**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ**

**НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӘЛЕУМЕТТІК ПРОБЛЕМАЛАРЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ**

**А.Л. Катков**

# Медициналық әлеуметтік сауықтыру бағдарламасының «аяқталу» фазасында, «жұмыс» фазасында, сонымен қатар психобелсенді заттарға тәуелділіктің рецидивке қарсы және қолдаушы терапия кезеңінде қолданылатын стратегиялық полимодалды психотерапияның құрылымдалған техникалары

***Әдістемелік ұсыныстар***

**Павлодар, 2012**

**Катков А.Л.**

**Медициналық әлеуметтік сауықтыру бағдарламасының «аяқталу» фазасында, «жұмыс» фазасында, сонымен қатар психобелсенді заттарға тәуелділіктің рецидивке қарсы және қолдаушы терапия кезеңінде қолданылатын стратегиялық полимодалды психотерапияның құрылымдалған техникалары: Әдістемелік ұсыныстар.** – Павлодар, 2012. – 50 б.

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

Ұсынылып отырған әдістемелік ұсыныстар наркология саласындағы мамандарға: психотерапевт-дәрігерлерге, психологтарға, әлеуметтік жұмысшыларға арналған.

Әдістемелік ұсыныстарда медициналық әлеуметтік сауықтыру бағдарламасының «аяқталу» фазасында, «жұмыс» фазасында, сонымен қатар психобелсенді заттарға тәуелділіктің рецидивке қарсы және қолдаушы терапия кезеңінде қолданылатын стратегиялық полимодалды психотерапияның құрылымдалған техникалары егжейлі-тегжейлі сипатталады. Патологиялық (дефицитарлық) тұлғалық мәртебе сияқты базистік нысанмен психотерапевтік жұмысқа басты назар аударылады, өйткені сәйкес келетін емдеу – сауықтыру бағдарламаларының негізгі нәтижесі – химиялық тәуелді адамдарда қайтадан тартылуға психологиялық тұрақтылықтың жоғары деңгейін қалыптастыру осыған байланысты. Сонымен қатар, наркологиялық көмектің белгіленген кезеңдерінде стратегиялық полимодалды психотерапияның құрылымдарын пайдаланудан медициналық әлеуметтік сауықтыру бағдарламасы резиденттерінің әдеттегі ішкі тұлғалық және тұлға аралық проблемалары тиімді шешіледі. Негізгі акцент пайдаланылатын техникалық тәсілдердің алуан түрлілігі мен кешенділігіне жасалады.

**Рецензенттер:**

Медицина ғылымдарының докторы Толстикова А.Ю.

Медицицна ғылымдарының докторы Кудьярова Г.М.

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

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

# МАЗМҰНЫ

Кіріспе ……..4
1. Амбулаторлы/стационарлы сауықтыру, рецидивке қарсы және қолдаушы терапия кезеңіндегі стратегиялық полимодалды психотерапияның жалпы принциптері..…….……4
2. Психобелсенді заттарға тәуелділерді медициналық әлеуметтік сауықтыру бағдарламасының «жұмыс» фазасында қолданылатын стратегиялық полимодалды психотерапияның құрылымдалған техникалары..…….....……5
3. Психобелсенді заттарға тәуелділерді медициналық әлеуметтік сауықтыру бағдарламасының «аяқталу» фазасында қолданылатын стратегиялық полимодалды психотерапияның құрылымдалған техникалары ……..36
4. Рецидивке қарсы және қолдаушы терапия кезеңінде қолданылатын стратегиялық полимодалды психотерапияның құрылымдалған техникалары..…46
Қорытынды ……..……..49
Қолданылған әдебиеттер тізімі.....……50

**Кіріспе**

Наркологиялық ғылым мен тәжірибенің дамуының заманауи кезеңінде психобелсенді заттарға тәуелді болғандарды сауықтыру бағытына (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002; NIDA, 2000), сонымен қатар рецидивке қарсы және қолдаушы терапия бағдарламаларына баса назар аударылады (ПБЗ) (Пак Т.В., 2008; Дудко Т.Н., 2009; Катков А.Л., 2009). Атап айтқанда, көптеген зерттеулерде ПБЗ тәуелділерді толықтай медициналық әлеуметтік сауықтыру, рецидивке қарсы және қолдаушы терапияны қолдану терапевтік ремиссияның сапасын айтарлықтай арттырып, мерзімін ұзартатындығы көрсетілген (Кабанов М.М., 1976; NIDA, 2000).

