауызша емес сигналдарды пайдалану есебінен, оны өткенге жөнелте отырып, бір жағынан клиенттің доссоциациясын проблемалық жағдаймен барынша тереңдетеді. Ал басқа жағынан клиентті – қазіргі кездегі және болашаққа айналушы өзіне ресурстыққа біріктіреді. Осылайша клиенттің креативті – пластикалық ресурстарын маңыздандыруға қол жеткізіледі.

Ары қарай кезектілікпен СПП-ның үш техникалық блогы жүзеге асырылады: Дж. Каутель бойынша белсенді қиялды маңыздандырумен жүргізілетін, «Жоғалту баспалдағы», «алынған зат баспалдағы», «Жол торабындағы батыр», нақты жағдайда барынша орынды нұсқаларда. Бұл жағдайда ПБЗ-ны қолдануды жалғастыру кезінде болмай қалмайтын, «Жоғалту баспалдағын», өз туыстары мен жақындары атынан клиенттің өзі айтқаны

дұрыс – бұл психотерапевтің сұрақтарына оның жауабы болады: «Сіз қалай ойлайсыз, неге туыстарыңыз бен жақындарыңыз Сіз үшін мазасызданады?», «Бақылаусыз ішімдік пен есірткіні қолдануды жалғастырғандарды бақылай отырып, олар нақты ненің куәлары болды?» және басқа сұрақтар. Бұл жағдайда қауіпсіздіктің диссоциацияланған полюсіндегі клиентке, болмай қалмайтын моралдық, әлеуметтік, физиологиялық, материалды шығындардың, өмірді жоғалтуды қосқанда, барлық сатыларын айту және жүйелеу барынша жеңіл. Мұндағы айтарлықтай айырмашылық келесі болып табылады, бұрын барлық осы уәждемелерді клиент конфрантациялық, қорғаныс метапозициясында бола отырып қабылдады (қабылдамады деу дұрыс болады ), яғни ақпарат жақсы жағдайда еленбейді, ал жаман жағдайда- ашуын келтіреді, агрессия мен кері қызба реакция тудырады. Терапиялық жағдайда клиент, әдетте ешқандай қарсылықсыз, жоғалту баспалдағын сызып тастайды және ол бойынша Дж. Каутел бойынша белсенді қиялдау техникасында саяхаттайды. Осылайша, келесі техникалық блокта - «Жол торабындағы батырда» - өткенге ашық емес жөнелтуші, клиенттің қозғалысының бір бағыты қалыптасады.

Қажетті іркілістен кейін психотерапевт ерекше көңіл аударылған ишарамен сызылған сызбаны таза жаққа (бәрін басынан бастауға ұсыныс символы) аударады, өткеннің алаңын жаба отырып, клиенттен сол жақ бұрышқа орналастырылады. Клиентті болашақ алаңына бұра отырып (бағытталған иашара, көзқарас және т.б. тәсілдерді пайдалана отырып), терапевт «қойлар» (яғни оның денсаулығы мен өмірі үшін қауіптенетін жақындары мен ол үшін маңызды адамдар) – тоқ, ал «қасқыр» (яғни оның өзі, олардың қамқорлығынан агрессивті түрде бас тартушы) жоқ дегенде аман, ал көп дегенде, өзі үшін пайдалы, дағдарысты жағдайларды меңгере алатын жаңа дағдыларға ие болатын жағдайды айтуға ұсыныс жасайды. Сәйкес позитивті бекітулер кезінде (ишара, дауыс, белгілі бір эмоционалды реакциялармен жұмыс) қажетті баламалар әдетте табылады. Ал белсенді қиялдау техникасындағы тұрушы, «алынған зат баспалдағы» жеткілікті түрде тез қалыптасады.

Келесі іркілістен кейін (оның барысында психотерапевт алақандарында бір немесе келесі сценарийді өлшеп отырған сияқты, «тірі таразыға» айнала алады: мұнда позитивті сигнал клиентті осы әрекетке қосу болады) клиентке таға да бір рет, енді жол айрығында тұрған, адам көзқарасымен, әр бағыттың артықшылықтары мен шығындарын бағалауға ұсыныс жасалады. Бұл жағдайда да, алдыңғы кезеңдердегідей психотерапевт тарапынан шешім қабылдау үдерісін тездетуге қысым немесе талпыныс болмауы керек. Керісінше, клиент тарапынан қандай да бір шегіну пайда болған жағдайда, терапевт, бұл біріншіден, тек мүмкін альтернативалардың бағалауы ғана екенін растауы тиіс. Шешім, клиент оған дайын болған уақытта қабылдануы мүмкін. Келешек – бірі және екіншісі – анықталды, осы да жеткілікті. Онда қажеттілік пайда болған кезде – бұл мәселеге оралуға болады (осылайша клиенттің қауіпсіздігі тағы да дәлелденеді және терапиялық жұмысты жалғастыруға қажеттілікті маңыздандыру сценариі қаланады). Көп жағдайда бұл, бірінші кездесуде қол жеткізуге болатын жалғыз нәрсе.

Егер сессия полимодальдық мотивациялық психотерапияның екінші кезеңімен аяқталатын болса, онда келесі кездесудің мүмкіндігі 60% шегінде өзгеретін болады. Оны жалпы, оң нәтиже деп бағалауға болады. Егер клиент енді жаңа жолмен жүретіні туралы нақты немесе жайлап ниет білдірген жағдайда, терапиялық сессияның келесі кезеңіне өтуге болады.

*Үшінші кезеңде* СПП-ның басты пайдаланатын технологиясы, тәуелділіктен азат болудың барабар сценарийін бір мезгілде құрумен уәждемелік ақпаратттандыру болып табылады. Аталған технологияның өзекті желісі – үміттендіруші шындық, оны клиентке осы кезге дейін онда бар конструктивті уәждемені жоғалтатындай емес, күшейтетіндей етіп жеткізу керек. Шындық келесідей, шешім мен тәуелділіктен шынайы азат болудың арасындағы арақашықтық айтарлықтай ұзақ болуы және клиенттен көп күш салуды талап етуі мүмкін. Сонымен қатар бұл арақашықтық әр қайсысының анық және түсінікті мақсаттары бар нақты қадамдардан тұрады. Және клиенттің күші әр өтілген учаскеден кейін тек қана артуы мүмкін. Бірақ, сонымен қатар, есте ұстау керек, бұл олдағы басты кедергілер – бұл, бірінші кезекте: қоғамдық остракизмнен қорқыныш («менің ішкіш немесе нашақор екенімді біліп қояды, сосын мен бас көтере алмай қаламын»), наркологиялық мекемеге есепке қоюдан қорқыныш («одан енді тазалану мүмкін емес»), құқықтарында жеңілуден қорқыныш («жұмысқа қабылдамайды немесе қуып жібереді, жүргізуші немесе ата- ана құқығынан айырады» және т.б.); бағдарлы көмек көрсету шарттарының жарамсыздығы, тар ассортимент және қызмет көрсету сапасының төмендігі. ПБЗ-ны қолдануда үлкен тәжірибесі бар және өткенде емделудің табыссыз талпынысы бар тұлғаларда тағы бір кедергі «жеңілуші сценарийлердің» («бәрі пайдасыз- мен байқап көрдім, мен білемін») шамадан тыс болуы болып табылады.

Айтылғандардың барлығын ескере отырып клиентке біріншіден, ойша (сыннан өткізілген белсенді қиял технологиясын пайдаланумен) ол өзін толықтай сау және тәуелділіктен азат етілген күйде сезінетін, шекке ауысуға ұсыныс жасалады. Бұл шекте, психотерапевтің ығыр қылмайтын, еске түсіру-сұрақтары арқылы, шынында да өзі мінез- құлқын бақылауға және кедергісіз ең басты өмірлік мақсаттарға жетуге мүмкіндік алатын, күйдің нақты сипаттамалары тізіледі. Ары қарай клиенттен қазіргі уақыт нүктесінен осы белгіленген шекке дейін өлшеу және оны шартты түрде терапиялық сессия өтіп жатқан, бөлменің кеңістігінде белгілеу сұралады. Осылайша салынған арақашықтық бойынша жүру, клиентке маңызды болатын, нақты қадамдарды бірге талқылау есебінен жүзеге асырылады. Терапевт бұл жағдайда клиенттің назарын қозғалыстың басында белгіленген кезеңдеріне сәйкес жағдай өзгеретініне – клиенттің алдына көлденең немесе бір-біріне үйілген желіге тізілген проблемалардың жалпы майданының орнына, енді әр кез ол өз күшіне сенімділігін арттыра отырып, тек нақты және «көтеретін» міндетті шешетініне аударады.

Аталған жолдың түрлі кезеңдерінде клиентке берілетін, кәсіби көмектің қауіпсіздігін, қол жетімділігін және жоғары сапасын қамтамасыз ету мәселелерін арнайы талқылау керек. Басқалардың қатарында отбасы жағдайын

жақсарту мүмкіндігін талқылаған жөн, мысалы, мамандандырылған отбасылық психотерапияны жүргізу есебінен, сондай- ақ әлеуметтік мәселелерді кезең бойынша шешу арқылы. Аталған талқылаудың аяғында клиентке тағы да ізделіп отырған ақырғы нәтижеге дейін өлшеу және оны алғашқы нұсқамен салыстыру ұсынылады. Әдетте бұл жаңа арақашықтық айтарлықтай қысқа болып шығады. Психотерапевт клиенттің назарын аталған есте қаларлық фактіге аударады және оны түсіндіріп беруге ұсыныс жасайды. Мұндай түсіндіріп берудің қорытынды нұсқасы келесідей, шындығында клиентпен не болып жатқанын анықтаумен, ішімдік, есірткі қолдану саласында проблемаларды және басқа да маңызды проблемаларды шешу бойынша ойластырылған, түсінікті жоспарланған қадамдардың пайда болуымен, әсіресе осы арақашықтық бойынша қозғалыстың басталуымен – уақыт оған қарсы емес, енді клиентке жұмыс істейді, ізделінген нәтиже жақындайды, алшақтамайды.

Үшінші кезеңді және терапиялық сессияны бүтіндей бекіту бойынша позитивті сигнал терапиялық бағдарламаларға қатысудың нақты нұсқаларын талқылау бойынша клиенттің өтініші болып табылады.

Жақсы нәтиже деп келесі кездесу болуының 70% көрсеткішіне жету есептелінеді.

Ескере кететін жәйт, СПП- ның барлық кезеңдерінен өту үшін бір емес, бірнеше терапиялық сессия қажет болуы мүмкін.

Алғашқы наркологиялық көмек кезеңінде жүргізілетін, СПП тиімділігінің аралық индикаторын өлшеудің басқа тәсілі, URICA арнайы сауалнамасы көмегімен Д. Прохазки және К. ДиКлементе үлгісі бойынша мінез- құлықтың өзгеру сатысының динамикасын анықтау болып табылады.

**4. Медициналық- әлеуметтік сауықтандыру бағдарламасына «кіру» фазасында пайдаланылатын, стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдалған техникалары**

Емханалық және стационарлық сауықтандыру кезеңінде, ПБЗ- ға тұрақты және ауық- ауық әуестік сияқты, айтарлықтай жиі кезедесетін тілектермен жұмыста келесілер пайдаланылады:

1) Келесілерді қарастыратын, мінез- құлық компонентіне ерекше назар аударумен техникалар: патологиялық әуестікті (орталық, перифериялық, арнайы, ассоциацияланған және т.б.) асқындырып жіберетін немесе маңыздандыратын, триггерлерді сәйкестендіру; патологиялық әуестікті жіберудің сәйкестендіру механизмін тиімді жауып тастайтын, топтық терапевт үлгісінде әрекет ететін – копингтік жұп деп аталатын, терапиялық үдерістің барлық қатысушыларын әрекеттік қолдау және креативті батыл әрекет режимінде – іздеу мен табу. Бұл копингтік пікірлер, әрекеттер, эмоциялар, назарын аудару тәсілдері және белсенділіктің басқа формалары, олар мәлімделген дағдарысты жағдайда сөзсіз көмектеседі. Жауып тастау белсенділігінің табылған формалары белсенді қиял технологиясында, сосын дайындықтарда әрекеттермен тексеруден өтеді. Соңғы психодрама немесе рөлдік ойындар фрагменті сипатында болуы мүмкін, ол кезде қатысушылар

арасында символдық қызмет- рөлдер бөлінеді: триггер, белсенді копингтер, командир. Бастамашыл пациенттің барлық қызметтік рөлдерде болып шығуы маңызды, бірақ бастысы –командир рөлінде, ол сөзсіз басты фигура және кез-келген қауіпті бейтараптандыра алады. Бұл статуста бастамашыл пациент құрылған сессияны аяқтайды. Мұнда басты терапиялық бастама түсінікті – өзектенуші патологиялық әуестік жауып тастайтын жұпсыз қалуы мүмкін емес – бұл қатаң копинг ынталандырылады, бекітіледі және барлық мүмкін құралдармен нығайтылады;

2) нейрофизиологиялық компонентке ерекше назар аударумен техникалар- бұл «жедел жәрдем» тәсілі, бұл кезде келесі нақты алгоритм – биологиялық белсенді нүкте Хэ-гуге (екі жақтан, 4-5 минут) өз-өзіне массажды жүзеге асыру есебінен маңызды болып кеткен әуестіктің көтеріліп келе жатқан толқынын өте тез әрі тиімді басып тастау керек; бірмезгілде терең диафрагмалық –«іш арқылы» деп аталатын– тыныс алу (15-20 терең дем алу мен дем шығару); беттің терең массажы – 3-4 минут ыстық ылғал сүлгімен. Бастамашыл пациентке және барлық топқа патологиялық әуестікті (шынында да орын алатын) аса тез басудың нейрофизиологиялық механизмдерін түсіндіреді, оған қоса бір мезгілде аударып әкету кезеңі және күйзелісті күйді тиімді «алып тастайтын» және өз әсерін бірнеше сағатқа жалғастыратын, эндогендік нейрогормондардың шұғыл шығарылуын қамтамасыз ететін, нейрофизиологиялық механизм әрекет етеді. Әдетте бұл уақыт салыстырмалы жайлы күйде күйзеліс толқынына шыдауға жетеді. Техника өзінде әуестік белгілері байқалатын немесе қандайда бір мазасыздықты – мысалы бас ауруы және т.б. сезінетін, топтың қатысушысында көрсетіледі. Дұрыс жүргізілген техникалық әрекет кезінде, дайындалған және құрылған тұтасу сценариінде, маңызданған әуестік белгілері, ауру немесе басқа да кез- келген жағымсыз түйсінулер қысқартылады, ал пациент тыныш және сәл ұйқылы күйде болады. Техникалық әрекет болашақ сценарийі қалыптасуымен аяқталады, ол келесідей құрылады, «жедел көмектің» игерілген құралы келесідей әрекет етеді, белсенді қолданусыз да патологиялық әуестіктің түрткілері жабылатын болады. Ол клиникалық факт болып табылады – патологиялық импульстер осындай техниканы жүргізген соң айтарлықтай аз байқалады;

3) «толу» әсеріне ерекше назар аударумен техникалар – патологиялық әуестік белгілері болған кездегі және олардың «толу» режимінде – яғни даудың шектен тыс мүмкін шиеленісуіндегі тиімді редукциясындағы пациенттің белсенді жеке тұлғалық көзқарасын маңыздандыру және бекіту мақсатында пайдаланылады. Бұл жағдайда бастамашыл пациенттің айналасында екі топ қалыптасады, бірі ПБЗ- ға әуестікті символмен көрсетеді, ал екінішісі – пациенттің тәуелділіктен азат болуға тырысуын. Топтар қарама- қарсы әрекет етуші жақтың жеткілікті жігерлі күштерімен қарама қарсы жаққа «сүйрелуші», пациентке не айту керек, керек болса айғайлау керектігі жөнінде нұсқаулар алады (бұл күресуші дәлелдерді сәйкестендірудің маңызды кезеңі). Пациент мұндай нұсқаулықтарды алмайды, осыған байланысты оның фрустрация деңгейі артады. Техниканы жүзеге асыру ұлғаюшы ажиотажбен және шулы әсерлермен қиын жағдайда жүзеге асырылады. Бастамашыл пациент бұл

жағдайда күрделі дене және психологиялық жайсыздықты басынан кешіреді. Ақырында қиындық шыңына жеткенде ол «егер ол өзін талап тастауын қаламаса» өзінің араласуы туралы нұсқау алады. Соңында пациенттің белсенді күш салуы әуестікке қарсы тұрушы жақтың, патологиялық әуестікті символдаушы, өз жағына тартушы, қатысушыларды ыдыратушы басқа топты «жеңуін» қамтамасыз етеді. Бұл жағдайда пациент, физикалық және психологиялық жеңілдік сезімін басынан кешіре отырып, маңызды сабақ алады, өзінің белсенді ұстанымы және өзін «жарқын» жаққа «сүйреу» бойынша күш салуы, патологиялық әуестіктің көтеріліп келе жатқан толқынын басып тастауға және ыдыратуға қабілетті екенін түсінеді. Алайда бұл жағдайда ұстамдылық, тәуелділіктен азат болу бойынша өзекті және күшті дәлелдер түрінде «жақтастардың» болуы маңызды;

4) диссоциацияға және конфронтацияға сүйену арқылы техника – аталған жағдайда келесіге ерекше назар аударылады: жеке тұлға нормативті негізінен, яғни пациенттің өзінен, патологиялық әуестік диссоциация дағдысын қалыптастыру; патологиялық әуестік бейнесін сыртқы кеңістікте алғаш таныстыру (бұл рөлді топтың қатысушыларының бірі орындай алады); диалог режимінде даудың шиеленісуі, оның барысында пациентте жеңудің ұтымды стратегиясы қалыптасады. Алайда аталған жағдайда басты терапиялық фактор келесімен байланысты, дау іштейден сыртқы статусына өтеді – яғни пациент пен патологиялық әуестік арасында, оған тиімді қорғаныс әрекеттерін жүзеге асыруға көмектесуші және күзетуші бір арақашықтық түзіледі;

5) когнитивтік компонентке және ПАВ- қа патологиялық әуестіктің синдромын деструктивті түсіндіруді конструктивтіге қайта қалыптастыруға сүйенген техникалар - аталған жағдайда патологиялық әуестік асқынған жағдайда, адам организмінде не болатыны жөніндегі пациентпен анықтап алудың маңызы бар. Бұл жағдайда барынша көрнекі түрде әуестік синдромын маңыздандырудің нейрофизиологиялық механизмінің басты тезистері баяндалады , өз бетінше патологиялық әуестік синдромы – бұл ұзақ уақыт бойы психологиялық белсенді затпен алмастырылған және қалыпты режимде өндірілуі тоқтап қалған, белгілі бір нейрогормондардың тапшылығы. Бұл қалыпты режимді қалпына келтіру толқын түрінде жүреді. Табиғи нейрогормондар деңгейінің барынша төмендеуі кезеңінде ми оның «өндірісін» ынталандыру және организмнің нейроэндокриндік жүйесінің сәйкес құрылымдарын белсендендіру үшін күшейген сигналдар жібереді. Бұл сигнал әуестіктің асқынуы ретінде қабылданады, дегенмен шын мәнінде – бұл орталық нерв жүйесінің нормативті қызметін қалпына келтіруге күшті стимул. Бұл жағдайда не істеу керектігі– не болып жатқанын дұрыс түсіну және бұл сигналды тура адреске – нейрогуморальды жүйенің терең құрылымдарына «қайта бағыттау». Мұны белсенді қиялды пайдаланып жүргізген дұрыс (мұнда көзбен шолу қатарының белгілі бір кезектілігі жасалуы тиіс, ол сәйкес рөлдік әрекеттерге бекітілуі мүмкін). Нәтижесі пациенттің жайлы күйі үшін қажет, нейрогормондардың нормативті деңгейінің тез қалпына келуі болады.