ПБЗ тәуелділерді медициналық әлеуметтік сауықтырудың (МӘС) төмен құрылымдалған және жоғары құрылымдалған (кәсіби) бағдарламаларының негізгі компоненттері - психотерапевтік тәсілдер және технологиялар болып табылады (Батищев В.В., 1998; De Leon G., 1997, Даренский И.Д., Белокрылов И.В., 2011; Катков А.Л., 2011).

Оған қоса, наркологиялық көмек саласында пайдаланылатын әдістерді және кәсіби психотерапевтік тәсілдерді жүзеге асыруды репрезентативтік зерттеу нәтижелері бойынша, атап айтқанда ПБЗ тәуелділерді МӘС бағдарламасының, рецидивке қарсы және қолдаушы терапияның негізгі кезеңдерінде айтарлықтай қиындықтар кездеседі. Мұндай проблемалардың басым бөлігін кәсіби психотерапия технологияларын және әдістерін кешенді жүзеге асырудың әдістемелік мәселелерінің әлсіздігіне жатқызуға болады (Катков А.Л., Макаров В.В., 2009).

Осы әдістемелік ұсыныстар айтарлықтай дәрежеде аталған проблемаларды шешеді, өйткені СПП негізгі тәсілінің мәні де сол әртүрлі психотерапевтік модальдықтың тиімді үйлесу мүмкіндігінде, олар екі деңгейлі дамытушы коммуникация кеңістігін тиісінше макротехнологиялық және метатехнологиялық дайындағанда адекватты терапевтік стратегияның жалпы контекстінде жүзеге асырылады.

**1. Амбулаторлы/стационарлы сауықтыру, рецидивке қарсы және қолдаушы терапия кезеңіндегі стратегиялық полимодалды психотерапияның жалпы принциптері**

Стратегиялық полимодалды психотерапия (СПП) – авторлық әдіс, біз оны 2001-2010 жж. кезеңінде дайындадық, ол базистік коммуникацияны өзіне тән макротехнологиялық және метатехнологиялық дайындауды, сондай-ақ ПБЗ тәуелділерді емдеу және сауықтыруда (когнитивті, мінез-құлық, ресурстық-бағытталған, арт-терапия, психодрама, топтық психотерапия және т.б.) пайдаланылатын кәсіби психотерапияның негізгі әдістерінің тиімді үйлесу принциптерін қамтиды. ПБЗ тәуелділіктің рецидивке қарсы және қолдаушы терапиялар: патологиялық тұлғалық мәртебе, мотивациялық өріс, химиялық тәуелді тұлғалардың патологиялық әлеуметтік мәртебе ы, сондай-ақ туысқандары мен жақындарының бірдей тәуелді болуы синдромы. Мұнда патологиялық тұлғалық мәртебе (ПБЗ тәуелділікке қайтадан түсуге тұрақтылықтың жоғарғы деңгейін қамтамасыз ететін қасиеттер жеткіліксіздігінің базистік сипаттамаларын

қамтиды) ең маңыздысы болып табылады, ол наркологиялық көмектің барлық белгіленген кезеңдерінің тура нысаны.

Сауықтыру бағдарламасының жұмыс фазасында және аяқталу фазасында жұмыс жүргізіліп жатқан осыған ұқсас ұғына бермейтін проблемалар патологиялық тәуелділікті «жеңілу» сценарияның басып кетуімен, өз-өзіне деген базистік сенімсіздікпен байланысты. Қайталануға қарсы және қолдаушы терапия кезеңіндегі мұндай проблемалар көбінесе өмірден рахат алу үшін, қанағаттану үшін альтернативті амалдарға және қосымша ресурстарға деген сұраныс болып табылады.

МӘС бағдарламасының резиденттерінің «жұмыс» фазасынан өту барысында көбінесе алға тартатын сауалдары келесідей: өзін-өзі бағалаудың төмендігі, өзінің тәуелділіктен құтылу және босау мүмкіншілігіне деген сенімсіздігі, ескерілмей кеткен өкпе және кінәлілік сезімі. «Жұмыс» фазасынан өту барысына тән проблемалар және көмекке сауалдар келесідей болып табылады: жазылып шығар алдындағы үрей, өз әуестігінің қайтып келуінің үрейі, қалыпты өмір сүру қажеттілігі алдындағы үрей мен сасқалақтау сезімі. Қайталануға қарсы және қолдаушы терапия кезеңіндегі жиі кездесетін сауалдар келесідей тәртіпте болады: «энергия, күш жетіспейді; кеудедегі үмітсіздік (қуыстық), немен толтырарымды, білмеймін; өмір тірегін қай жерден іздерімді білмеймін».

Жоғарыда келтірілген СПП технологияларды пайдалану арқылы наркологиялық көмек көрсетудің барлық белгіленген кезеңде шешілетін әмбебап терапевтік міндеттерр мыналар: ПБЗ тәуелділікке қайта түсуге тұрақтылықтың жоғарғы деңгейін дамыту, сабырлылықты сақтау және өмірлік мақсаттарға қол жеткізуге табанды мотивацияны қалыптастыру, қоршаған ортамен арадағы қарым-қатынастың ресурстық жүйесін құру болып табылады.

Айтылған және ұғына бермейтін проблемаларды тиімді шешумен байланысты арнайы психотерапевтік міндеттер наркологиялық көмектің белгіленген фазалары мен кезеңдерінде пайдаланылатын СПП макротехнологиялық, метатехнологиялық және құрылымдық-технологиялық тәсілдерінің арқасында орындалады.

СПП-ның макротехнологиялық және метатехнологиялық тәсілдері ұсынылып отырған құрылымдық техникалардың гиперпротекциясын қамтамасыз ететін жағдайларды қалыптастырады.

Олардың толығырақ сипаттамасы жарық көрген басқа әдістемелік материалдарда берілген (Катков А.Л., 2012).

## 2. Психобелсенді заттарға тәуелділерді медициналық әлеуметтік сауықтыру бағдарламасының «жұмыс» фазасында қолданылатын стратегиялық полимодалды психотерапияның құрылымдалған техникалары

Өзін-өзі бағалаудың төмендігі, өз-өзіне деген базистік сенімсіздік, өзінің тәуелділіктен құтылу және босау мүмкіншілігіне деген сенімсіздігі сияқты проблемалық блоктармен жұмыс жасағанда (бұл проблемалар жалпы психогенез негізінде біріктірілген) мыналар пайдаланылады:

1) «Портрет» атты арнайы ширату техникасы – оның негізгі мәні өзін-өзі төмен бағалайтын, базистік сенімсіз және біреудің пікіріне тәуелді пациенттер топтағы тұлғалардан кері байланыс алады, бұл олардың өзін-өзі бағалауын арттырады және алдына қойған мақсатқа қол жеткізу мүмкіншілігі жағынан үміттендіреді.

Техникалық әрекет қатысушылар күйін бағалаудың стандартты процедуралары жүргізілгеннен кейін терапевтік сессияның алдында басталады, оның барысында сәйкес проблемалық жағдайлар айтылады («кез-келген қиын жағдайларда сенімсіздікті сезінемін», «өз-өзіме сенбеймін», «үнемі еш нәрсеге қол жеткізе алмайтындығымды ойлаймын» және т.б.). Терапевт топ қатысушыларының назарын келесідей айқын фактіге аударады, адам өзі туралы барлығын біле алмайды – міндетті түрде оның жеке тұлғасының, мінез-құлығының қандай да бір бөлігі болады, ол оны білмейді де, алайда қалағанда және баса көңіл бөлсе бұл маңызды бөлікті «сырт жағынан» байқауға болады. Мұндай жағдайда адамның портреті оның әдеттегі бейнесінен біршама ерекшеленеді, бұлай болғанда өмірде көмектескенге қарағанда әлдеқайда кедергі келтіреді. Бұдан әрі терапевт қатысушыларға жұпқа бөлінуді (мүмкіндігінше үлкен резиденттер проблемалы пациенттермен жұп болып жұмыс жасауын қадағалау керек, алайда бұл орындалуы міндетті шарт емес) және кімнің «суретші», ал кімнің «модель» екенін анықтап алуды ұсынады. Суретшінің міндеті – әріптесінің тұлғасының «ұйқыдағы» бөлігін көріп, оның ауызша портретін жасау болып табылады. Бұдан кейін олар рөлдерімен ауысады. Әдетте, жайбарақат және сенім білдірілген жағдай орын алғанда, қажетті сөздер мен бейнелері табылады. Бұл әрекеттің басында терапевт қандай да бір пациентті үлгі ретінде алып, мұның қалай жасалатындығын көрсете алады. Жаттығу тұрған қалпы жасалады. Қатысушыларға әріптесті кем дегенде үш рет ауыстыру ұсынылады, бұл оның өзінің ашылмай қалған потенциялының аз дегенде үш сипаттамасын естуі үшін жасалады. Техникалық әрекеттердің жүзеге асырылуына қарай қатысушыларды тарту дәрежесі арта түседі. Топтың бірінші ретті ресурстық жағдайға түсуі «шу» деңгейінің артыуын куәландырады. Техникалық әрекеттің соңында қысқаша кері байланыс жасалады, оның барысында проблемалы пациенттердің жағдайының позитивті өзгерісіне назар аударылады.