Осылайша, деструктивті және пациент үшін қауіпті онда бар патологиялық әуестік белгілерін түсіндіру, айтарлықтай барынша қауіпсіз және

өз бетінше ұйымдастырылатын қызметтерді қалпына келтіруге бағытталған, конструктивтіге айналады;

6) арт-терапиялық катарсиске негізделген техникалар – аталған жағдайда басты терапиялық фактор, арт- терапиялық контексте ішімдік немесе есірткіге «әуестікпен» байланысты, кедергілердің барлық кешенін толыққанды қабылдау және елеу мүмкіндігімен байланысты. Әдетте бұл сурет бірақ та басқа формаларға да пайдаланылуы мүмкін- сәулет, тірі сәулет, әңгіме және т.б.. Мұндағы маңызды мән- жай, пациенттер арт- терапиялық сессия дұрыс ұйымдастырылған жағдайда, креативтік транс күйінде болады, яғни, т.е. максималды гиперпластика режимінде. Және шығармашылық – бұл шығарманың тақырыбымен шығарушының диссоциациясы және бұл тақырыпты қандай да өзгерту мүмкіндігі (аталған жағдайда –патологиялық әуестіктің фантомын). Осылайша, пациенттер, біріншіден, патологиялық әуестік кешенімен байланысты, жаралаушы күйзелістерден тиімді құтылады, ал екіншіден – бұл өзіне қажетті бағытқа кешенді өзгертеді;

7) белсенді қиялдау және ресурстық – бағытталған психотерапияға негізделген техникалар – аталған жағдайда пациенттің назары келесі мән-жайға аударылады, егер әуестік феномені бар болса, онда ішкі кеңістіктің қандай да бір сегментінде сезінеді (бұл жағдайда бұл сегменттің сипаттамалары мен координаттары анықталады), онда бұл бірінші орыннан алыс, басқа, ішкі кеңістік сегментіне саяхаттай отырып, бұл ауыр сезімнен құтылуға болады. Ары қарай, белсенді қиялдау және ресурстық еске түсірулер технологиясын пайдалана отырып, пацент өзін жайлы сезінетін, «қауіпсіз орынды» салады. Маршрут - пациенттің ресурстық статусын - «қауіпсіз орынға» саяхатты маңыздандыратын алгоритм қалыптасады. Осы жаңа дағдыларды күйзеліс жағдайлардан сақтандыру үшін пайдалану мүмкіндіктері талқыланады, олар, өз кезегінде, патологиялық әуестіктің жіберілу механизмдері болып табылады;

8) денелік – хабардар терапиясына ерекше назар аударылған техникалар – аталған жағдайда терапиялық әсер етудің басты механизмі патологиялық әуестік белгілерін белгілі бір денелік сегментке «таңу» болып табылады (аталған сегментте әдетте аурулық немесе басқа да жағымсыз түйсінулер, бұлшық ет ширығу белгілері шоғырланады). Ары қарай, осы денелік сегментпен қарқынды жұмыс есебінен, патологиялық әуестік белгілері редукцияланады. Мұндағы маңызды нәрсе, кинестетикалық трансты, және ары қарай терапиялық гиперпластика жағдайларында – сәйкестендірілген денелік сигментке қарқынды әсер ету есебінен патологиялық әуестік синдромы редукциясы бағдарламаларын қалыптастыру мүмкін болады. Қажет болған жағдайда мұндай алгоритм өз бетінше ұдайы өндірілуі мүмкін;

9) нормативтік және патологиялық жеке бас статустары диссоциациясына ерекше назар аударылған техникалар – аталған тәсілдің басты терапиялық мәні келесі, патологиялық әуестік аталған жағдайда пациенттің конструктивті жеке тұлғалық дамуы үшін, МӘС бағдарламасының жалпы терапиялық алгоритмін маңыздандыруға стимул ретінде пайдаланылады.

Аталған технологияның бастапқы ерекше назар аударуы басты –кім шын мәнінде ішімдік пен есірткіге әуестікті бастан кешіруде – оны есірткіге алып келген және жібергісі келмейтін, пациенттің ішкі «бірге тұрушысы» ма, немесе өз мінез- құлқын басқаруды үйренгісі және бостандықты қайтарғысы келетін сол күш жинаушы жеке тұлға ма – деген сұрақты анықтауға жасалады. Бұл жеке тұлғалық статустардың полярлық сипаттамалары барынша маңызды дәлдікпен және креативтік топтық қолдаудың көмегімен сәйкестендіріледі. Ары қарай, аттары аталған жеке тұлғалық статустардың әрқайсысыс өз мақсаттарына жетуге тырысатын, стратегиялар айқындалады. Атап айтқанда, келесі анықталады, патологиялық жеке тұлғалық статустың базистік стратегиясы патологиялық әуестік синдромын маңыздандыру және терапиялық режимге және т.б. қатысты қарсылық реакциясын қалыптастыру болып табылады. Сонымен бірге өсіп келе жатқан нормативті жеке тұлғалық статустың базисік стратегиясы таңдап алынған бағытта терапиялық өзгерістердің жылдамдығы болып табылады. Белгілі бір жылдамдыққа жеткен соң ішімдікке немесе есірткіге әуестіктің «жіберілетін» толқындары, өз мақсатына екпінділікпен қозғалып келе жатқан, пациентті қуып жете алмайды немесе таба алмайды. Оның үстіне бұл жолда ол өзінің басты қасиетін – кез-келген шабуылға және химиялық және басқа кез- келген тәуелділікке тұрақтылығына ие болады. Барлық жоғарыда келтірілген тезистер рөлдік ойындар немесе сәйкес психодрамалық фрагменттермен келтірілуі мүмкін.

Аталған техникалық әрекеттің басты нәтижесі нормативті жеке тұлғалық статусты, басты мақсатқа барабар жету бойынша стратегияны маңыздандыру және күшейту; патологиялық әуестік синдромы редукциясы;

10) саналы емес сатылармен тікелей байланысқа негізделген техникалар – аталған техникалық блокты жүзеге асыру маман-психотерапевтен арнайы дағдыны және үлкен жұмыс тәжірибесін талап етеді; топтық форматта аталған технологияны пайдалану СПП құрамында ұсынылмайды; жеке форматта саналы емес сатылармен тікелей байланыс техника, бұрынғы технологиялық байқап көрулер сәтсіз және пациент осы мән-жайларға байланысты терапиялық шартты тоқтатуға дайын болған, тек төтенше жағдайларда ғана пайдаланылады. Сонымен қатар пациенттің келесіге, мысалы, «Бізге қарағанда, айтарлықтай күштірек күш, өз күйі мен мінез- құлқына бақылауды қайтара алады» айқын дайындығының да мәні бар (тәуелді тұлғалардың барлығы мұндай тезисті қолдамайды).

Барлық жоғарыда белгіленген шарттар болған жағдайда терапиялық процедура төрт кезеңде жүргізіледі:

- суперресурстық сатыларды сәйкестендіру және диссоциациялау және олармен байланыс орнату;

- клиентті ол үшін ауыр әуестіктен, ішімдік пен есірткіні қолданудан азат ету ниетін дәлелдеу;

- ПАВ- қа патологиялық әуестік синдромының төтенше редукциясына жетумен, азат етудің арнайы процедурасын жүзеге асыру;

- таяу болашақта пациенттің қанағаттанарлық физикалық және психикалық күйін қалыптастыруда суперресурстық сатылар қатысуының барабар сценарийін жасау.

Өзінше техникалық процедура пациенттің жеке қиялына және жасалған түйісу сценарийіне сәйкес рәсімделеді.

Болашақтың қалыптасушы сценарийіне, суперресурстық сатылар кім өзінің жаңа тағдырына қарсы бұрылатын болса, соған көмек пен қолдау көрсететін, тезисті қамтуы тиіс.

Жалпы «нашар» көңіл- күй сияқты әдеттегі тілекпен жұмыс кезінде (абстиненттік немесе постабстиненттік синдромның соматовегетативтік компонентін қатыстырумен) келесілер пайдаланылады:

1) мәлімделген мәселенің когнитивті (аталған күйде көп жағдайда тәуелділікпен күрестің «жеңіліс тапқан» сценарийлері маңыздандырылады ) және мотивациялық (терапиялық бағдарламадан шығу дәлелі маңыздандырылады) компоненттерін қайта қалыптастыруға ерекше назар аударумен, экспрессивтік мифодизайн техникасы.

Бұл жағдайда жеткілікті қатаң, экспрессивті тәсілде әрекет етуші терапевт арқылы, бастамашыл пациентке және топқа түсіндірілуі тиіс, ал сосын «сынақ», «өзін- өзі ұстау», «жеңу», «абырой», «марапат» сияқты түсініктердің мағынасы мен мазмұны көрсетіледі. Пацинеттің терапиялық бағдарламаға кіру және оның барлық кезеңдерінен өту туралы шешім қабылдау жағдайы, ол лайықты марапат – өз өмірін сүру мүмкіндігін алу (мұнда есірткі қолданатын адамдар, сирек ағдайда 40 жасқа дейін өмір сүретіні туралы есіне салу дұрыс), жаңа өмірдің шынайы қуанышын- махаббатты басынан кешіру, адамдарды құрметтеу, өз отбасының жақындығы және басқа (бұл жағдайда олардың жаңа, сау өмірден күтулеріне қатысты топ қатысушыларынан блиц-сауалнама жүргізуге болады; мұндай сауалнама болашақ марапаттың бейнесін барынша тірі және қол жетерлік етеді) алу үшін өтуі керек, сынақ ретінде қарастырылады. Ары қарай сынақтан өту нұсқалары айтылады, сосын рөлдік әрекеттерде және психодрамалық фрагменттерде ойналады – соның ішінде терапиялық бағдарламаға кірудің бірінші кезеңінің болмай қалмайтын серіктері- ауыр, жағымсыз дене түйсінулері түрінде. Бұл жағдайда пациенттің және топтың назары «ауырлық», «қысым», «сырқырау» сияқты, аталған күйдің сипаттамаларына шоғырланады. Келесі рөлдік ойында аталған күй бастамашыл пациентке белгіленген түйсінулерді символдайтын, топтың қатысушылары «жабылғандай» ойналады. Пациентке ол ең көп ағымсыз түйсінулерді басынан кешірген, қазіргі кездің межесінен, ол өзін жетклікті түрде жайлы сезінетін болашақтың межесіне дейінгі арақашықтықты кем дегенде үш рет өтуге ұсыныс жасалады. Бірінші нұсқа – арақашықтық бойынша ауық- ауық аялдаула және қайтып келулермен баяу қозғалыс («бір қадам алға – екі қадам артқа») – арақашықтық бойынша барлық кедергі жасайтындарды символдайды: деструктивті сценарийлер, бағдарламалардан шығуға дәлелдер және т.б.. Бұл қызметтік рөлдерді клиентті артқа, максималды жайсыздық межесіне тартушы немесе итеруші, топтың қатысушылары орындай алады. Бірінші «саяхат» кезінде бастамашыл пациент беретін түсініктеме, арақашықтықты өтудің

аталған нұсқасының «артықшылығының төмен дәрежесі» туралы, осыған сәйкес, бұл жолдың финалында өте жоғары марапатқа дәлел болады. Екінші нұсқа – сол «жүктемелер» кезінде арақашықтықты тез өту – айтарлықтай жақсы қабылданады, субъективті түйсінулер және жолдың ақырында күйді бағалау мағынасында. Бұл жағдайда бастамашыл пациент, аталған жағдайда оны қуып жете алмайтын, кедергілер арасынан «лып етуге» үйренуге тиіс. Арақашықтықты өтудің үшінші нұсқасы келесімен байланысты, бастамашыл клиент өзіне, біріншіден, кедергілерді – деструктивті сценарийлер мен дәлелдерді бейтараптандыратын, екіншіден- оның жүгін жеңілдетіп, арақашықтықты өту үдерісін тездететін, «достар» табады. Бұл олжалар – қарастырылып жатқан қиындықты жағдайда өзін- өзі ұстаудың өте маңызды конструктивті копингілері – терапевт және топ арқылы ерекше назар аударылуы және позитивті бағалануы, осылайша пациенттің және басқа қатысушылардың тәжірибесінде бекітілуі тиіс. Әдетте бұл алаңдататын ойлар, эмоциялар, әрекеттер, еске түсірулер, белсенділіктің бақталасушы формалары немесе болашаққа спонтанды ауысу, онда енді «барлығы жақсы» және енді кез-келген жайсыз күйлерді жеңуде пациенттің тиімді көмекшілері болуы тиіс, басқа ресурстық олжалар. Арақашықтықтың үшінші нұсқасынан өту кезінде өз күйіне түсініктеме бере отырып, пациент әдетте мүмкіндігінше өту кезінде, әсіресе арақашықтықтың соңында, күш – қуаттың, энергияның, өзіне деген сенімділіктің артуына көңіл аударады. Бұл сынақтан «лайықты» өтуге - яғни «бүгілмей тұруға», еңбектемей, белсенді қозғалуға, шынай достар - көмекшілерді іздеуге, шағым айтпай, артқа қарайламағанына шынайы марапат болып табылады. «Лайықты марапат» терминінің бұл және басқа да маңызды түсініктемелері «нашар көңіл күй» мәселесінде өзін- өзі ұстаудың нұсқалары нәтижелері бойынша топтық талқылау барысында алынуы мүмкін. Гиперпластика шыңында айтылған және болашақтың конструктивті сценарийін қалыптастырушы, топтық дәрісті жүргізуші терапевтің қорытынды сөздері, табандылық, ерлік – дәл төтенше жағдайларда, «барлығы жақсы» болған кезде емес, көрінетін, «адамгершілік» терминіне біріктіруге болатын барлық нәрселердің мағынасын баса айтулары керек. Бұл нағыз сынақ. Марапат та бұл жағдайда шынайы. Аталған техниканы жүргізудің жақсы нәтижесі деп топта қарастырылған мәселенің айтарлықтай редукциясын, терапиялық үдеріс қатысушылары белсенділігінің артуын айтады.

2) Когнитивті компонентке негізделген техникалар – мұндағы басты терапиялық міндет келесі, пациенттер органдарда және бүтіндей организм жүйесінде болып жатқанның, адекваттық көрінісін және метафорикалық бейнесін алып, өзін- өзі ұстаудың адекваттық бағдарламасын қалыптастырып, жүзеге асыруы. Техникалық әрекеттер 3 кезеңде жүргізіледі. Бірінші кезеңде терапевт бастамашыл пациентке және топқа, детоксикация (яғни бұл механизмі ерекше түсіндіруді талап етпейтін, өткір абстиненттік күй емес) курсын өткеннен кейін адам дене жайсыздығын басынан кешірген кезде, жүйке жасушасында, органдарда және жүйелерде не болатынының түсінікті көрінісін жеткізеді. Қатысушыларға барынша түсінікті және жеткізе келесіні түсіндіреді, бұл күйзеліс болмаса да, организм әрқашан дерлік «онда ауыратын нәрсе бар» -

жара, көгеру, жарақат, сызат, созылу, артық жүктеме және т.б., күйде болатынын түсіндіреді. Одан басқа, органдар мен жүйелер, жұмыс күйінде бола отырып, орталық нерв жүйесіне түрлі импульстер мен сигналдарды жібереді, яғни кез- келген жағдайда «жұмыс істеп тұрған» организмнен «шуылдың» бір деңгейі болады (мұнда бірнеше мысалдар келтіруге болады: жүктеме кезінде «қан самайда тықылдайды, жүрек қағады», тамақты артық жеген кезде «іші құрылдайды» және т.б.). Алайда нейроэндокриндік жүйенің қалыпты жұмысында барлық бұл жағымсыз түйсінулер арнайы нейрогормондармен жабылып қалады, олар сонымен бірге ауруды басады. Мысалы, жарақат немесе көгеру 2-3 сағат көлемінде мазасыздандырады, сосын ауру басылады – қызық неге олай екен, сырттай ешнәрсе өзгерген жоқ қой – себебі сәйкес нейрогормондардың организм тканьдерінде шоғырлануы бұл уақытта айтарлықтай артады. Есірткі мен ішімдік осы өзін- өзі реттеудің табиғи механизмін басып тастайды, адамды өзінің ауруын әдеттегі ПБЗ- ның ұлғаюшы дозаларымен «ауыртпауға» итермелейді. Осындай көп жылдық прессингтен кейін нейрогуморальді жүйе өз белсенділігін біртіндеп қалпына келтіреді. Осыдан – жиі «дене шуылы» жайсыздық күйі пайда болады, енді толық түсінікті –көп жылдар бойы нейроулағыш у, шын мәнінде есірткі мен ішімдік осындай болып табылады, қабылдаған, адам организмінде әрқашан «ауыратын нәрсе табылады». Сондықтан аталған жағдайда керек нәрсе – табиғи өзін- өзі реттеу үдерісін тездету үшін не істеу керектігін түсіну, сосын дәл соны істеу. Барлық айтылғандар топтың сәйкес белсенділігі кезінде миға штурм режимінде немесе блиц- сұрақтар – жауаптар формасында терапиялық үдеріс қатысушылары арқылы айтылуы мүмкін. Екінші кезеңде дефицитарлық және жайсыздық қиындықты күйдің метафорикалық бейнесі қалыптасады – мысалы, бастамашыл пациенттің зақымдалған қолы, ұзақ уақыт гипсье болған және қозғалмайтын күйде болған. Бірақ міне, гипсті алады – адам нені сезінеді, зақымдалған қол қалай көрінеді, ол қалай қозғалады және т.б. – бұл сұрақтарға топтың қатысушылары жауап беруі керек. Аталған кезеңде келесіні түсіну маңызды, денсаулықты қалпына келтіру үдерісі, әдетте, жайсыздықпен байланысты – жоғалған қызмет бірден оралмайды. Алайда жазылушы адам, қозғалысы шектеулі болса да, барлық қорқыныштар артта дегеннің өзінен – ақ қуанышты басынан кешіреді. Мәселен, егер көпірді тәуелді тұлғаларға салса, онда олар, өзін- өзі құрту, табиғат берген өзін- өзі емдеу механизмін белсенді жою үдерісіне енді қатыспайтынынан қанағат алуы мүмкін. Сонымен бірге сауықтандыру үдерісі – бұл қалыпты қызметті қайтаруды қолдан келер тездету. Зақымдалған қол тез өз күші мен ептілігін қайтаруы үшін адам не істейді, бұрын тәуелді болған адам, өзін-өзі емдеудің сиқырлы сыйлығын қайтару үшін не істей алады – барлық бұл сұрақтарды терапиялық үдеріс қатысушылары талқылайды. Бұл жағдайда, әдеттегідей, бастамашыл пациент үшін жарамды бірнеше нұсқалар бар (бұл денелік қуанышты қайтарумен мөлшерленген физикалық жүктеме болуы мүмкін; массаж теникалары, өз-өзіне массаж; ауру немесе басқа да кез- келген жайсыздық түйсінуді «заттандыру» және бұл «заттанған» сезімді- инелер, біздер, ұршық, жіптер, түйіндер және т.б. дене шекарасынан кезең бойынша шығарудың психотехникалары; жайсыздық

түйсінулерді басқаларға өзгерту психотехникалары; қарапайым көңілін аудару практикасы; бұрын қуаныш және көптеген басқалар әкелгенді жаттықтыру практикасы). Маңызды кезең барлық ұсынылған нұсқаларды айту, себебі осылайша тек қана бастамашыл пациент үшін ғана емес, керісінше топтық үдерістің барлық қатысушылары үшін өзін- өзі ұстау копингілері қалыптасады. Басқа маңызды кезең, енді пациенттің өзі өзінің денесі туралы саналы қамқорлық көрсетуші, барлық зақымдалған органдар мен жүйелердің басты емшісі- шипагері болуы тиіс, тезисті және сәйкес метафорикалық бейнені жасау болып табылады. Мұндай терапиялық диссоциация – менің денем, қамқорлықты қажет етеді, және мен, өз денем туралы саналы қамқорлықты көрсетуші – бейімделудің альтруизм және синергетикалық стратегия механизмдерін «кірістіруді» талап ететін, субъектінің мәнді айтарлықтай ресурстық метапозициясы. Яғни, өз денесіне қамқорлық жасаушы клиенттің, біріншіден, жағымсыз түйсінулерден тиімді арақашықтығы сақталынады. Ал екіншіден, жоғары мүмкіндікте күш- қуаты арту, энергия, оптимизм түйсінулерімен бірге жүретін, ресурстық күйде болады. Бұл бейне сондай- ақ дәрігер мен ауру рөлдерін ойнаумен сәйкес метафорада немесе теникалық әрекетте бекітілуі мүмкін, оның барысында бастамашыл пациент кезекпен аурудың, сосын пациенттің күйін жақсарту үшін, нақты не істеу керектігін білетін, дәрігердің рөліне кіреді. Бұл жағдайда әдетте бастамашыл пациенттің осы екі рөлдік бейнелердегі көңіл- күйінің әсер ететін айырмашылығы байқалады. Үшінші кезеңді үзеге асыру барысында әрекеттің керісінше кезектілігінің дайындығы ұсынылады: клиент енді ғана дайындалған және сезінген өз организмінің емші- шипагері рөліне кіреді; ары қарай алдыңғы кезеңде айтылған, дене шекарасынан жайсыздықты «заттандыру» әне шығару жаттығулары, әрекеттері немесе психотехникалары жүргізіледі. Бұл үдеріске тек қана бастамашыл пациент емес, сонымен бірге барлық топ қатыса алады. Аталған кезеңнің аяғында қатысушылардың күйлерін бағалаудың стандартты процедуралары және жүргізілген сессия нәтижелері бойынша топтық талқылау жүргізіледі. Техниканы жүзеге асырудың жақсы нәтижесі қарқындылықтың айтарлықтай редукциясы, топта қарастырылған проблемалық күйді көрсетудің дәрежесі болып табылады.

3) Мінез- құлық компонентіне негізделген техникалар – денелік және эмоционалды жайсыздықтардың ангедония, дисфория компонентімен үйлесуі жиі кездесетін жағдайларда көрсетілген. Мұндағы басты терапиялық идея сезінемін- ойлаймын- істеймін псиикалық белсенділігінің кезектілігін керіге «айналдыруға» негізделген. Соматикалық және эмоционалды жайсыздық белгілері бар клиентке алдымен ол үшін ауыр күй дамуының «әдеттегі» кезектілігін айтуға ұсыныс жасайды – ол нені сезінді (әдетте бұл белсенділіктің төмендеуі, көңіл- күйдің нашарлауы, дененің түрлі бөліктерінде жағымсыз түйсінулердің пайда болуы); бұл уақытта оған қандай ойлар келеді (әдетте бұл жеңіліс сценарийлерінің алдын- ала білдірушілері: ешнәрсені қаламаймын; бәрі пайдасыз; бұл дәрістерден ешқандай пайда жоқ және т.б.); бұл уақытта ол не істеп жатыр немесе не істегісі келеді (әдетте бұл обычно это желание того, чтобы «ешкім тиіспесе, ешкім жабыспаса», «мені барлығы айыма қадырсын»,

«ешкім көрмес үшін бұрышқа тығылу немесе күні бойы ұйықтау» және т.б.). Бұл жағдайда бастамашыл пациенттің және топтың назары келесі фактіге аударылады, бұл шынайы басынан кешіретін түйсінулерді, ойларды, ниеттерді айта отырып, ол бір шамада ауыр күйден құтылады. Сондықтан бірінші – денелік және эмоционалды жайсыздықты ішінде сақтамау, керісінше топқа шығару және бұл қиындықпен, бас қиындық сияқты жұмыс істеу. Бұл жағдайда пациент өз күйін өзі басқаратын болады, керісінше емес. Терапиялық бағдарламадан өту барысында міне, осыған үйрену керек. Ары қарай бастамашыл пациенттен әрекеттің ұқсас кезектілігін айтуды сұрайды, бірақ ол керісінше өзін керемет сезінетін күйде - түйсіну, ойлар, ниет және әрекет. 3) Мінез-құлық компонентіне негізделумен техникалары – жиі кездесетін ангедония, дисфория компоненттерімен денелік және эмоционалдық жайсыздығының үйлесімінде қолдануға арналған. Мұндағы басты терапевтикалық идеясы сезінемін-ойлаймын-жасаймын психикалық белсенділігінің формасын кері қарай «теріс айналдыруға» негізделген. Соматикалық және эмоционалдық жайсыздық белгілері бар бастамашыл клиентке басында оған ауыр келетін жағдайдың «қалыпты» ретін ойнауға ұсыныс жасайды – ол не сезінді (көп жағдайда ол белсенділіктің төмендеуі, көңіл күйдің нашарлауы, денесінің түрлі бөліктерінде жағымсыз сезінулердің туындауы); сол уақытта қандай ойлар келеді (әдетте бұл жеңіліс табатын сценарилердің алдын ала білдірушілері: ештеңені де қаламаймын; барлығы бос әурешілік; бұл сабақтардың ешбір пайдасы жоқ және т.б.); ол не стейді немесе осы уақытт ол не істегенді қалайды (әдетте бұл «ешкім тиіспесе екен», «мені барлығы жайыма қалдырсын», «ешкім көрмейтіндей бір бұрышқа тығылып қалу немесе күні бойы ұйықтауға» т.б.). Сонымен қатар, бастамашыл пациенттің және топтың назарын осы шынайы сезінетін сезімді, ойды, ниетті айту кезінде ол, жүйкеге тиетін жағдайда біршама босайды. Сол себептен, бірінші ереже – денелік және эмоционладық жайсыздықты өзінде сақтауға болмайды, оны топқа шығарып осы мәселемен, басқа да мәселелермен де сияқты жұмыс істеу керек. Бұл жағдайда пациент өзінің жағдайымен билейтін болатын, керісінше емес. Бұны жалпы терапевтикалық бағдарламаны өту кезінде үйрену керек. Бұдан ары бастамашыл пациентті әрекеттің осыған ұқсас ретін ойнауға ұсыныс жасайды, бірақ ол керісінше – сезім, түйсік, ниет пен әрекетті ғажап сезіну керек. Терапевт анықтаушы сұрақтарды қояды, клиенттің белсенділігін позитивті қолдайды, оған жасырын осы позитивті бейнеге сіңуге көмектеседі, бастапқы ресурстық жағдайдың құрылуын куәландыратын вербалсыз реакцияларын қадағалайды. Ерекше акцент әрекеттге жасалады (әдетт бұл адамның белсенді әрекеттері, энергиямен толған және де өзінің қуанышымен бөліскенді қалайтын – бұл өзіндік би немесе соған ұқсас бірдеңе). Осы этапта талқылауға топтың қатысушылрын тартуға болады, назарды аудиториядағы «шудың деңгейіне» және белсенділіктің өсуіне аудару – бұл топтың «мереке» жағдайын бастан өткізген кезде бастапқы ресурстық жағдайға кіреді. Бұдан ары, осылайша «әзірленге» пациентке екі есе ауысуда жасауға ұсынады – яғни, ол денесінде жағымсыз сезідерді және эмоционалдық басылуды сезінген кезінде өзін барлық қатынастарда жақсы сезінген кезінде

жасайтын әрекеттерін жүзеге асыруды бастау. Осы фрагментте қандай да бір ауыстыру болған жағдайда пациентке көмек көрсетуге болады – керекті әрекеттерді сонымен бірге бастағанға (сонымен қатар терапевт клиентті қосымша өзінің үлгісі мен энергетикасымен «әзірлейді»), кейін осы процессе қатысуға барлық топ шақыртылады, соның есебінен «тірілу» синергия әсері қамтамасыз етіледі. Аяқтаушы фрагментте терапевт топтың барлық қатысушыларына өздері не істеп жатыр соны қайталауға ұсыныс жасайды – әр кім өзінікін, олар қуаныш сезімін сезінген кезінде. Осындай 10-15 минуттық әрекеттен дейін бастамашыл пациентті кері байланысты беруді сұрайды, сол сәтте: а) оның ойы өзгерді; б) сезім мен түйсік өзгерді. Әдетте түйсік пен сезімнің ыңғайлы полюсіне, сергек жағдайына әлде қалай жақын болды енді бұнымен барлығы дұрыс.

Соңғы техникалық әрекетті мазмұндай келе, терапевт бастамашыл пациенттің назарын мынаның жаңа ғана дайындалған реттілік екендігіне аудартады – мен, өзімді жақсы сезінген кезінде не жасайтындығымды есіме түсіремін, осы жағдайдың ерекшелігін есіме түсіремін – мен дәл осыны істей бастаймын, ырғаққа қосыламын – менде әлде қайда оптимисттік ойлар туындай бастайды – менің көңіл күйім айтарлықтай жақсарады – енді өзімнің жағдайыммен өзім билей ала алатындығымды түсінемін – және де түрлі ауыр сезім мен сонымен байланысты көңіл күйдің түсуінен тиімді әрі тексерілген құралы бар. Бұдан ары қатысушылардың жағдайын бағалаудың стандартты процедурасы жүргізіліп, жүргізілген терапевтикалық сессияның материалдары бойынша топтық пікірталас өткізіледі.

4) Арт-терапевтикалық катарсиске акцент жасаумен техникалары – мұндағы негізгі терапевтикалық идеясы жағымсыз сезімдердің және қайғы қарқындылығының әлдеқайда төмендеуі, осы жағдайдың келесінің есебінен қайта құрылуы: а) жағымсыз, эмоционалды боялған қайғылар полюстарымен клиенттің акценттелген диссоциациясы; б) символ, бенелер, композициялар түріндегі осы қайғылардың шығармашылық көрсетілуі, осы әсер етудің оның өміріне септігін тигізуіне және осы жағдайда оның өзіне не керектігіне комментарилерімен; в) оқиға дамуының қажет жағына қарай жағдайдың шығармашылық трансформациясы (оның барысында терапевтикалық өзгерулердің бағдарламасы енгізілуі мүмін); г) арт-терапевтикалық катарсистің барысында пациентпен болған сол өзгерулердің айтылуы. Сонымен қатар, талқылау барысында акцент шығармашылық сюжеттің дамуындағы позитивті тендецияға жасалады. Техникалық әрекет міндетті түрдегі ретте терапевттің мүмкіндікке ие болудың маңызды екендігі туралы түсінікті анықтауымен алдын алады, біріншіден өзінің сезімін, түйсігін білдіру, екіншіден – осының барлығын шет жақтан қарап және де осы салада жаңадан не болып жатқандығын бағалау, бұдан ары – осыны өзінді дұрыс түсінетін және өздерінің қайғыларымен бөлісетін адамдармен сезіну. Сондай-ақ тәуелді адамдардың 2-3 үлгісін көрсеткен пайдалы, бұл бірінші кезекте ерекше шеберлік пен іздеуді талап етпейтіндігін куәландырады. Керісінше, бұл мүмкін өмірдегі алғашқы суреттер болуы мүмкін – формалар, түстер, сюжеттер – соның есебінен өзінің қобалжуларыңды беріп, жеңілдікті сезінуге болады.

Бұдан ары техникалық әрекеттің бастапқы деңгейінде жеңіл көмек пен арт-терапевтикалық процессе қатысқан және де здерінің қасіреттерін суретте, жабыстыруда және басқа да таңдалған формаларда еркін келтіретін үлкен резиденттердің үлгісі қажет. Пациентке өзінің нобайының алғашқы нұсқасын жасауға ннемесе сюжетті дамытуға оның былай не себептен жасағысы келгендігі жөнінде комметариімен мүмкіндік беру керек. Әдетте шығармашылық тапсырманы орындау кезінде ерекше сенімді жағдай орнайды, ол кейін талқылау сатысына ауыстырылады.

Мында негізгі акцент (терапевт пен үлкен резиденттердің беруімен) шеберліктің деңгейіне емес, сезімді білдірудегі адалдыққа, экспрессияны, сюжетті дамытуға жасалынады. «Адалдық» сөзі «тамырлану» деп те атауға болады, яғни шығармашылық процессі әлде бір тірі, өсуші (тамырды), міндетті түрде жеміс беретін процесс ретінде қарау керек. Сосын, шығармашылық процесс нәтижесінде туындаған «бірінші жемістерін» талқылауға болады – босау сезімі, ең болмағанда жағымсыз қайғыға қатысты алғанда; алда келе жатқан жақсы жаққа қарай өзгеру мен т.б.. Техникалық әрекетті аяқтауда қатысушылардың жағдайын бағалаудың стандартты процедурасы жүргізіліп, жүргізілген терапевтикалық сессияның материалдары бойынша топтық пікірталас өткізіледі. Осы техниканың жақсы нәтижесі деп жағымсыз дененің сезінуге байланысты мәселелер қарқындылығының төмендеуін есептеуге болады.