2) «Ресурстық тәжірибе» атты арнайы ширату техникасы – бұл техникалық әрекеттің мәні стрестік жағдайда өзін ұстау тәжірибелерін игеру және актуализациялау, қорқыныш деңгейін төмендету, осыған ұқсас жағдайларға қатысты иррациональдық проекциядан құтылу болып табылады.

Техникалық әрекет қатысушылар күйін сұрастырудың стандартты процедуралары жүргізілгеннен кейін терапевтік сессияның басында және күрделі, белгісіз жағдайларда сенімділікті арттыру үшін сәйкес келетін өзекті сұрауды анықтағанда көрсетіледі. Терапевт топтың назарын қиын, стрестік жағдайларда туындайтын – қорқыныш, сенімсіздік, мазасыздану сезімдері – қалыпты адамдық реакция екеніне аударады, ол дискомфорт ретінде бастан өткеріледі, алайда сонымен қатар ол шығар жолды белсенді түрде іздеуді мобилизациялайды. Әрбір адамның өмірінде мұндай жағдайлар бірнеше рет туындайды. Кей кездері олар қалыптасқан өмір салтын өзгертетін сәттер болады. Бұдан әрі қатысушыларға

жұпқа бөліну және әріптесімен одан шығар жолды өзінің күш салуының арқасында тапқан, басынан өткізген кризистік жағдайлар туралы естеліктерімен бөлісу ұсынылады. Ол кезде кризистік күйзелістің шегіне жеткендегі сезімді де, жағдай оңтайлы шешілгеннен кейінгі сезімді де өзінің ойындағысындай еске түсіру керек. Осы жаттығу аяқталғаннан кейін қатысушылар шеңберге бұрылады да, жүргізуші әріптестердің әр қайсысына өзі екіншісінен естіген оқиғаны (соңғысының келісімімен) айтып беруді ұсынады. Осындай әңгімелеп беру барысында терапевт қысқа да, нақты түсініктемелер береді, ол әр қатысушының тәжірибесінің құндылығын позитивті түрде бекітеді және айғақтайды – яғни топ арасында осы тәжірибе адекватты түрде қабылданып, бекітілуіне жағдай жасайды. Адамды «күшті» немесе «әлсіз» ететін белгісіз жағдайлардағы сенімсіздік сезімі емес, бұдан шығар жолды және бұдан құтылуды іздестіру бағытындағы белсенді әрекеттің болуы немесе болмауы екендігі туралы фактіге әдейі баса назар аударылады. Санаға қонатын әрекеттің басталуымен қорқыныш пен сенімсіздік деңгейі бірден төмендейді (әдетте, бұл жөнінде топ қатысушыларының барлығы хабарлайды). Сонымен қатар, қолайсыз эмоционалдық фоннан құтылатын қарапайым ережелер де бар – «шпаргалка», «стреске қарсы гимнастика» – бұлар арнайы терапевтік сессияларда істелетін болады. Техникалық әрекет қатысушылардың өзін-өзі сезінуіне қарай қысқаша кері байланыспен аяқталады. Проблемалы пациенттердің белсенділігі мен эмоционалдық фонының артуын келісуге боларлық нәтиже деп санауға болады.

3) «Айналдыру» атты арнайы ширату техникасы – бағалау критерилерін өзгерту мақсатында пайдаланылады, оларды пациенттер өздерінің «кемшіліктерін» квалификациялауда қолданады, олар көбінесе өзін-өзі төмен бағалаудың себептері болып табылады.