5) Дененің толтырылуына негізделген техникалары – осы технологиялық әдістің негізгі терапевтикалық идеясы пациентке әдеттегіден дене сезімдерінің қарқынды әсер етуімен кинестикалық транс жағдайы мен осы жағдайға осы және болашақтағы ауыр дене сезімдерінен байланыс сцеариіне қойлысуы.Бұндай жағдайда топтың қатысушыары бастамашыл пациенттің дан-жағында картаяыны аясыда,тығыз шеңбер жасайды. Пациентті тағы да дененің әрбір учаскесіндегі орналасуымен сезілетін сезімді сипаттауды сұрайды. Топтың мүшелерін осы сезімдерді нақты бейнелер түрінде ұсынуды сұрайды, оларды жұмсақ тиісу, қолды «ауыратын» жерлерге қою есебінен ауырып жатқан денеден «алып тастайтын» болады. Бастамашыл клиентке максималды түрде өзін бос ұстауға, топқа сеніп, өзінің жағдайын түсіндіруге ұсыныс жасайды. Бастамашыл пациент көптеген «мейірімді және шипалы» қолдардың тиіскенін сезініп кинетикалық транс жағдайына түседі, ол жерде жағымсыз сезімдердің қарқындылығы күрт төмендеп немесе олар мүлдем жоғалып кетеді. Терапевттің жеңіл көмегімен оның «дене қатты тастыдан жұмсақ және тіріге айналып жатқандығы», «дене гүлдің қауызы секілді ашылуда» т.б. жайлы бейнелері туындайды. Бастамашыл пациент терапевттің сауатты қоййылған сұрақтарының есебінен өзіндегі барлық ауыр сезімдерін өткенге «жібереді», ол жерде олар сейіліп және де жоқ болып кетеді. Қазіргі уақытта оның денесі өмір қуатымен өткен және де осы энергияны күнде денсаулық пен күшті жинауы үшін шоғырлайды. Терапевт қысқаша ғана осы процессе барлық қатысушылар – «жазылушы» және де «емдеуші» секілді пайданы алады. Осы техникалық әрекеттің барысында кідірі сәті де болуы керек – кейбір комментарилерін талап етпейтін процесстің барлық қатысушыларының квинтэссенциясы (осы сәтті

сезіну керек). Бұдан ары терапевттің белгісі бойынша топ ақырында әлсізденіп, дене контактісін тоқтатады. Терапевт сессияның аяқталғаны жайлы хабарлап және де бірнеше кідірістен кейін өзінің жағдайын айсын дейді, содан кейін барлық қатысушыларға айтсын дейді. Талқылау барысында осы «емдік қол тигізулер» әдісті қолданумен «өзін зі жазу» идеясы туындауы мүмкін – өзінің денесі жайлы тиімді қомқорлықты білдіру формасы ретінде. Бұл мезетте терапевт бастамашыл пациент айтқан бейнелерге немесе терапевтикалық процесс барысында топтың қатысушыларында туындаған көңіл бөлуге қосымша айтуы мүмкін - мысалы, дене бейнесінде «денсаулықпен толтырылып жатқан». Бұндағы жақсы нәтижесі алғашқыда айтылған мәселенің әлденеше немесе толық босауы, өзіне және басқаларға көмектесу арқылы олар көптеген затқа қол жеткізе алатындығы туралы пациенттің сенімділігінің артуы.

6) «Тірі мүсін» техникасы – диссоциативті, ресурсты-бағдарланған және арт-терапевтикалық әдістердің түрі. Мұндағы негізгі терапевтикалық идеясы бастамашыл пациент және топ денелік және басқа да қайғылардың ауырлығы негізінен контекске байланысты - негізінен үміт етуге болмайтын (1 мүсін) және үміт беретін (2 мүсін) екендігіне өз көздерімен көріп, сезінді. Сәйкесінше бірінші нұсқадағы ауыр, жағысыз сезінулер пациенттің тұлғасның «ядросына» деін жетеді, оны күштен, қуаттан, оптимизнен айырады. Екінші нұсқада – бұл тек дамуға және тәуелділіктен толық босауға қозғалыс. Техникалық әрекет «ішкі», яғни адамның психологиялық жағынан қалай дайын екендігінен басталады. Жүргізуші қарастыруға тұлғаның психгенетикалық моделінің жеңілдетілген нұсқасын ұсынады (Ю.В. Валентик бойынша). Осы тұлғалық «құрылғының» нұсқасымен танысу ойын формасында жүргізіледі – адамның мысалы, дененің кез келген бөлігін ұрып алу сияқты жағдайға қалай әрекет етуі мүмкін (мұнда ұсынылып жақан дене жайсыздығы мәселесі аналогиясымен жүргізіледі). Топтң қатысушылар ретімен соғып алға әрекетті ойнайды – денелік жайсыздық – Мен-бала, жылап жатқан, шағымданып жатқан, түсіністікті іздеуші; Мен- ата – ана, асығушы, бір жағынан жарақатты жылдам басуға, екінші жағынан - кінәліні тауып жазасын беру; Мен-нашақор немесе ішкіш, осыдан ыңғайлы сылтау және барлығын өз орнына қоюға ақталуды көруші; Мен – ересек, күшті және жауапты, ауру мен басқа да жағысыз сезімдердің кетіп және де ешқашан қайтып келмеуіне қуатты және нақты шараларды қабылдаушы. Сонымен қатар, Мен – ересек өзінің жан-жағныда кінәліні іздемейді, керісінше өзінің мінез-құлқын және әрекеттрдің желісін саралайды, осы мәселелеі жағдайға әкелген. Осы өңделік жатқан Мен-статустарындағы басқа да өте маңызды айырмашылықтары да табылуда. Бұл жердегі ең маңыздысы, Мен-ішкіш немесе нашақор ролдері барлық айлалар, өзін өзі алдаулар, «үміт жоқ» сценарийлер мен т.б. пациенттің алкоголь мен есірткіні белсенді пайдалануға қайтаратын құралдардың нақты сәйкестендіруі. Техникалық әрекетті жүзеге асырудың келесі деңгейінде бастамашыл пациентке «Мен-әлсіз, аурушы, қиыншылықты» жалпы атты тірі мүсінді құруға ұсыныс жасайды (немесе клиенттің өзімен таңдалған кез келген атау), аталған қиындық жағдайының өкілділігінің жеңіліс табатын контексін көрсетуші. Сонымен қатар, бастамашыл пациент өзі сәйкес ролдерді орындаушыларды

тауып, оларға түсіндіреді, белгілі комбинацияға «жинайды». Белгілі шектеулерде көмек беруге болады, бірақ ақырғы шешім бастамашыл пациентте болады. Мүсіннің бірінші нұсқасында әдетте жылаушы және түсіністік іздеуі Мен-бала мен Мен-нашақор (ішкіш) басым болады. Мен- ата-ана балағы жаны ашып, Мен-нашақор (ішкіш) статусына назар аударма йды. Мен-ересек «пілләнің» ішінде болады немесе басқа да селқос позицияда болады. Мүсінге дене де енгізілуі керек (Мен-дене), оның қызметі – Мен-денеде «туындайтын» ой-бейнелердің, эмоционалдық жағдайдың ерекшелігі мен жағымсыз сезімдердің қарқындылығы бойынша кері байланысты беруі үшін. Мен-дене барлық Мен-статустарын қамтып жәнеде біріктіреді, онымен тірі мүсіннің сыртқы периметрін құрайды (бұл топтың 3-4 қатысушыларынан тұратын бір-бірінің қолдарынан ұстап тұрған шеңбер болуы мүмкін). Содан кейін, мүсіннің бірінші нұсқасы жасалғаннан кейін, әрбір Мен-статустары өздерінің функционалдық белсенділігін көрсетіп, өздерін орындарында қалай «сезініп» тұрғандығына кері байланыс береді. Соңғы Мен-дене сөйлейді. Әдетте соңғы сөйлеу – бұл бастапқыда айтылған мәселенің күшейтілген, акценттелген нұсқасында қайталануы. Алған комметарилердің қысқаша талқылауынан кейін техникалық әрекеттің келесі деңгейі орындалады. Осы деңгейде тірі мүсіннің екінші нұсқасы жасалады, ол қарастырыл жатқан мәселелік жағдайының ресімделудің максималды жайлы контексін көрсетуге бағытталған. Бастамашыл пациенттің максималды өз бетімен белсенділігінде жаңа метапозиция мен қосылған Мен-статустарының функционалдық рөлдері құрылады, ондағы Мен-ересек басым болады, ал Мен-нашақор (ішкіш) статусы бағынышты жғдайда болады. Мен – ата-ана статусы Мен-ересек статусына қолдан келетін көмек пен қолдау жасайды. Ортақ тапсырма - Мен-нашақорды (ішкішті) сыртқы шеңберге шығару және де шабуыл жасаушы патологиялық тұлғалық статустың барлық мүмкіндігінен асып түсетін қорғаныс дейгейін жасау. Техникалық әрекеттің соңғы фрагменті ресурстық жеке тлғалық статусының күшею көз қарасынан аса маңызды – барлық терапевтикалық стратегияның негізгі өзегі. Бұдан ары «тірі мүсіннің» жаңа нұсқасындағы жеке тұлғалық статустарын көрсететін барлық қатысушыларынан кері байланыс жүргізіледі. Мында да соңғы болып МЕн-дене сөйлейді. Сонымен қатар әдетте мәселелік жағдайының әлде қайда төмендеген дейгейі немесе оның нақты кетуі белгіленеді. Техникалық әрекет қатысушылардың жағдайын бағалаумен, ролдерді «шешу» процедурасымен, жүргізілген сессияның нәтижелері бойынша топтық пікірталаспен аяқталады.

7) Индукцияланған трансты қосатын, экспрессивті психодраматикалық әрекетке акценттеуімен техникасы (осы күрделі техниканың толық атауы «өлі су – тірі су»), егерде бастамашыл пациентте алатған мәселелерін тізбегінде жалпы «жаман жағдайынан» бөлек, актиалды патологиялық әуестік, эмоциалдық төмендеу, тұрақсыз уәж – яғни бұдан ары терапевтикалық бағдарламаға қатысудан бас тарту мүмкіндігін жоғарылататын барлық белгілері бар болған кезде қолданылады. Мұндағы негізгі терапевтикалық идеясы таңдау жағдайының шектік ушығуы, тереңдегі сақтану түйсігіне әсер ететін эмоционалды серпіліс, пациентті жазылуға тұрақты уәжімен ресурстық

жағдайға келтіру. Техникалық әрекет терапевтикалық процесстің мақсаттарын талқылаумен басталады, сондай-ақ оның жетуіне кедергі келтіретін қиындықтарды да. Бастамашыл пациент пен топ ойларын айтады. Терапевт бұл жағдайда орта позициясын ұстанып ешбір комментарийді бермейді.

Жағдайдың драматизациясы мен қажетті ұшығуы күрт үзілетін шаблонмен жетеді, терапевттің әңгеме шын мәнінде де өлім мен (вербалсыз белгілеу «өткеннің алаңдары») өмір (вербалсыз белгілеу «болашақтың алаңдары») арасында таңдау болып отыр екендігін айтуы. Мәселенің жаңа жазықтыққа аысыуы үшін қажетті кідірістен кейін, әр пациентте жақын қоршаған ортасында сәйкес мысалдардың бар екендігі туралы топтық талқылау нұсқасы да мүмкін. Топтық пікірталас барысында терапевт «өлім жағдайы» туралы ойлау, ауыр соматикалық сезімдердің туындауы, есірткі және басқа да ПБЗ әуесқойлық, патологиялық жеке тұлғалық статуысның белсенділігінің көрінуі арасындағы тұрақты ассоциацияны құруда жұмыс істейді, осы ассоциацияларды «өткеннің алаңына» (есігі бар бөлменің қараңғылатылған бұрышы, бағдарламадан шығу немесе қуыссыз қабырға: ендігі пациентпен жекелеген жұмыста осы полюс оның сол және артқы жағында орналасқаны жөн) байланыстыру, ол үшін максималды вербалсыз тәсілдерді қолдану. Осы әдістің стратегиялық тапсырмаларын есепке алумен келесі ассоциативті байланыстармен жұмыс істеген жөн: «өлім жағдайы» - суық, жалғыздық, тас, мұздың бөлшегі, серею, қатты каркас. Керісінше, өмір жағдайы еркіндік сезімімен, нормативті жеке тұлғалық статусының сипатымен, «болашақ алаңымен» орайластыралады (терезесі бар бөлменің жарықтанған бөлігі, болашаққа жолды белгілеуші және үлкен резиденттердің орналасу орны: акценттелген техникалық әрекеттрді жүргізу барысында осым полюс пациенттің алдында және сол жағында орналасуқаны жөн). Стратегиялық тапсырмаларының есебінен ассоциативті байланыстар жасалады: өмір – жылу, қатыстылық, өзгеру, пластика, даму. Техникалық әрекеттің алдыңғы деңгейі максималды эмоционалдық шиеленісу кезінде аяқталады, терапевт сәйкес экспрессиямен топқа «өлімге не тиесілі соны тастауға – тәуелділік, тартушылық, кемсіту, ауру, ауыр кешірілмеу сезімі – «өлім жағдайымен» орайластырылғанның барлығы». «Психотерапия кеңістігінде» барлығыда мүмкін, «өзіннің өлімінде» қайғыру да. Шытырман оқиғаны қосымша терапевттің соғыс алаңында өлген адамдарды, тіптен бөлшектелгендерді де (бұл жағдайда бұндай орайластырылған орынды, өйткені бастамашыл пациентті қарсы әуждер мен ниеттер «бөлшектерге жұлады») бастапқыда «өлген» сумен бүркитін, бұл денелік тұтастық үшін, сосын – «тірі» сумен, оларға өмірді қайтару үшін жасалатындығына қатысты айтуымен қуаттандыратын.бірақ «өлместен» бұрын бастамашыл пациент туыстар мен жақындарымен қоштасуы керек. Сол уақытқа драматизмнің сәткі мынадай болуы керек, пациент ешбір кідіріссіз ерекше маңызды адамдарын таңдайды, оларға кімді бейнелейтіндігін қысқша хабарлайды, ал соңғылары өздеріне бөлінген ролдерін жақсы ойнап шығады. Қоштасу процедурасы эмоционалдық шиеленісудің шыңында жүруі керек, басынан өткізіп жатқан жағдайдың толық шынайы екен деген сезіммен. Сол сәтке барлық үйінді мен ұсақ-түйек

жоғалады, шынай сезім олардың ерекше «соңғы» шығуымен ашылады. Өздерінің туған мен жақындарының спонтанды сөздерін тыңдаумен (топтың қатысушыларында ол дерлік өздігімен шығады) пациент ерекше күшпен туыс адамдар арасындағы терең байланысты сезініп және де сол үшін өмір сүруді қажет ететіні де. Алайда тағдыр (қабылданған ережелер тұлғасында) ырықсыз. Бұдан ары «өлім жағдайының» микротехникасы жүзеге асады. Пациентке қадамдап қараңғылыққа ... суық... жалғыздық...мұп-мұздай тырп етпеушілік... дене сеземі кеткеннен кейін... сосын өмір тоқтайтын қатты қатысушылық сезімін сезінген орыннан кетуге ұсыныс жасайды. Индуцияланған транс жағдайындағы пациентті орындыққа желкесі, мойны мен жоғарғы көкірек омыртқасы бір шеткі тіреуіште, табаны – екіншісінде тұратындай орналастырады.Денеге қолын кеудеге айқастырылған жағдайы беріледі, оның барысында терпевт жансыздану болмысының дамуына көзін жеткізеді. Бұдан ары, пациентпен өзінің соңғы минуттарда көргісі келген адамдарымен «қоштасу» процедурасы өтеді. Топтың қатысушыларын осы әрекетке іріктелген арнайы айтудың қажеті жоқ. Әдетте, олар қоштасудың керекті формасын және де жоғалту күйінішін, үміттердің үзілуін және де қоштасып жатқан адамына шынайы махабатын білдіретін сөздерді де табады. Бірнеше драматикалық паузадан кейін, терапевт «өлім жағдайы» тақырыбын өрбітеді. .... Өлім өзіне тиесілісін .... өзіне әкелетінді ... алып кеткеннен кейін... есірткіге деген әуестілікті... тартады...ертеді... денеде жиналған барлық у,.... және жандағы ... Бұдан ары «өлім үстіндегі жағдай» тақырыбы өрбиді: тек... құнссыз жаның қалған кезде... қиыншылықтан бос... өмірдегі бар .... жақсылықтың ... есте қалғанымен жылынған... шынайы махаббат пен жақындықтың... сонғы минуттарынң есте қалуымен жылынған... Өлімге тиесілінің барлығы .... өліммен алынды... мұп-мұдай суықта еріп кетті ... және де ғайа болды. Қалғаны ... жылу мен махаббат... өмірге тиесілі... Өлімге – өлген... Өмірге – туылғаны... Осы техникалық әрекеттегі соңғысына «өлімге қарсы тұру» тақырыбы өрбиді: дене ... мір мен өлім арасындағы көпір болған кезінде (сол сәттепациенттің денесінінң астындағы орындықтар алынып тасталады, тек шеткі тіреулерінен басқасы, қатысушылар «каталептикалық көпір» феноменің куәлары болады – пациент денесінің екі тіреуде көлденең жағдайда ұстап тұруы). Осы сәттегі пациенттің әсерленушілігі әлде қайда драматикалық. Бұл «тұңғиыққа құлау немесе ұшу» сезімі, барлық күштердің тіреуді тауып алу ммен өмірге қайтып келуге мобилизациясы. Терапевттің сәйкес комментарилері осы сәтте жағдайлардың эмоционалдық қызуын арттырып, өмірдің ақырғы «басымдылығын» қамтамасыз еттеді. Келесі техникалық әрекет – «тірі су», келесі ретпен жүзеге асады. Терапевт «өлім» полюсі мен өмір полюсінің драматикалық қарсы тұру ортасында пациенттің рухына келеді .. у мен күйіктен босаған ... оның тіріліп жатқан жүрегіне ... көпірдің ортасында тұрған оның өзіне... енді қай жаққа қарай жүру керектігінің бағытын көрсетуді өтунуімен. Сонымен қатар, терапевттің қол тигізуі арқылы «селеюден» босаған пациенттің оң қолы, әдетте болашақ полюсін көрсетеді, яғни өмірдің. Пациентті ақырын көтереді, драматикалық кідірістен кейін осы «жаңа» өмірде қарсы алады. Осы техникалық әрекет сыйлықтарды беру процедурасымен