Осы ширату техникасын жүргізу терапевтік сессияның бастапқы кезеңінде сәйкес келетін өзекті сұрауды анықтағанда көрсетіледі. Техникалық әрекет терапевтің топ қатысушыларына танысудың ерекше формасын өткізуді ұсынуынан басталады. Қатысушылардың барлығы бір-бірі туралы көптеген мағлұмат білгеннен кейін, әріптестеріне өзінің кемшіліктері туралы қандай да бір «құпияларды» сенім білдіріп айтатын кез келді. Терапевт қатысушыларға жұпқа бөлінуді ұсынады, оларда шамалап алғанда келесідей формадағы «мойындаулар» жасалатын болады: біз бір-бірімізді жеткілікті білеміз, өзіміз туралы да көп нәрсе білдік. Мен, мысалға, менде … (бұдан әрі қатысушылар өз бойынан өзі тапқан немесе қоршағандардың көмегімен тапқан адамгершілік қасиеттерін тізіп шығу керек)… сияқты абыройымның бар екенін білемін, бірақ кемшіліктерім де бар … (пациент өзі айта алатын бір немесе екі кемшілік сипатталады). Бұдан әрі терапевт жұп арасында таныстықты ұйымдастыруды ұсынады – әр жұп кем дегенде қатысушылардың басқа үш жұбымен танысуы қажет – қатысушылар өз-өздерін емес, бір-бірін таныстыруы тиіс. Мұнда әріптес өз бойындағы кемшілік ретінде айтқан қасиетті оның ең басты адамгершілік қасиеті етіп көрсету керек. Пациенттер бұл жаттығуда жасанды креативтілік көрсетуі қажет, олар әр келесі жұпқа әріптесінің мінез-құлқының «айрықша адамгершілік қасиеті» жағынан алуан түрлі аргументтер ұсынуы тиіс. Оған қоса өзі туралы айтқанға қарағанда біреу туралы айтқан қашанда оңай. Сонымен қатар әрптестен естіген өзінің

кемшілігі туралы «теріс айналдырылған» ақпарат, пациенттің өзі айтқанына қарағанда әлдеқайда сенім білдірудің жоғарғы деңгейімен қабылданады. Қажет болған жағдайда терапевт жұптасып танысу процедурасының осыған ұқсас үлгісін көрсетеді, одан кейін техникалық әрекеттің белсенді фазасы басталады. Әдетте, жұптасып танысу процедурасының созылуы және пациенттердің креативтік белсенділігінің артуы байқалады, бұл топ қатысушыларында бірінші реттік ресурстық жағдайдың қалыптасуын куәландырады. Жаттығу орындалғаннан кейін қысқаша кері байланыс жасалады, оның барысында топ назары проблемалы пациенттердің жағдайының өзгеруіне аударылады. Терапевт жүргізілген техниканы талқылау процессіне ынталандырады – топ нені үйренді, қатысушылар өзінің кемшіліктеріне енді қалай қарайды, бұған дейін айтылып отырған қасиеттер кемшілік деп қаралған ережелерге не болды және т.б. Бұл жерде проблемалы пациенттердің өзін-өзі төмен бағалауды өзгертуге дайындығын жақсы нәтиже деп санауға болады.

4) «Пьедестал» техникасы (когнитивтік компонентке сүйеніп) – бұл технологиялық тәсілдің негізгі терапевтік идеясы мынада, пациент сенімсіз әрекет етудің, өз-өзіне деген сенімсіздіктің механизмі және пайда болу көзі туралы, осы проблеманы тиімді сабырлықпен шешу үшін қажет «пьедестал» – фундаменті туралы нақты, айғақ түсініктер ала отырып, – осы саладағы олар үшін белгісіздіктің қиындықтарынан құтылады. Осы техниканы жүзеге асыру нәтижесінде қалыптасатын, сенімді әрекет етуді қалыптастыру бойынша ойлап жасалған жоспардың өзі тұрақты ресурстық жағдайдың сипаттамасы – толықтай фундаменттің маңызды тасы болып табылады.

Техникалық әрекет рөлдік қызметтермен біріктірілген милық штурм түрінде жүргізіледі. Бірінші кезеңде топ арасында өз-өзіне деген сенімсіздіктің себептері туралы пікірталас жүргізіледі. Топ қатысушылары айтқан идеялар алдыман тақтаға жазылады, жүйелендіріледі, қайталанғандары алынып тасталады. Терапевт топтың және жеке қатысушылардың шығармашылық белсенділігін барынша көтермелеп отырады. Ол сонымен қатар сенімсіздіктің негізгі компоненттерінің – адамнан тек жетілу күтіледі деген сынсыз игерілген ережелерге негізделген, өзіне қойған талаптың аса жоғары болуы; әрекет пен іс-қимылды тек қоршағандар ғана бағалауға құқылы деген пайдасыз сенімділік; өзін-өзі бағалаудың төмендігі; күлкіге қалуға, бетін қайтарып тастауға деген қорқыныш; сезімді білдіру дағдысының болмауының – топ назарынан тыс қалмауын қадағалайды. Бұдан әрі бастамашыл қатысушылардан оларда сенімсіздік әрекеттің негізгі компоненттерінің болуы анықталады, олардан өз-өзіне деген сенімсіздіктің бірінші пьедестал-фундаменті қалыптыстырылады. Мұндай «пьедесталдың» негізін өздерінің қалыптарында, қылықтарында аталған қасиеттерді бейнелейтін пациенттер құрайды. Осы бірінші фундамент қалыптастырылғаннан кейін, бастамашыл қатысушышлардың әрқайсысы осы пьедесталда тұрғандай етіп көрсетілген сенімсіз адамның әрекеті, іс-қимылы және ойы туралы пікірін білдіре алады – яғни мұқият анықтап алу қажет проблеманың бір ортақ бейнесі жасалады. Анықтап алу дегеніміз не? – бұл оны құрамдас бөліктерге бөлшектеп, әр бөлікті қалай өзгертуге болатынын түсіну, және қайта қалыптастырылған бөлшектерді қайтадан жаңа фундаментке біріктіру

қажеттілігін білдіреді – енді өз-өзіне сенімді адамның фигурасы тұратын екінші пьедестал. Бұл процесс те милық штурм шеңберінде жасалады, оның барысында топ қатысушылары қандай әдіспен: артырылған талаптар фрагментін өзін кез келген жағдайда еркін сезінуге мүмкіндік беретін адекватты ережелер мен сенушіліктерге; тек сыртқы бағалаудың тірек фрагментін – үйлесімді сыртқы және ішкі бағалауға; өзін- өзі төмен бағалау компонентін – адекваттық бағалауға; күлкіге қалуға, бетін қайтарып тастауға деген қорқынышты – эмоционалдық күйді реттей білуге; коммуникативтік дағдының және сезімді білдіру дағдысының болмауын – осы салада адекватты дағдыларды қалыптастыруға ауыстыруға болатындығын шешеді. Осы барлық жаңа компоненттер және олардың «дайындау» бойынша рецептері де тақтаға немесе флипчарттта жазылады. Қайталанушылықтар алынып тасталғаннан кейін, осы жазбалардың негізінде «дайындау» рецептін ұсынған бастамашыл пациенттерден «пьедестал-2» қалыптасады. Әрбір пациент өз-өзіне сенімді адамның белгілі бір қасиеттерін көрсетеді, осы жағдайдың белгілі бір компонентін айқын білдіретін сезімдерді, ойларды және әрекет ету амалдарын сипаттайды. Осылайша, осы фундаментке орналасатын, өз-өзіне сенімді тұлғаның жалпы бейнесі қалыптасады, әрине ол «осындай болып туған» жоқ, ол бұған белгілі бір қасиеттерді дамытуға ұмтылудың арқасында жетті. Осы жерде терапевт топ назарын тағы да терапевтік процестің қатысушылары жасаған, жазған және игерген қасчиеттерді дамытудың нақты «рецептіне» аударады. Ендігі іс тек қана белгілеп қойылған бағдарламаны қайраттылықпен орындауда. Бұдан әрі, техникалық әрекеттің соңында қатысушылар күйін бағалау және кері байланыс процедурасы, өткізілген сессия материалдары бойынша пікірталас жүргізіледі. Қатысушылардың өз-өзіне деген сенімсіздіктің негізгі көздерін түсінуін және осы жағдайда сабырлылық таныту бойынша адекватты жоспарларды жасауын қанағаттанарлық нәтиже деп санауға болады.

Бұл әрекет бағдарламасын қарапайым технологиялардан бастап күрделіге қарай жүзеге асырған дұрыс. Бұл тренингті бағдарламаларға да (бұған аз дегенде коммуникативтілік, сензитивтілік, ассертивтілік тренингтері кіруі тиіс), психотерапевтік технологияларға да қатысты.