аяқталады, соның барысында жаңадан болған «ата-ана - достар» - топтың қатысушылар «»туған күн иесіне

Қазыргі сәтте қолдарындағы барды сыйлайды – өмірдің толықтығын, сезімгің толықтығын, туылудың ілесіп жүретін сезімдерін, жақындықтың әсершілігі және жалпы өмірдің драматикалық тәжірибесін. Аяғында (бұдан метафора терапевттің тарапынан орынды, егер де пациент пен топ кері байланыс барысында бірдей қорытындыға келмесе), жалпы өмірдің өзі, осындай айқын «ишарадан» кейін, тек ғана қолымен алып, таза жүрекпен қабылдайтын ғажап сый ретінде қабылданады. Осы техникалық әрекет және жапы әдістеменің өзі белгілеу мен ортақ қорытындылардың бағалау процедурасымен, терапевтикалық сессияның барысында көтерілетін болашаққа жоспарларды және қиындықтарға пациенттердің көзқарасын талқылаумен, аяқталады. Мұндағы жақсы нәтиже қиндық жағдайының барлық танытуларының айтарлықтай төмендеуі – ауыр соматикалық сезімдер, эмоционалдық түсу, айтарлықтай әуестілік және де жазылуға тұрақты мотивациясының құрылуы.

Тұрақсыз көңіл-күй сияқты талаптармен жұмыс істеу кезінде («көңіл күйім жоқ») ангедония, жабығу, дисфория компоненттерімен болғанда екі жағдайды ескеру керек. Егер де сәйкес эмоционалдық сапы бұзылған кезде актуалдиндырылған патологиялық әуестіліктің жалпы ортасы немесе дене жайсыздығының «толқыны», толығымен постабститнеттік жағдайға қалыптысы болып табылады, онда өзіктік синдромда акценттеп және де екі өткен бөлікте сипатталған технологиялық тәсілдерді пайдалану керек. Егер де эмоционладық тұрақсыздық мәселесі аулақтанған күйде ұсынылса (бұл 50% артық жағдайларда да болады), онда қосымша келесі техникалары пайдаланыла алады:

1) Коммуникативті компонентке негізделуімен жаттығу техникасы. Мұндағы негізгі терапевтикалық идеясы эмоцияның коммуникативті функциясын пайдалану (кез келген эмоция – бұл айтарлықтай маңызды ақпаратты пациенттің өзіне және оның қоршағанына жеткізу тәсілі). Бұл жағдайда топтың жұмыс істенің ең басында – қатысушылардың жағдайын бағалау деңгейінде – терапевт жеке пациенттердің жайсыз эмоционалдық жағдайына көңіл аударады, бұнымен осы жағдайдың байқалғандығын және сәйкесінше бағаланғандығын көрсетеді. Бұдан ары, негативті әсердегі эмоциялары – бұл әрдайым көмек сұраудың белгісі екендігін ескере отырып, терапевт топтың басқа қатысушыларына вербалды және эмоционалдық көмекті қажеттерге көрсетуге ұсынады. Әдетте үлкен резиденттер қысқа уақытта көмекті қажет етіп тұрған пациентті «сілкілеп» алғанға және де топтағы конструктивті жұмысқа бағыттауы үшін қажетті сөздер мен әрекеттерді табады. Пациенттің эмоционалды қынжылушылықтан алғашқы ресурстық жағдайға ену белгілері пайда болған сәттен – эмоционалды тірілу, белсенділіктің артуы, кері позитивті байланыстың бар болуы – терапевтикалық сессияны қалыпты режимде жүргізуге болада, тыңғылықталған эпизодда назар аудармай-ақ. Жағдайлардың осылай айналуы топтың барлық қатысушыларына эмоционалдық тұрақсыздықтың қалыпты жағдай екендігіне әсіресе

терапевтикалық бағдарламаға кірудің бірінші сатыларында, және де ол басты мақсаттарға жетуге кедергі келтірмеуі керек.

Осы ақсаттың белсенді қозғалысы басталғаннан кейін, көңіл-күй жақсарады.

2) Позитивті бекітуге негізделумен жаттығу техникасы. Мұнда негізгі акцен позитивті эмоционалды спектрді актуалдандыруға жасалады.

Бұл жағдайда терапевт, жеке пациенттердің эмоционалдық жағдайына ерек назар аударады, кейін бұған назар аударма йды, ал топтың қатысушыларына топтық жұмыс алдында келесі жаттығу формасын ұсынады:

Әрбір пациент кезекпен топтың қатысушыларын келесі сөздермен қарсы алуы керек: «Сәлеметсің бе, сені мында көргенімен қуаныштымен, өйткені ...» (сосын нақты әңгімелесушіден күтілетін немесе оң әсерлерін тізбектейді, олар осы тұлғаға қолданылатын). Терапевт мында эмоционалдық тұрақсыздық белгілерін көрсететін пациенттерге сөйлей отырып мысал ретінде көрсетеді. осындай ортақ әрекет барысында әрбір қатысуш, әсіресе эмоционлады-тұрақсыз пациент күшті позитивті импульсті алады, ол алғашқы ресурстық жағдайды құруға ықпалдасады. Топта 10-15 адам болған кезде жаттығу 15 минутқа дейін созылады. Мындағы оң динамиканы куәландыратыны: жаттығуды жүргізу кезінжде болатын «шу деңгеінің» өсуі, әрбір келесі амандасуының ұзақтығының өсуі, жаттығуды аяқтағаннан кейін оң кері байланыс.

3) Когнитивті компонентке негізделуімен техникалары – мұндағы негізгі терапевтикалық идеясы кемшілік ортасындағы эмоциялары өздігімен туындамайды, олар «ыстық ойлар» деп аталатыннан құрылады (М. Макке, М. Дэвис, П. Фэннинг терминологиясында, 2007). Өз қатарында «ыстық ойлар» кез-келген «кедір-бұдыр» режимнің, қарым-қатынастың, қандай да бір оқиғалардың немесе шиеленіс эпизодтарындағы жағымсыз аз ғана өзгешеліктен туындайды - бұған тәуелді тұлғалар ерекеш сезімтал болып келеді. Демек, сұрақ біріншіден «ыстық ойлардың» нақты идентифмкациясында, екнішіден – олардың бекітуші копингтік ойлардың шығару мен құру есебінен тиімді бейтараптандыру мүмкіндігінде тұрады.

Техникалық әрекеттің бірінші деңгейінде жағымсыз эмоциялар туындайтын үлгілік жағдайлары сәйкестендіріледі. Алайда мұнда тікелей байланысты қадағалай алмайтын нұсқаны ескеру керек. Бұдан ары «ыстық ойлардың» тізбегі жазылады, сәйкестендірілген жағдайларға үлгі болатын (немесе ешбір сыртқы жағдайлармен байланысының болмауымен туындайтыны). Техникалық әрекеттің екінші деңгейінде копингтік ойлардың сызбасын құрады, олардың негізгі функциясы «ыстық ойлардың» тиімді блокадалауында тұрады. мында осы негізгі деңгейдің максималды метатехнологиялы қаныққан күйде жасау керек, әрбір табылған копингік ойлардың нұсқасына эмоционалды саладағы терапевтикалық өзгерістерге жылдамдатылған сценарийлерді тіркеу. Копингік ойлардың актуалды тізбекті құру мен іздеу барысында мысал ретінде М. Маккей, М. Дэвис, П. Фэннингпен ұсынылған үлгілерді алуға болады, бірақ тек ғана өзінің жақсы нұсқасын табуы үшін ғана (аталған авторлар үрейлі-деприсивті реакциялармен байланысты

жағдайларда келесі копингік ойларды пайдалануға ұсынады: «Бұл өтіп кетеді», «Мұндай менің басымнан бұрын да өткен, қазірде өткіземін», «Бұл ойлар маған ешбір зиян тигізбейді – жәй жағымсыз», «Менімен шын мәнінде де ештеңе болмайды», «Бұл тек ғана эмоциялар, шындық емес», «Маған бұл ойлардың керегі жоқ- мен өзімді басқаша ойлауға мәжбүрлей аламын», «Мен осыдан арылуға және де жайлану үшін қанша уақыт қажет болсада, соны жұмсай аламын», «Мен бұл ойларды сыртынан бақылай аламын, бірақ қажеттіні жасай отырып». Тітіркену немесе ашу реакцияларына байланысты жағдайлардағы копингтік ойлар: «Терең тыныс алып, еркін ұстау», «Қынжылушылықпен іске көмектесе алмайсың», «Әзірге мен өзімді ұстап тұрмын, мен жағдайды бақылап тұрмын», «Мен өзімді еркін және тыныш бола аламын», «Оларды өзімнің ашуыммен өзгерте аламын, осылай тек өзім ғана қынжыламын», «Жаман адамдар болмайды, барлығы қалай жасай алады солай істейді», «Адамдар не істегісі келеді соны жасайды, менің ойлағанымды емес», «Мүмкін, олар мені ашуландырғылары келіп тұрған болар. Ал мен олардың көңілін қалдырамын»). Үшінші деңгейде рөлдік ойын қалыпты стрессогендік жағдайларды моделдеумен және де «ыстық ойларды» копингік жұптарымен. Осыған ұқсас дайындалуларды «баяулатылған түсірілімде» жүргіген жақсы, бастамашыл пациенттердің эмоционалдық жағдайдың барлық ерекшеліктерін назар аудару мен терапевтикалық өзгертулердің байланыс сценарилерінің дербестігі. Осы техниканы жүзеге асырудың позитивті нәтижесі бастамашыл пациенттердің және барлық топтың эмоционалдық жағдайының әлде қайда жақсаруы. Техникалық әрекетті аяқтауда қатысушылардың жағдайын бағалудың стандартты процедурасы мен өткен терапевтикалық сессиясынның материалдары бойынша пікірталас.

4) Эмоционалды қайта құру копонентіне негізделумен техникалары – мұндағы негізгі терапевтикалық идеясы позитивті полюстің көкейкесті ету мүмкіндігімен байланысты, сәйкес күш салу кезінде, әрбір теріс боялған эмоционалдық жағдайда анықтауға болады; идеяны мерекелермен-жәрмеңкелермен пайдалану, жалпы эмоционалдық көтерілумен байланысты; әзіл сезімімен – барлық кері эмоциялардың ең жақсы «өлтірушісімен» байланысты креативті-пластикалық ресурстарының көкейкесті етуі (осы техникалық әрекеттің бейнесі Д. Соколовпен, 1997 сипатталған).

Алдындағы деңгейде осы теріс боялған эмоционалдық жағдайдың сәйкестендірілуі жүргізіледі, осыдан топтың қатысушылар босағысы келеді. Сонымен қатар, терапевт топтық қатысушыларын мүмкіндік бойынша көп жағымсыздықты келтіретін дәл сол эмоцияларды айтуды сұрайды. Осы эмоционалдық реакцияларының атауын арнайы дайындалған парақтарға жазуды сұрайды. Сосын, жүргізушілермен кез-келген ыңғайсыз жағдай немесе ахуалды өзінің үлесіне келтіруге болады (мысалға Том Сойерді келтіруге болады – Марк Твеннің ең жақсы көретін кейіпкері, оны жасаған бұзақылығы үшін қақпаны бояуға мәжбүрлеген – қатарластары арасындағы ең ұятты іс. Еніді, міне Том Сойер келетін ұяттан қашуды нақты шешіп, қақпаны сондай қызығушылық пен көңілмен істей бастады, бірақ жуық арадан соң жасөспірімдер оны «оларға бояуға берсін» деумен өтіне бастады, оған Том әрең

келісетін, тек ғана «аз-маз ақы» үшін ғана. Нәтижесінде қақапа бояып шықты, ал балалардың барлық «байлығы» Томға ауысып кетті). Осы оқиғаның ұқсастығы бойынша терапевт өздерінің «жарамсыз» эмоциясын сату бойынша мереке-жәрмеңкені жасауға ұсыныс жасайды. Яғни, жарнама осы эмоционалды қжағдайдың қалжыңсыз басымдылықты құрауы керек.

Бастамасы үшін жүргізуші кері эмоциялардың бейнелеріне кішірейтуші жұрнақтарын қосуға ұсыныс жасайды - страх – страшилка, злость – злинка, гнев – гневинка, грусть – грустинка және т.б. Барлығының шын мәніндеде «аса байыпты екендігінің» растауына, жүргізуші ұсақ ақша салынған алдын ала дайындалған пакетті алып топтың қатысушыларына бірдей бөліп береді. Топ кішкентай топшларға бөлінеді. Әрбір топша «өнімі бар сатушы сөресін» дайындауға тапсырма алады – сәйкес эмоционалдық жағдайларының белгілеуімен және де олардың пайдалы қасиеттері бар жарнамасымен. Тапсырма – барлық «тауарды» сату және де көп табыс табы. Дайындылушы, максималды креативті деңгейде мерек-жәрмеңке атмосферасын ырғақты әуенмен және «мерекелік жәрмеңкесінің ашылуына, бұрын соңды ешқашан болған емес және де адамдар ақшаға әлемге қарап отырған қара көзілдіріктерімен қоштасады» сәйкес уақытты санау стилімен акценттеуге болады. Белсенді әрекеттерінің деңгейінде терапевт «сатушы сөресіне» 2 адамнан қалдырады, қалғандары «сатып алушылар» категориясын құрайды. Тек ғана бір шектеуші шарты бар – «тауарды» өздері жұмыс жасаған топтан алмауға. Акценттелген белгімен жәрмеңке-мереке ашылады. «Сатушылар», терапевтпен ынталандырылған, белсенді түрде өздерінің тауарларын ұсынады. Сатып алушылар саудаласады. Шудың деңгейі күрт өсіп кетеді. Креативті олжалар құмар әрекеттің барысында «сатушылар» мен «сатып алушыларда» туындаған, құталады. 15-20 минуттан кейін «өнімнің» аса көп бөлігі сатылғаннан кейін, терапевт кідірісті жариялайды, соның барысында сатып алушылар «сатып алынған» тауарларымен мақтанады, ал сатушылар – табылған табыстарымен. Осылайша кездейсоқ эмоционалды реакция мен ахуалдың жайсыз позитивті аспектілердің іздеу мен табу дағдылары бекітіледі. Сосын, терапевт «сатушылар» мен «сатып алушыларға» ролдерімен ауысуға ұсынады, соңғыларына жарнаманы жаңалауға және «бағаны» қайта қарауға уақыт беріледі. Содан кейін, жәрмеңке-мерекенің екінші айналымы хабарланады,ол жерде сатып алушылар өздерінің тауарларын көтерілген бағамен, оның қайта ашылған қызықты қабілетіне қызығып алады. Терапевт осы ойынға қосыла алады, онымен сәтті олжаларға қызығушылық білдіру мен жеңіл креативті тәсілдерді көрсетеді. тағы да бір 15-20 минуттан кейін «жәрмеңке» жабылады. Сатып алушылар мен сатушылар нәтижелерімен «мақтанады». Кейін, терапевттің ұсынысы бойынша әрбір қатысушы жәйсыз эмоционалды жағдайлардың позитивті қабілетін іздеу бойынша оған қандай тәсілдер әсер қалдырды жне де қандай сезімдерді осы барлық әрекетті жасау барысында ол басынан өткізді. әдетт бұл маңызды инсайттар эмоцияның «көлемді» маңызына қатысты, оның төтенше шығуларында, біріншіден әрдайым дистанциялануына болады. Ал екіншіден – позитивті аспект пен дамудың мүмкіндігін көруге болады. Кері байланысты аяқтауда жүргізуші

қатысушылардың жағдайын бағалаудағы стандартты процедураны жүргізеді, ұсақ ақшаны пакетке жинап «жақсы көңіл күй қорына еріктерімен қайырымдылық» жасауға ұсыныс жасайды. Алайда, ең үлкен тиындардың біреусін «таза еңбекпен тапқан қаражаттан» әрбір қатысушы өздеріне «жақсы көңіл күй ісіндегі тапқырлығы үшін медаль» және де әрбір медальда екі жағы болатын туралы естелік ретінде алын қала алады. Егерде өмірдің саған қараңғы жағымен келген кезінде – медальды тек ғана аулару қажет ... енді олар оны қалай істейтіндігін біледі. Мұндағы жақсы нәтижесі болып топтағы өсіп келе жатқан сенімділік пен өздерінің эмоционалдық жағдайымен тиімді басқару мүмкіндігі.

5) Эмоционалды диссоциацияға негізделуімен техникасы (Н.Д. Линда бойынша) – мұндағы негізгі терапевтикалық идеясыэмоционалдық реакциялардың коммуникативті функциясымен және теріс боялған эмоцияның диссоциацияланған бейнесімен тікелей диалогы. Оның барысында бейненің терапевтикалық трансформациясын жобалайды (бұндай эффект эмоцияның коммуникативті функциясынан саластырмалы жеңіл жетеді) және де клиенттің тұрақты ресурстық статусында орайластыру.

Техникалық әрекет сезілетін сезімнің шоғырлануын анықтаумен басталады. Бағыттаушы сұрақтармен бастамашыл пациент кері боялған эмоцияның «тұратын» өзінің денесінің секторын анықтайды. Содан кейін, оған көбіне заттай өткізіп жатқан сезімнің бейнесін сипаттауды сұрайды. Осы тапсырманы жеңілдететін сұрақтар мынадай: «бұл неге ұқсауы мүмкін?», «Осы сезім пайда болған кезде қандай орайластырулар туындайды?» т.б. Сонымен қатар, назар осылайша құралатын маңыздың формасына, түске, құрамына (таза, қатты, жылы, жұмсақ) аударылады. Нәтижесінде нақты денелік орналасуымен айқын бейне құрылады, оған пациенттің ниеті мен дайын болған кезінде аныө есім беруге болады – әдетте керй спектірлі. Бұдан ары жағдай екі орындықта ойнатылады: біріншісінде бастамашыл пациент орналасады. Екіншісі – бос – пациентке қарсы 1,5 -2 метр жерде тұр. Терапевт жанында орналасады, екі орындықтың ортасында, пациентке осы эмоционалды бейнемен тілдесуге мүмкіндік бар екенілдігін айтады, акценттеп жаңа ғана құрылған маңызды пациент денесінің орналасқан жерінен, «тұрып» жатқан жерінен алып, бос орындыққа «отырғызады». Сонымен қатар, осы терапевт диссоциативті процессті осы жағдайда пациент бір орындықта, ал бейне сәйкесінше, эмоцияның өзі- екіншісінде отырғандығын нақты көрсетумен ынталандырады. Пациентке осы бейненің қандай екендігін және қарсы орындықта отырып не істеп отырғандығын айтуға ұсыныс жасайды. Әдетте бұл жерде эмоционалды диссоциацияланған бейненің кері сипаты расталады. Бұдан ары терапевт, жартылай сұрақ-жартылайрастау ырғағымен келесі ойды айтады: адамның рухында ешбір сезім артық болмайды, мүмкін бұл тек пациентке өзі жайлы өзімен және басқа да маңызды адамдармен қарым-қатынасы туралы маңызды бір затты айтқысы келгені болар. Пациентке осыны дәл қазір анықтауға және же диссоциацияланған бейнеге өзіне қызызты болып жүрген сұрақтарды қоюға, тек сұрақ нақты, түсінікті болуы керек және де жәй, қысқа жауаптың беру мүмкіндігі. Терапевт сұрақтың кеңістікке емес, а жорамалданып жатқан

дилогтың нақты персонажына – кері эмоционалды диссоциацияланған бейнеге қоюға. Сұрақ қойылғанна кейін, терапевт пациент үшін кенеттен оны қарсы тұрған орындыққа ауыстырады, пациент енді «ана» жерде, ал «мында» - жаңа ғана сұрақ қойылған және де сол сұраққа жауап беруі қажет бейне тұрады.

Қажет болған жағдайда терапевт сұрақты қайта қоюына болады, бірақ әдетте бұл қажет болмайды. Өйткені клиент (өзіне таңқалалардық жағдайда) автоматты түрде диссоциацияланған бейненің атынан анық және тиянақты жауап береді. Содан кейін қайта алғашқы позицияғм «орын ауыстырады»және де диалогты жалғастыруға ұсынады. Нақты қойылған сұрақтар мен кенеттегі «автоматтандырылған» жауаптар бірінің артынан бірі келеді. Онымен кері боялған диссоциацияланған бейне конфронтациясынан ықпалдастыққа қарай апарады (бұл процесске ишаралар мен терапевттің вербалсыз ишаралары көмектеседі). Осы диалогтың барысында, кем дегенде екі рет тоқтау керек, бұл диссоциацияланған бейненің ауысқандығына байланысты – оның ыформасы, түсі, құрамы, белсенділігі және т.б. Әдетте бейненің терапевтикалық трансформацияның маңызды лде қайда жағымды және қолайлы «достық» мінез-құлқының сипаты туралы куәландыратын динамикасы байқалады. Осы айқын өзгерулердің байқалған кезінде трансформаланған бейнеге жаңа есімді қоюға, көп жағдайда оның жаңа маңызына жауап беретін және ықпалдасу туралы ұсыныс жасауы пациентке айтылады. Терапевт диалогтың қорытынды бөлімінде орындықтарды жақындатып және де клиентке осы тірі әрі көмектесетін эмоцияны дененің «алып тастаған» жеріне қайта қондыруға көмектеседі.

Осы ассоцияциялық процесс акцент қоюмен, баяу қарқынмен, терапевт пен барлық топтың позитивті қолдауымен өтеді. Гиперпластика шыңында клеинттің болашақ жобасындағы тұрақты ресурстық жағдайдың өзгертілген эмоционалды реакциялардың «қатысуымен» түйісу сценрийі қалыптасады. Техникалық амал аяқталғаннан кейін, пациент жағдайына бағалау стандартты процедурасы жүргізіледі. Жақсы нәтижені бұл жерде жағымсыз төзулердің толық редукциясы, эмоционалды комфорт пен ынталы пациент пен топ қатысушылар айтатын болашақтағы позитивтік өзгерістер куәландырады.

6) Өткен вектордан болашақ векторға эмоционалды реакциялар спеткрін қайта бағыттау идеясында негізделген «Ресурстық бұрылу» техникасы. Бұл техникалық әрекет, позитивтік өмірлік сценарийдің бағдарламасы негізінде құрылған жағдайда орынды, бірақ осы уақытта пациент өткен өмірден түскен импульстарға байланысты (енді қателіктер жіберілгені түсінікті, көптеген мүмкіндіктер қайтпайтындай жоғалды немесе бұзылды, бәрі басқаша болуы мүмкін еді...») және т.б.

Осындай жағдайда ынталы пациентке, өзі осы уақытта қалып, өткен уақыттан болашаққа бағытталған өмір жолын құрастыру ұсынылады. Пациентті өткен уақытқа, оның өмірінің жағымсыз оқиғалары жиналған жерге қарай бетімен бұрып, осы оқиғаларды акценттеп, көз алдына айқын елестетіп, өзінің сезгенін айтып беруді ұсынады. Әдетте жағымсыз сипаттағы эмоционалды төзулер осының барысында артады. Пациенттің арқасының артында болашаққа қарай аударылған орындықтар түрінде кедергі қойылады.

Содан кейін пациентке, оны мүмкін болатын зақымданулар мен құлаулардан сақтандырып және сол уақытта оның қозғалыстарын барынша қиындатып, осындай қозғалыс әдісінен дискомфортты арттырып, «болашаққа» қарай артымен қарай жылжу ұсынылады. Осындай қозғалыстың 2-3 талпынысынан кейін, пациенттің сезгенін айтып беруін сұрайды. Әдетте бұл ыңғайсыздық, тітіркену сезімдері, зақым алу қорқынышы және т.б. жағымсыз сипатталған эмоционалды реакциялар. Осы ретте пациенттің назарын, ол нақ осындай әдіспен өмірден өтіп бара жатқанына аударады – өзінің өткен шағына байлаулы, «ауру» ақыл-есімен. Яғни ол жеңіл болмаса да, бірақ үміттендіретін болашаққа шынайы бұрылғысы келемейтіндігін айтады. Пациентке кедергілер қойылған алаңнан енді «ашық» көзбен, болашаққа бет бұрып өткен қандай екенін, оның айырмашылығын сезінуді және өзінің жаңа сезімдерімен бөлісу ұсынылады. Бұл, әдетте, эмоционалды дискомфорт пен сенімділік сезімі. Техникалық амалдың келесі кезеңі, оған қолайсыз метапозицияда ұстайтын «ілгешіктерді» сәйкестендірумен байланысты – кейде бұлар иррационалды ережелер, әдетте, бірақ көбінесе – «ауруға шалдыққан» ақыл-ес, оны пациент топтың көмегімен «емдеу» қажет. Осы ретте, болашақ өткен шақтан күштірек, ал өмірдің конструктивті сценарийін жүзеге асыруға деген үміт - жағымсыз тәжірібеден күштірек деген тезис қоладнылады. Яғни, ұйымадастырылған драма қарсылығында болашақ жеңу керек, ал пациент оған өзінің бар күшін салып көмегін тигізеді. Рөлдік қарсылық та осылай болады, онда пациентті қазіргі позицияда «ауруға шалдыққан» ақыл-естің тұлғаландырылған үзінділері ұстап тұрады, ал болашақ сценарийлер өзіне бетін бұрады. Терапевтің белгісі бойынша басталатын қарсылық ынталы пацинет пен оның болашақ өмірінің пайдасына тез аяқталады, олардың көмегімен ол, жолынан кедергілер символикасын алып тастап, қайтадан алда тұрған арақашықтықтан өтеді. Техникалық амалдың соңында гипрепластика шыңында, паиценттің өткен шағы енді оны басқармайды деген түйісу сценарийі қалыптасады. Көптеген күшін салып, өзінің жаңа тағыдырына бет бұру сәтінен оның ақыл-есі аурудан бос. Осыдан кейін жағдайды бағалау бойынша стандартты процесі мен жүргізілген терапветік сессия материалдары бойынша топтық пікір-талас өтеді. Жақсы нәтижені, жағымсыз сипаттағы эмоицоналды белгілердің редукциясы, жоспарланған сценарлық жоспарларды толық жүзеге асыруға деген зейін қою куәландырады.

7) «Басқарылатын ақыл-ес» техникалары – «жедел жәрдем» ретінде көңіл күйдің қысқа мерзімді құбылмалдығы жағдайында қолданылады. Негізгі терапевтік ой бұл жерде арнайы құрастырылған «салтанат кеңістігіне», «қуанышты кеңістікке», «күлкілі кеңістікке» саяхт жасауға болатын және ресурсты эмоционалды қолдау импульсын алуға болатын естеліктер топтамасына жеңілдетілген және тездетілген ресурстық рұқсаттарды қалыптастыруда.

Тиісті тілек бар жағдайда, техникалық іс-әрекет, аман-саулық, ал кейбір жағдайларда адамның өмірі, көбінесе аталған жағдайда өте маңызды және қажетті нәрсені уақытында еске түсіру мүмкіндігіне байланысты тезисті талқылаудан басталады. Осы жерде нақты мысалдар келтіруге болады.

Сонымен қатар, басқа да маңызды тезис талқыланады – кейде өмір бойынша қозғалысты жалғасытру үшін, ақыл-естен қандай да бір жағымсыз көріністерді «өшіріп» тастау қажет. Осында, сонымен қатар, ақыл-есті белсенді басқаруды көрсететін 1-2 мысал талқылау керек сияқты. Содан кейін терапевт топтың назарын, адамның ақыл-есі мен белсенді елес, тиісті ынтаның болмаған жағдайында, адамның көңіл-күйіне байланысты екеніне аударады, ол – қандай да бір шеңберді құрайды: менің көңіл күйім нашар болғанда – мен жағымсыз жағдайларды есіме түсіріп, елестетемін, одан көңілім одан әрі босайды және т.б. Алайда, ақыл-есті белсенді басқарудың басқа да амалы бар, ол осы антиресурстық шеңбер үзілгенде. Ол үшін жағымсыз көріністер мен естеліктерді «өшіріп», эмоционалды комфортпен, тыныштық, мейраммен, қуанышпен және т.б. байланысты ақыл-естің үзінділерін «қосу» қажет. Ынталы пациенттер тобына осындай «қорықтар зонасын» түгендеп, оларда не шыққанымен бөлісу ұсынылады. Осындай презентациялар терапевтің позитивті қолдауымен және топтың эмоционалды қолдауымен жетектелгені маңызды. Осындай жағдайда кейінгі әр презентация едәуір айқын және сенімді болады. Нәтижеде әр қатысушының ресурсты естеліктер «топатамасы» бар екені анықталады, оларды енді ең қажетті кезде – нашар көңіл-күй кезінде, эмоционалды төмендеуде және немесе жағымсыз жағдайда - елестету үшін «ерекше тартпаға» салып қою керек. Терапевт топтың назарын осы ресурстық кеңістікке әр түрлі жолдармен саяхат жасау болатынын аударады – жағдайдың түрлі егжей-тегжейліктеріне, кейіпкерлеріне, эмоционалды акценттерге және т.б. назар аудара отыра. Ресурсты естеліктердің «топтамасы» жақын таяулықта белеседіріліп, құрастырылғаннан кейін, терапевт нағыз «коллекционер» ешқашан жеткенінде тоқталмайтынын және осындай күш-қуат беретін естеліктердің барынша көп болуы үшін өзінің өмірін ұйымдасытруға тырысады. Екінші кезеңде пациенттердің ынталы тобын, эмоционалды құбылу кездерінде пайда болатын жағымсыз ассоциацияларды шектеу микротехникасын үйретеді. Бұл жағдайда ішкі «Тоқта!» сигналы, алдану сәтімен және тоқтататын нейрофизиологиялық импульспен жетектелуі керек, оған Хэ-гу нүктесін 2-3 минуттық жігерлі ұқалаумен жетуге болады. Аталған микротехниканы жүзеге асырғаннан кейін жүргізілетін ынталы қатысушылармен кері байланыс, әдетте келесіні көрсетеді, жағымсыз сипаттағы ойлар мен бейнелер ағымының процесі осылайша тиімдітүрде шектеледі. Пациенттер өздерін едәуір жайлы сезінеді де келесі іс-әрекеттерге дайын болады. Содан кейін ынталы пациенттерге саяхат жасау орны мен уақытын анықтау ұсынылады (соңғысы сезінген эмоционалды дискомфорт нюанстарына сәйкес келу керек, ресурстық естеліктерді маңыздану амалы болу керек. Әдетте ол үшін 3-5 минуттық кідіріс жеткілікті, ол кезде пациент, өзіне ыңғайлы позицияда бола тұра, тиісті ресурсты кеңістіктіктің қандай да бір маңызды егежей-тегжейлігінде шоғырлану тиіс, өзіне осы естелікке «жүзе кіру» мүмкіндігін беріп, менталды кеңістіктің әр нүктесінде төгілген эмоционлады атмосфераны сіңдіріп алу қажет. Саяхат кезінде қандай да бір жаңа, күтпеген егжей-тегжейліктерге көңіл бөлуге болады және қажетті ресурсты ақыл-ес өзінің ғажап өмірімен өмір сүретіндігіне қуану керек.

Бөлінген уақыт аяқталғаннан кейін, жайлап шындыққа қайтып келіп, сергектік, күш-қуат, оптимизм сезіміне байланысты «өмірдің ақ жолында» тұрғанын сезіну керек. Терапевтің қоладуымен ынталы пациенттер мен топ ресурстық ақыл-ес кеңістігінде саяхатқа кіру мүмкіндіктерін дайындайды, ол жеткен нәтижелерді талқылаумен аяқталады. Терапевт топтың назарын қайтадан ресурсты ақыл-есті басқарудың дұрыс реттігіне аударды: 1. Ресурстық естеліктерді түгендеу мен құрастыру; 2. Эмоционалды дискомфорт жағдайында «Тоқта!» микротехникасын пайдалану; 3. Ресурстық ақыл-ес кеңестігіне саяхат жасау алгоритмін елестету; 4. Өмірдің «ақ жолына» оралу, ол барған сайын оланда жақсы шығатынына сенімді болу. Соңында қатысушылардың жағдайына баға беру стандартты процедурасы жүргізіледі. Техникалық әрекеттің жақсы нәтижесі болып, терапевтік процесс қатысушыларының эмоционалды жағдайының едәуір жақсаруы саналады.

Тұрғылықсыз уәждеме (таңертең мынаны қалаймын, кешке-басқаны қалаймын) сияқты тілекпен жұмыс істеуде, келесі стандартты амалдар қолданылады.

Тұрақты емесе уәждеме – маңыздалған патологиялық, висцеропатиялық, аффективті әуестің өзекті синдромының атрибуты ретінде анықталса – жоғарыдағы бөлімдерде сипатталған амалдар қолданылады.

Егер, уәждемелік саланың тұрақсыздығы терапевтік бағдарламаға кіру бойынша асығып қабылданған, ойланбаған және дайындалмаған шешімнің салдары болса (әдетте ондай шешімдер жағдайлардың қысымымен қабылданады) және өзекті синдромның маңыздануының анық белгілері болмаса, келесі техникалар пайдалыналады:

1) Когнитивті құрылымға көңіл аударылатын техникалар (түсіндіру) – бұл жердегі негізгі күштер, үстірт және тұрақты емес уәждемесі бар пациенттер, біріншіден, оларда бар тәуелділіктің тереңдігі мен ауырлығын сезінуі керек, ал екнішіден – тәуелділіктен құтылу үшін қажетті, қайратты жұмыстың қажеттілігі туралы шешім қабылдауға бағытталуы.