5) Эмоционалдық күйді басқару бойынша қарапайым техникалық әдістер блогы – бұл жердегі басты идея мынада, әдетте сенімсіздік, белгісіздік жағдайында бастан өткеретін эмоционалдық дискомфорт (үрей, қорқыныш, мазасыздану) адам жақсы игерген дағдылардың өзін күшпен орындаған кезде, өздігінен сенімсіздіктің «әрекеттегі табандылық» блоктан шығаруға көмектееді. Осы мақсатта пайдаланылатын техникалар:

- «шпаргалка» – бұл техникалық әрекеттің мәні келесіде: бастамашыл пациенттерден алдымен жаттап алуды, санасында дайындық жасауды, содан кейін рөлдік әрекетте қарапайым «үш жүріс» жасауды сұрайды – 1. Стандартты проблемалық жағдайда (мысалға, аудитория алдына шыққан кездің басында) не сезінгендігін айту; 2. Не жасамақ екенін айту; 3. Осыны жасай бастау.

Техниканы жүзеге асыру үшін пациент көбінесе сенімсіздік күйді басынан өткізетін жағдайды таңдап алу керек. Бұл жердегі маңызды сәт пациенттің өзінің эмоционалдық күйі туралы пікірін айтуы. Рөлдік ойын барысында ол осындай

пікір білдіру аудиторияны түсіну және қолдау көрсету жағына бұратындығына көз жеткізе алады. Оның өзі де жеңілдеп қалады, өйткені жай ғана айтып беруге болатын сол сезімдерді білдірмес үшін шамадан тыс ешқандай күш салудың қажеті жоқ. Бұдан әрі, белсенді әрекет етуге дейінгі уақыт кезеңі айтарлықтай қысқарады, оның барысында жағдай әлдеқайда анығырақ бола бастайды;

- стреске қарсы гимнастика (5–6 минут бойы екі жағынан Хэ-Гу нүктесіне массаж; терең диафрагмалық тыныс алу; ыстық ылғалды орамалмен бетке массаж – 5-6 минут) – бұл техника оның нейрофизиологиялық негізімен алдыңғы бөлімде сипатталды;

- «құлаштау» техникасы – яғни басқарылатын елестету, оның барысында пациентке ұсынылатыны 1. Бір немесе бірнеше «кадрларда» осы сияқты проблемалық жағдайларда қорқыныш, сенімсіздік күйіне жағдай жасайтын қорқыныш немесе жеңіліс табатын сценарилерді теңестіру; 2. Пациенттің сенімді әрекетін көрсететін «оптимистік» кадр – сценариді құрастыру; 3. Сериялық қайталаудың (талап етілген эффект пайда болғанша) есебінен бірінші «кадрды» екіншісіне ауыстыру техникасын игеру. Бұл жерде қабылдауға болатын нәтиже қалыпты қорқынышты салтты және оның тұрақтылығын позитивті сценарилік «кадрмен» ауыстыру болады. Осы техниканы пайдаланудан сенімсіздіктің эмоционалдық құрамын «разгон» басты механизмдерінің бірі жабылады.

6) Эмоционалдық күйді коррекциялау бойынша кешенді техникалар блогы (бұл техникалар алдыңғы бөлімде сипатталды – эмоционалдық күйзеліс проблемаларымен жұмыс бойынша 3-7 техникалар).

7) Когнитивті терапия технолгиялары (А. Бек, А. Эллис бойынша), өз-өзіне сенімсіздікпен байланысты проблемалық жағдайларда адекватты емес эмоционалдық және мінез-құлықтық реакцияларды, иррационалдық ережелер мен құралдарды коррекциялауға бағытталған.

Техникалық әрекет (А, В, С) моделдерінде проблемалық жағдайлардың презентациясы ережелерін талқылаудан басталады, мұнда А – дискомфорттық реакция пайда болатын қалыптасқан жағдай; В –осы реакция соған сәйкес қалыптасатын ережелер мен сенімдер; С – белгілі жағдайда туындайтын сезімдердің сипаттамасы. Мұнда тақта несеме флипчарт пайдаланылады, оларға тиісті схема жазылады. Бірінші А және С позициялары толтырылады, олармен барлығы әлдеқайда түсінікті: ұқсас жағдайларда … Мен басымнан өткеремін … (бұл жерге әдетте сенімсіздік күйге жағдай жасайтын сезімдер – үрей, қорқыныш, келеңсіз бір нәрсені күту, қашып құтылмайтын сәтсіздік туралы ойлар, гипертрофирленген өзіндік сын және т.б.). Бұдан әрі иррационалды ережелер мен сенімдертеңестіріледі – В позициясы – оларға сәйкес бастамашыл пациентте өзіндік сапалық кемшілік, сенімсіздік, еш нәрсеге жарамсыздық сезімдері шиеленіседі. Бұл пациенттің өзінің де, иррационалдық ережелерді қалыптастыруға мүмкіндік беретін нұсқаларды ұсынған барлық топтың да табанды күш салуын талап етеді, алайда соңғы сөз қашанда бастамашыл пациентке тиесілі.