Осыған орай, терапевтік қауымдастық жиналыстарында көбінесе талқыланатын сұрақтар түріндегі тезистер, (бұл жерге сауықтандыру бөлімінің не орталығының барлық пациенттері, сонымен қатар сауықтандыру бригадасының барлық мүшелері қатысады) немесе терапевтік бағдарламаға кірудің бірінші кезеңдерінде өткізілетін топтық пікір таластарда, қысқа да нұсқа қалыптасады: «Біз неге мында жүрміз және осы жерде не істеп жүрміз?». Тиісті терапевтік жұмыс нәтижесінде барламаға кіру кезеңіндегі пациенттер алуға жататын жауаптар да айқын да нақты қалыптасады: олар мында бір себеппен – өзінің жүріс-тұрысын бақылай алмайды (яғни тәуелділікке түсті); сондықтан олар осы жойылған бақылауды қалпына келтіру үшін осында (яғни тәуелділіктен құтылу). Олар осы бағытта қозғалысын жаңа ғана бастап жатқандықтан – олар әлсіз. Бәрінен едәуір әлсіздердің себебі - тәуелді жағдайдың шын мәніндегі қауіптілігін түсінбейтіндіктен. Осы жағдайда терапевтік тәртіп жойылған бақылаудың міндеттерін атқарады – оны дені сау болу үшін қабылдауға қажет, дәмін ұнатпаған, бірақ қажетті дәрімен салысытыруға болады. Терапевтік бағдарлама ауру-тәуелсіздігі жағдайынан

тәуелсіздіктен құтылу-денсаулық пен өзінің жүріс тұрысын бақылау қасиетін қалпына келтіру күрделі бағыт бойынша жолбасшы міндетін атқарады. Пациентті жаңа, дені сау және еркін өмірге алып баратын өзінің жолы салынбағанша – терапевтік бағдарламаға сеніи білдіру керек. Осылайша пациенттің тек бір қауіп төндіретін нағыз жауы бар – ол патологиялық тәуелділік (алайда бұл жаудың көптеген қулықтары бар, оларды талқылау білу керек) және алғашқы кезде шдауға көмектесетін екі нағыз жолдасы бар– ол ауыр шабуылдарға ешқандай қулықтарға жол бермейтін терапевтік тәртіп пен тәуелділікке қайта елігуге тұрақтылық өзігін қалыптастыратын терапевтік бағдарлама. Әселе тек мынада – пациент бұлардың қайсысының жағына баратынында. Аға резиденттер келтіретін көптеген иллюстраициялары бар осы тезистерді үнемі талқылау, бірте-бірте бағдарламада қалуға тартады, ең болмаса соншалықты көзге түспейтін позицияларға қатысты басқа сұрақтарға жауап алу үшін (мысалы, бақылау жоғалтудың шектері қайда; неге пациент ПБЗ қабылдаудан, о оған керек еместігін сезгенде өзі бас тарта алмайды). Осы жағдайда жақсы нәтиже ретінде – пациенттің терапветік бағдарламадан саықтандыру орталығындағы алғашқы 2-3 жеті мерзімінде шығуының төмен көрсеткіші. Содан кейін, пациенттің өзінің тәуелдік қалыптасу жағадайына деген қызығушылық белгілерінің дәрежесі бағаланады, сонымен қатар терпhапевтік тәртіпке сенім.

2) Когнитивті (контраргументация) және жүріс-тұрыс құрылымдарына сүйенетін техникалар– осы техникалық амалдың негізгі мақсаты – уәждемесі тұрақсыз пациенттердің стандартты қорғау «ұранының» әлсіздігін көрсету, олардың мазмұны әдетте былай болады: 1. Тәуелділіктің ешқандай айқын белгілері оларда жоқ; 2. Олар өздерінің жүріс-тұрысын өздері бақылай алады және қажеттілік пайда болғанда алкогольді немесе есірткені қабылдауды қоя алады; 3. Осындай тілектің жоғында ешқандай сауықтандыру бағдарламасы көмектеспейді. Техникалық әрекет келесіде негізделген: пациенттердің сөздерімен тікелей конфронтацияға түспеу; мойындамауға болмайтын айқын заттарға сүйену; «жаңадан» келгендерге жағымды тұрақты ресурстық жағдайларының белгілерін көрсететін аға резиденттердің тәжірибесіне сенім білдіру; конфронтациялық ширығуды төмендететін іс-әрекеттің ойындық мәнеріне.

Техникалық әрекеттің алдын ала кезеңінде топ қатысушыларының жағдайын бағалайды, осы жағдайды проблема ретінде шығаруға дайын пациенттерді тұрақсыз уәждемемен сәйкестендіреді. «Ынталы пациенттер» мүмкіндік болғанша, терпаевтік бағдаррламаға қатысуға қарсы дәлеледерін нақты құрайды – жай ғана («қатысқым келмейді», «ұнамайды») едәуір күрделілерге, олар үнемі немесе анда-санда маңыздалып, бағдарламаға толық кіруге кедергі жасайды. Осы аргументтер плакаттарға жазылады, олар кейінгі ойын іс-әрекетінде жарнамалық тақтайлар рөлін атқарады. Уәждемесі тұрақсыз пациенттерге және бүкіл топқа, осы ойын іс-әрекетінде олар тәуелділіктің тек «алдыңғы -жарнамалық» жағын ғана көре алады, оның негізгі міндеті өзін өзі сақтау инстинктісін төмендету мен неғұрлым көп жас адамдары оның артқы «жағына» тарту, ол жақта бәрі нақты іс жүзіндегідей. Осы ретте барлық

қатысушыларда өзінің «жарнамалық» сценарийлерге еліктіргендік дәрежесін сезіну және олардан алыстау мүмкіндігі болады.

Топ қатысушыларының есебінен алдын-ала кезеңінің аяғында бағдарламадағы қатысуға «қарсы» аргументтерінің бастапқы тізімі үнемі пайдаланатын мөр таңбалары – аңыздарымен қосымшалайды, олар келесіде қолданылады: 1. Тәуелділікке тарту мақсатында («бір рет тұрасын – барлығын көру керек», «бір рет көргеннен ештеңе болмайды – тек қана қуаныш әкеледі», «қашан тастағын келсе – сонда тастайсын, тек қана оны қалауың керек» және т.б.); 2. Тәуелділікте ұсталып қалу және емделу мерзімдерін жылжыту мақсаттарымен («Мен ауру емеспін, маған емделудің қажеті жоқ», «Мен өзімнің тәртібімді бақылаймын және маған ешқандай көмек керек жоқ», «менде проблемалар жоқ – бұл мені емделуге жіберетіндердің проблемалары бар» және т.б.); 3. ПБЗ тұрақты қабылдауына қайту және сауықтыру сценарийінің «жеңіліп қалуын» қамтамасыз ету мақсатында («героин күте алады», «героин соңғы күледі», «жіп қанша иілсе де, ақыры болады» және т.б.). Терапевтиялық процесстің қатысушылары сайып келгенде тартуды әрбір кезең және тәуелділіктің құрастыруында жарнамалық дақпырттар жұмыс істеген, адам психиканың қорғайтын тосқауылдарын кенет әлсіретететін ақпараттық вирустар көз жеткізе алады. Адамның қорғайтын күштеріне ойластырылған шабуыл осы кезеңде тап солдың контексту үшін маңызды - бас резиденттердің тиісті мысалдарында әйгіленді. Біріншіден, топ келесі кезеңде ақиқаттарға сәйкес келетін өзінің түрі вирусқа қарсы бағдарламаны есеп 3 командада әрбір жарнамалық блокке бірдей қарсы тезистерді ойлап табу жіктеледі - екіншіден - қиратушы вирустарды адам психиканың қорғайтын тосқауылдары қалпына келтіре қырып-жояды. Аумалы себеппен емделушілері үрмен-дүрмендерге, техникалық тапсырманың орындауындағы олардың белсенділігі арналған жіктеледі терапевтпен және бас резиденттермен барынша жағдай жасап позитивті қуаттанады. Негізгі контртезисовтардың мазмұн (өтетін, көтеруде, маңызды креативті Олжалармен әдеттегідей) осы процессті аяқтағаннан соңы плакаттар қарсы тарапқа даярланылған бұрын тасымалданады. Бұдан әрі ешқандай да сиқыршылық негізінен жоқ болатынын - жоюды жүйе адамда сәйкесінше пайданы барынша көп алу тек қана есірткілерді және еліткіш ол белсенді тұтынушы ретінде ұзағырақ ұстап қалуға болатын және бір мақсатпен жүзеге асырылатын сау болыңыз ойластырылған бетсіз және арсыздықпен алдау бар болатынын көрсететін тәуелділіктің қара сиқыршылығының әшкерелеуін сеанс жүргізіледі. Сеанс өздері аумалы себебі бар емделушілер позицияны таңдай алатынын сайып келгенде жүргізіледі: беткі жайғассын - жалған (тәуелділік нышан болатын ішінде тұйықталған шеңбер яғни) плакаттардың тарабы, немесе ақиқат жақтан, ар жағында төңірек - бостандық нышан болатын ашық кеңістікте. Емделушілер дайын тұрған барлық алдыңғы әсерлер соңғы вариант әдеттегідей таңдайды. Қорытындылаушы кезеңде пысықтау сессияның материалдары бойынша пікірталас жүргізіледі. Бір бойынша талқылау керек бостандықтың ашық кеңістігі бір жерден шығады қатты терапевтиялық тәртіппен жеткілікті іздерге алқынатын басты сұрақ. Шындығында, және терапевтиялық тәртіптің бас мақсаты болып табылған

тәуелді күйді шеңбер қиындықпен тарқайтын демонстрацияның варианттары бұл жерде көп бар болады. Бірінші және бағыт бұның өте маңызды адым дегенмен істелген - аумалы себебі бар емделушілер байбаламның дәрежелерін сезінді және қорғайтын күштердің қалпына келтіру программасы және меншікті мінез-құлықтың үстінде бақылауларда қатысу туралы шешім қабылдады. Бұдан әрі қатысушылардың күйді бағасының үйреншікті процедуралары жүргізіледі. Жақсы нәтижемен ынталы емделушілердің предразмышлениянның кезеңі және (Д.Прохазктер, К.ди клемент классификация бойынша) әсерлердің кезеңге ойлауынан өткел туралы куәландыратын топтарын оң кері байланысты санау керек.

3) Өтуі химия тәуелділігі, өтуі шеңберінде жүзеге асырылатын терапевтиялық бағдарлама болуы мүмкін алуларды сатының түрінің құрастыруымен сөзсіз байланатын жоғалтуларды сатылар түрдің актуәлизациясына екпіні бар техника. Техникалық әсердің мәліметінің негізгі есебі - терапевтиялық бағдарламада, тәуелділіктің ұғымдарының айқындауы қатысуға орнықты себептің құрастыруы - ауру, денсаулық - босауға тәуелділіктен терапевтиялық маршруттың тәуелділіктен босату, қатарға тұрғызуы.

Бас та, (таңертең емделгім келеді, кешке - елге) аумалы себебі бар кіші резиденттер де техникалық әсер ақтайтын бағдарламада белсенді қатысудың бас резиденттер, түсінетін және қабылдаушы қажеттіліктерінің ашық тобында болған жағдайда жүргізіледі. Әсер ойлар және аумалы себебі бар емделушілерде актуәлизирлеген және олардың бағдарламадан шығатын есіктерін ақтайтын тезистер талқылаудан сол бастайды. Сол тап солдың емделушілері тәуелді өз мінез-құлықтары болып табылмай, тексеретін, өз дына ал бұйрық та барлық проблеманың шешімін таба алатын жоспардың бекітуі бұл әдетте. Бұдан әрі ынталы емделушілерге дейін сол тәуелділіктің өзі қу қасиеттерінің бірі дөп және уақыт Долгое патологиялық әуес болуды құрастыру мүлде болмай қалмайтын жоғалтулар күрделі тіршілік жағдайлар және бұйрықтар ойын ниетін бүркеп адалданғандығында ретінде айғақ шығып жатады. Көзі ашылу адам тек қана осындайда жиі басталады барлық дерлік жоғалтады, қоса және меншікті денсаулықтың қоры. Топтың қатысушыларына терапевт осы мақсатта әрбір баспалдақ маңызды тіршілік платформаның жоғалтуын белгі қоятын жоғалтуларды сатыны құрастыруға ұсынады – 1. Айналадағылардың құрметі, 2. Жақындардың сенімі, 3. Беделді оқу, жұмыс, 4. Ақша амалдары, 5. Өзінің тәртібімен бақылау және жеке бостандығы, 6. Оның басты атрибуттары жақсы көңіл-күй, энергия, оптимизм, өмірдің жоғары сапасы сияқты денсаулығы, 7. Заңды түсінігіндегі бостандық (заңмен проблемалар), 8. Өмірдің өзі. Терапевтиялық сессияны өтетін бөлменің кеңістігіндегі әрбір баспалдақ тиісті сектормен белгі қояды. Топтың қатысушыларына терапевт сезініп қойылдың олардың әрқайсы жоғалтулар қатынаста сол және оларға дейін жеткен баспалдағы тап алу бастапқыда айтып қалуға ұсынады. Сонымен бірге, әдеттегідей, қатысушылардың негізгі саны бесінші - алтыншы баспалдақтың секторында барлық өңге олар, қалай болғанда да, өте алған туралы ашық мәлім ете орналасады. Осылай, жоғалту «тірі» және

«айтылатын» баспалдақтары қалыптастырылады, олар біріншіден, жоғалтуды бар болуын тану – ешқандай жағдайында ұят емес және т.б., керісінше – кемсітетін өзін-өзі алдауының ақыры, және қабылдау баспалдағына жолдың басы дегенді білдіреді. Бас резиденттер және жаңа келгендердің арасындағы осы кезеңде тұрғызылатын қарым-қатынастың адалдық, сенімділігі, соңғылардың кейбірі оларға бәрі түсінікті екенін хабарлайды және жоғалтулар алып кеткен туралы бұл сәтте өз кезегінде айтады, оларға енді барлық түсінікті хабарлайтын әдетте мүмкіндік туғызады.

Келесі кезеңде, жоғалту сатылары керісінше алулардың болашақ үлгі болатын тәуелділіктен азату және алып кеткен жоғалтуларды орнын толтыру үшін жеңуге қажетті дистанциялары қатты сөйлейтін сатысы болады. Егер оларды дұрыс пайдаланса, әсер болуы мүмкін және мұндай нұсқа, жоғалтуларды өтеміне тұрып қалатыны болмайды - дағдарыстық ахуалдағы дамытуын тәжірибе анығында болады, ол шектерде адам қашық алға жібере алатын мүмкіндіктер және көкжиек шектелгеі болады. Мұндай нәтижеге дейін жету үшін дегенмен терапевтиялық бағдарламаның потенциалында ретке келтіруі және бір жердегі топырлауға уақыт толық жоғалтуы керек - бір қадам алға, екі артқа немесе керісінше. Енді бағдарламаға кіретін резиденттер және бас резиденттер жеткен нәтижелерден және жасауға әлі тура келген жоспарлармен өз сезінулерімен нақтылы секторлар орналаса - алулардың сатысы жіктеледі. Аумалы себебі бар тұлғалар үшін терапевтиялық бағдарламадағы белсенді қатысуды ең жақсы және мәнді насихаттау - мұндай бас резиденттердің оларда болатын қор күйдің жалған емес белгі нығайылған сенімді айтқан сөздері,- деп аталады. Қасында соңғы бағдарламаға бөлтек-бөлтегілгендік мүддесі туралы куәландыратын сұрақтар осы кезеңде әдетте көрініп қалады. Бас резиденттерге бұл жерде МСР кезеңдердің өтуін тәжірибе ауытқығыш жаңа келгендерге дейін өз меншікті алып жүруі және дистанцияның табысты өтуіне үміттің оларындағы босауға тәуелділігінен қоныстандыруға ұялатуы керек. Бұл екі біртіндеп әсерлер сайып келгенде, нәтижеде қалыптасады, бір жағынан, павалардың қолдануын жалғасына теріс себеп, басқа - терапевтиялық бағдарламада оң қатысуға болады. Терапевтиялық сессияның позитивті нәтижесімен аумалы мінез-құлықтың редукциясы және конструктивтік себептің жоғарылатуы ынталы емделушілерде санау керек.

4) Екі дүкеннің сол тәуелділіктен босатуға төлеуі керек болған баға туралы тәуелділіктің құрастыру тетіктері және болмай қалмайтын әрбір тәуелді адам төлеген баға туралы айқын, түсінікті ұсыныстардың құрастыруына сонымен бірге бағытталған техникасы болады. Орындау стилі бойынша осы техникалық әсер алдыңғы үрмен-дүрменді қатысумен экспрессиялық ақылдасуды тәртіпте жүргізілетін айырмашылығы болады, тек қана терапевт жүрісте не тақтайға немесе флипчартіге жауаптарды сұрақтар қойып бекітеді. Техникалық әсердің ортақ терапевтиялық мағынасы ақиқат туралы ұсыныс және есірткі немесе еліткіштің үнемі бөлтек-бөлтегілгендік баға алған емделушіде егес немесе тиісті теріс себеп қоюларында канализация жасау керек болатын күтпеген апат наразылық пайда болады. Емделуші денсаулық және терапевтиялық бағдарламадағы қатысуға орнықты себепті

қалыптастыруға тиісті бостандықты алады қалыптастыру тиісті көрші дүкеннің үнемі бөлтек-бөлтегілгендік позитивті өнім сапасы ұқсас түрмен орналасады. Біріншіден, бәсекелестік сайып келгенде, бұл ұтуы керек мекеме бәсекелестікте ғана емес, қауіпсіз және жоғары сапалы өнімді ұсынғанында бар.

Техникалық әсер олар мақсатпен есірткілер алатын қатысушылардың тобына терапевттің сұрағынан бастайды – олар алкогол мен есірткіні қандай мақсатпен сатып алды? Дозалар үшін неше төледі? Күніне қанша ақша құртты? Бұдан әрі сұрақтарды емделушілер ақшалар туралы ғана емес, уақытты кеткенін түсіну үшін сайып келгенде салады,- бұл қатынасы айрылып қалған уақыт текті және жақын, мәртебелі оқу, бостандық, денсаулық, тұрмыс сапа жоғалтылған баққұмарлық сенім қоршаған, және өзінің өмірі. Сұрау ми дауылының тәртібінде қатысушылардың белсенділігінің позитивті нығаюында жүреді. Тек қана терапевт жауаптарды қысқаша түсіндіреді және олардың үнемі өсетін өнімнің бағасының тізіміне басады. Бәрінен алыс болған сайын маңызды сәті бұл жерде өнімнің сапасының тақырыбына қайту болып табылады. Есірткілерді қолдануды көп жылдық өтілі бар тұлға айғақтың топтың алдында сол куәландыра алады, яғни сынуды түсіру үшін қалыпты жағдай өзін қалыпты жағда ға келтіреді. Сол үшін соншалықты күш салып, соншалықты ақша төлеу оған жетеді ме?

Басқа маңызды момент дозаның сауығуға, мүшелеуге, лақтырып тастауы бойынша амалдардың әртүрлі тегінің мөлдір суына біржола жою болып табылады - ең болмаса тәуелді тұлғалардың талпыныстары олар төлеген уақытша азайтылған баға және оның гендік қасиеттерінің қайтаруы алынатын тауардың сапасы маңызда жоғарлатады. Біріншіден, бас резиденттер және тұтынуды үлкен стажы бар тұлға бұл аз уақытқа болған туралы бұл жерде айта алады, барлық санаулы күндерде өз шеңберлеріне қайтарылады. Екіншіден, көп (мұндай мысалдар егер топтың қатысушыларында болмаса, бұл туралы терапевт айта алады) көп мөлшерлеулерден мұндай тәуелділіктен босатудың мақсат талпыланатын удың күшін жоюлардың курстерінен кейін бітеді. Не теріс себептің құрастыруының белгілері егестің бар болуы есірткі сатуды сала қолданылатын арсыздықпен алдап көрсететін жауаптар терапевт және топтың тиісті бағасын алуы керек. Келесі кезеңде қатынастағы ақылдасу бағаны өз барлық қайтару үшін төлеуі қажеттілігін жүргізіледі, (немесе бөлек ең болмаса сол) онда, бірінші дүкенде жұмсайтын. Басқа тақтайдың бір бөліктеріне немесе флипчарте осы сияқты бағаның мінездемелері жазылады. Бұл техникалық әсердің бөлігі аса маңызды сол ақтайтын тәртіп және осы жағдайда терапевтиялық бағдарламаның бас мінездемелері сырттай жабысып қалмамағанында емес, өзінің бірлестіктерімен шығарғанында және қатты қажеттіліктер сияқты қабылданғанында тап бұл жерде істеліп жатқан көзқарастан болып табылады. Яғни емделушілері дамытатын практиктер, ережелер және терапевтиялық тәртіптің мәнмәтінін жүзеге асырылатын нормалы өмірлердің қоюларын қарқынды прессингінің идеяларына сайып келгенде келеді. Бұдан әрі, мұндай баға қайтадан тартуға толық қалпына келтіру және орнықтылықтың құрастыруы үшін тәуелділікте қажетті жеткілікті уақыт аралығы қажеттілігін қосуы керек. Бұл соңғы сәті өте сол аккөңіл

айырбасты апаратын дүкенде және маңызды байланысты келесі жағдайлармен өте алынатын түпкі өнімнің сапасын айқындауы көздің нүктесімен қызықты. Пікірталастың қатысушыларын бағаның байланысы (яғни жұмсалатын күштердің жиынтығы, уақыт, құралдар және бұйрық) және түпкі өнімнің сапасының (яғни адам тәуелділіктен шындығында азататын айғақтары) анықтауында сөзсіз пайда болатын жүрісте өткір пікірталасғ әсіресе бұл соңғы айғақтардың қисынды күмәндері айтып тастай алады. Өте қысқа мерзімдерде тұтынуларына ақтайтын бағдарламалардың өтуінен кейін қайтарылатын немесе тіпті болған ертеңге көшірмеден кейін болады. Осы барлық күштер босқа болмауы туралы кепілі қайда? Осы мәселелерде айнала болған пікірлердің соқтығысулары өте пайдалы. Мұндай ретінде айқындалатын пікірталастарда: 1. нөмірдің өтеуінің аралығында айырмашылықты көруге керек және ақтаумен ұзақ, ең алдымен, себептен резиденттің өзіне тәуелді болады; 2. ақтайтын процесстің негізгі мақсаты және, мақсаттар уақыт тегін жоғалтпай жігермен осыған алға басуға ашық елестетуге керек; 3. мұндай мақсат біреу бола алады - қайтадан тартуға орнықтылықтың биік деңгейлерінің құрастыруы (жеке алғанда - дерлік делдалдық желінің «атакаларына», жақтан текті және жақын тіршілік мәселелер, стресстерге және бұйрықты сенімсіздік болмай қалмайтын) тәуелділікте; 4. өз неліктен барлық мүмкіншіліктер толық курсті аяқтаудан кейін (яғни өздің қайтадан тартуға орнықтылықтың биік деңгейіне тәуелділікте дамытуға үлгерген) тәуелділіктен азатуға алатын бір резидент мұндай мүмкіншіліктердің ұқсас курсінен кейін (яғни ынта білдірмеді немесе өздің қажетті қасиеттерінде дамыта алмады) алмайтын басқа айырмашылығы болатынын ұсына бастады қажеті сайып келгенде керек; 5. психологиялық денсаулықтың биік деңгей құрастырылған орнықтылықтар жоғары бастапқы күтулерді өнім түпкі салмағы сапа алған сайып келгенде емес қызықты және қаныққан өмірдің мүмкіндіктерін анағұрлым қамтамасыз ететін болады, сонымен бірге ашық, қандай болса да жасанды емес, қазіргі, жеміргіш орта болады.

Техникалық әсердің үшінші кезеңі, (белгі қойылған пікірталас жағдайда өтті және топтың қатысушылары шынайы бағаны төлеу және жоғары сапалы өнім алуға дайын болу) ақылдасу тәртібінде және қайтадан тартуға орнықтылық тәуелділікте қамтамасыз ететін психологиялық қасиеттер түрі қалыптасады. Топтың қатысушылары қасында бұл алған өз таныс оларға сипаттың сапаларына бұл көмектесетін туралы ойлау еске түсіре алады. Бұл мінездемелер терапевтиялық процесстің барлық қатысушылары үшін барынша нақты және түсінікті болу үшін соған бұл терапевтте ұмтылады. Тақтайға немесе флипчартеге бұл сұрақтың бас бағасының жаңа түрі және семіз сызықпен сол топ өте маңызды шекараға ілгері жылжыды - терапевтиялық бағдарламаның бас мақсатының ұғынуына ретінде айғақ асты сызыла жүргізуге бөлек жазып алу керек. Бір іс - тәуелділіктен жай ғана босауға, бірақ мүлдем басқа - тап бұл айғақта өту үшін жетуі керек болғанын тура білу қажет. Бұл жақсы түсініп осы бағытта қозғалатын резиденттер тек қана әрбір оныншы мүмкіншілікте парасаттылықтың күйінде жығылмай тұруға бар сияқты тек қана әрбір оныншы мүмкіншілікте парасаттылықтың күйінде жығылмай тұруға бар

сияқты туралы ешқандай да мәліметтер жоқ. Олар барлық бұл он пайыздар кіреді. Терапевтиялық бағдарламаға қатысуға орнықты себепті жаңа келгендердің көпшілігінде құрастыруы керек болатын. Тап соның нәтижесі және өте қолайлы ортақ техникалық әсердің аяқтауында болады.

5) маятник техника - аумалы себебі бар емделушілер қатынаста қолданылады. Негізгі терапевтиялық идея әртүрлі қоятын позициялардың арасындағы теңселтуді келешексіздіктің айқын ұғынуын табыста бұл жерде болады, құрастыру және мұндай конструктивтік мінез-құлық қырының іске асыруы - осы тартудың қарама-қайшы полюстары бұл барлық потенциалды қолданады.

Техникалық әсер көмекке аумалы себебі бар емделушілердің топтың теңестіруі, тиісті сұрау салуды ресімдеуден бастайды. Мысалға, таңертең оның шешіміне қарама-қайшы себептер терапевт тура терапевтиялық бағдарламада қалуға тартуға сипаттауға барынша сұратады, яғни бағдарламадан шығу- деп керісінше, бөлімшеден текті, жақын, жора-жолдастармен жылдамырақ кездессіп, өз уақыты және бұйрық еркін иелік етеді. Бұл себептердің әрқайсыларын тарту, ұқсас маятник-емделушідегі полюсын құрастырған теңселтеді. Терапевт және топтың есебі екі бұл полюстар емделушілер ахуал негізінен кері көрсетуіне итереді. Терапевтиялық бағдарлама оны қабылдамайды, өйткені өзі бұл бағдарламаны қабылдамады және оған ақырына дейін деп ойламады толық ақтайтын курстің өту керек. Полюс текті және жақын сондықтан ол итереді, ол шексіз бейнет беймаза тәуелді адамның сапасы бұл ешкімге шын мәнінде қажет. Мына барлық әсерлер итерген қатысушылардың екі топтарымен тиісті сөздері бар бір-бірінің ынталы емделушісі және өрнектермен асыра лақтырады сөзбе-сөз шығарады. Сонымен бірге соңғысы өзін сезеді дискомфорт жеткілікті, соның ішінде және дене деңгейінде, не туралы қысқа кері байланыста хабарлайды. Әсер кейін не өзімнің емделушісінің моментінің жаңадан басталады, бұл итерілетін полюстарды ортасында тоқтамайды және қандай болса да бірмәнді шешім қабылдауы керек болатынын қандай болса да бірмәнді шешім қабылдауы керек болатынын түсінбейді. Шындығында, шешімдер тек қана екі бұл жерде бола алады - немесе ақырғы бағдарламадан шығу немесе шын мәнінделердің онында енгізіледі. Келесі кезеңде шешімнің екі варианттары ұтылады. Сонымен бірге бұл сонымен бірге маятникке қайтаруы тек қана (әрмен не тербетілетін емделушімен тасымалданады) үлкенірек тербелістер амплитудасымен бірінші айқындалады. Емделуші осы ахуалда бұл үлкен маятник негізінен тетіктің екі бос тұруынан жүретін туралы көрнекі ұсыныс алады. Біріншісі наркологиялық клиникаға емделуші итереді. Екінші оның есірткіге немесе еліткішіне итеріп шығарады және сайып келгенде жеркеніштi итеріп шығарулар - асыра лақтырысулар созылады. Терапевттің уақытында екінші болмай қалмайтын тоқтаулары бұл ахуалдан шығудың варианттарының қарқынды талқылауын жағдай жасайды. Өте конструктивтік шешім бұрын ол өзімнің емделушісі енді бастапқыда терапевтиялық бағдарламаның полюсына тартылу үшін оқиғалардың мұндай тізбегімен кері итенбейтін байланған, бірақ қабылдаушы сеніммен және үмітпен алынады. Ол ақтайтын курстің арқасында бағалы кезуін

келесі кездесу үшін толық жабдықталған содан соң полюсқа текті және жақын саяхаттай алады, бостандық, бұдан болуға ешқашан мезі болмаған кеңістікке ұзарылады. Емделушінің қозғалысының конструктивтік варианты мәлімет терапевтиялық шарттың талқылауға және қабылдануы бойынша оның белсенділігі барынша позитивті қуаттанатын драма әсерінің тиісті бөліктерінде жинағы ол (және оны текті және жақын не күтеді) өту барысында терапевтиялық бағдарлама жетуі керек болатын дәл анықтауға ұтылады. Бұдан басқа бұл уақытты келгенде қарама-қарсы полюстағы емделуші және болуға зеріктірмеу үшін өмірден қанағаттандыру алғандай шұғылданатын бірдей сценари келешек салу керек. Клиенттерге көрнекі көрсетеді онда қарама-қарсы полюстың бұл нақты мақсаттарының табысы бойынша болатын жағдай итермегенінде емес, керісінше - шын мәнінделер адам тартсын дұрыс шешім өздің күшінде алғанынады.

Техникалық әсердің іске асырулары қорытынды кезеңде терапевтиялық сессияның материалдары бойынша қатысушылардың күйді бағасының үйреншікті процедурасы, пікірталас жүргізіледі. Қолайлы нәтижемен терапевтиялық бағдарламадағы қатысуға себептің маңызды жоғарылатуы және аумалы себебі бар емделушілердің тобындағы оның өтуін бірдей сценаридың қатарға тұрғызуы санау керек.

**Қорытынды**

Психотерапияның стратегиялық полимодалды теория және тәжірибесі - авторлық әдіс, игерілген 2001-2010 жыл мерзіміне - алғашқы емдеу кезеңдер және ақтау өтетін тәуелді тұлғалар сонымен бірге наркологиялық профиль бойынша қатер топ кіретін тұлғаларға наркологиялық көмектер көпшілігінде көкейкесті проблеманың шешімін табады.

Типті сұрау салулар да, сезінбелетін мәселелер де Спп ерекше технологиялық және технологиялық жолдары бар тіркес қолданылатын жіктелген психотерапевтиялық техникалар тұлғалардың қамтылатын контингенттің наркологиялық көмектің белгі қойылған кезең көрсетілетін шешімдердегі тиімді алға басуларға мүмкіндік туғызады. Олардың негізгі мінездемелерімен қолданылатын жолдардың жинақтылық, әр түрлілігі, резиденттердің күйінің ерекшеліктерінің есепке алулары болып табылады.

Ортақ стратегияның тиімді іске асыруы және Спптың жіктелген технологиялары наркологиялық профильнің мамандарының қосымша және үздіксіз кәсіби әзірлігінің бағдарламалары дәрігерлер және психотерапевтиялық тәжірибеге рұқсат болатын клиникалық психологтердің арнаулы дайындығы шеңберінде талап етеді.

***Пайдаланған әдебиет тізімі***

*1. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Место медицинских мероприятий в общей системе мер по противодействию злоупотреблению алкоголем в России. / На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 113–121.*

2. *Доклад Международного Комитета по контролю над наркотиками за 2009 г. Первичная профилактика злоупотребления наркотиками. // Ж. «Наркология». – 2010. – № 6. – С. 12–25.*

3. *Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – Т. 1. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.*

4. *Катков А.Л. Комплексная система управления качеством наркологической помощи в Казахстане как эффективный инструмент профилактики ВИЧ. // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 г. – Москва, 2009. – Т. 1. – С. 248-249.*

5. *Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ: макротехнологические и метатехнологические подходы: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 50 с.*

6. *Катков А.Л., Василенко И.В. Комплексная программа снижения вреда – первичной наркологической помощи в наркологической практике: Методические рекомендации. – Павлодар, 2005. – 46 с.*

7. *Катков А.Л., Макаров В.В. Роль и место психотерапии в профилактике, лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ. // Ж. «Психотерапия». – Москва, 2009. – № 8. – С. 11-17.*

8. *Катков А.Л., Нургазина А.З. Общие принципы и основные этапы групповой психотерапии с подростками группы риска наркологического профиля. // Ж. «Вопросы наркологии Казахстана». – 2006. – Т.6. – № 3. – С. 34–40.*

9. *Киршанов В.В., Киршанов В.Н. Период латентности инъекционного употребления наркотиков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием.– М., 2009. – С. 234–235.*

10. *Кулаков С.А. Психопрофилактика и психотерапия в средней школе. – СПб., 1996. – 63 с.*

11. *Наркология. Национальное руководство. – Москва, 2008. – 719 с.*

12. *Пилипенко В.Г., Басманова Т.Б. Международный опыт сокращения спроса на наркотики (по материалам работы Межгосударственной рабочей группы экспертов открытого состава по сокращению спроса на наркотики). // Ж. «Психическое здоровье». – 2008. – № 12. – С. 3–5.*

13. *Сидоров П.И. Наркологическая превентология. – Москва, 2006. – 719 с.*

14. *Сирота С.А., Ялтонский В.М., Лыкова Н.М. Безопасные копинг-стратегии у подростков 11-12 лет из неблагополучной и благополучной среды. // Ж. «Вопросы наркологии». – 2003. – № 1. – С. 36–46.*

15. *Хюльтен А. Построение устойчивой модели города, свободного от наркотиков. // Ж. «Наркология». – 2009. – № 4. – С. 17–20.*

16. *Шабанов П.Д. Основы наркологии. – СПб., 2002. – 555 с.*

17. *De Leon G., Schwartz S. Therapeutic communities: what are; the retention rates. // Am. J. Drug Alcohol Abuse. – 1984. – vol. 10, N 2. – p. 267-284.*