Келесі кезеңде тірегімен иррационалдық ережелерді өзгерту бойынша жұмыстар жасалады 1. Клиенттің дұрыс мағынасы; 2. Иррационалды ережелер негізінде жатқан гипотезалардың айқын және белгіленген фактімен сәйкес

келмеуі; 3. Топтың және терапевтің үнемі қолдауы мен креативті көмегі. Бұл жағдайларда, мүмкін өмірінде бірінші рет өз өмір салтының қалыптасуын анық көріп отырған бастамашыл пациент олардың жөнсіз екенін және ақылға симатындығын тез түсінеді, тек осыдан кейін ғана мұны бұрын байқамағандығына және мән бермегендігіне таңданады. Бұдан әрі ережелердің бастапқы нұсқасы жаңасына ауысады, ол дұрыс мағынасына тірекпен қалыптасады. Бұл процесті де біртіндеп-біртіндеп, қадамдап алдыңғы нұсқаны пациент сөзсіз қабылдаған шекке дейін ғана жасау қажет. Параллельді түрде С позициясы да өзгереді. Яғни осылайша пациенттің проблемалы жағдайға оңтайлы реакциясының жаңартылған жапсарласқан сценариі қалыптасады. Техникалық әрекеттің соңында экологиялық тексеру жүргізген дұрыс – жаңа ережелер (Дж. Каутел бойынша белсенді елестету техникасы) бойынша ұйымдастырылған проблемалық жағдайда клиенттің көрсететін реакциясын дайындау; проблемалық жағдайды рөлде ойнау. Клиенттің бірінші жағдайда да, екінші жағдайда да эмоционалдық комфорт сезімімен қоса өзін сенімді, жайбарақат ұстап әрекет етуін қабылдауға болатын нәтиже деп санауға болады.

8) өзін-өзі төмен бағалау негізінде жатқан, иррацияландық ережелерді коррекциялауға акцент жасаумен когнитивті терапия техникасы. Бұл техникалық тәсілдерді терапевтік бағдарлама бойынша алдыға жылжыған, өздерінің мақсаттарына қол жеткізу үшін пайдаланатын диссоциирленген тұлғалық мәртебе тар (Мен-баламын, Мен-ата-анамын, Мен-ересекпін, Мен-нашақормын, маскүнеммін) және стратегиялар туралы түсінігі бар үлкен резиденттерге қолданған дұрыс. Мұндай жағдайларды топ арасында қосымша айтып және шыдап отыру қажет, өйткені жеткілікті дайындығы жоқ резиденттерде терапевтік контекст әдістемесі туралы кері пікір және «Мен-нашақормын, маскүнеммін» тұлғалық мәртебе ы позициясының күшеюіне еркінен тыс импульс қалыптасуы мүмкін. Бұдан әрі, бұл жерде техникалық әрекет бастамашыл пациенттерге конструктивті өмір сценариін қалыптастыру процесі ретінде ұсынылуы мүмкін екенін назарда ұстау қажет, яғни бұл терапевтік бағдарламалардың маңызды және әмбебап міндеттеріне қатысты тиімді окон-техникалардың мысалы.

Техникалық әрекет айтылған проблеманы және әңгіме өзін-өзі төмен бағалауда екенін түсінуді тура теңестіруден басталады, клиент мұның адекватты еместігін түсінеді, «алайда онымен ештеңе жасай алмайды». Бұдан әрі терапевт осындай сәйкессіздіктің және бұл жағдайды өз бетінше өзгерту мүмкін болмаудың себептерін ашу мақсатында топтық пікірталас жүргізуге ынталандырады. Пікірталас милық штурмның максималды креативті режимінде жүргізіледі. Түрлендірілген идеялар, нұсқалар тақтаға немесе флипчартта жазылады. Терапевт бағытталған сұрақтар қою арқылы топты мынадай жағдайды түсінуге итрмелейді, өзінің ұстаздарына – оқытушыларына, ата-анасына, яғни оған өмірді үйреткендердің барлығына құрметпен қарайтын, соған қарамастан өз өміріне жол салған және оның жеке «конституциясы» болып табылатын сол жолмен жүру ережесі бар адам ғана өзін толықтай ересек адаммын деп санай алады. Әрине, бұл жерде оның «жеке конституциясы» ата-ана және ұстаздар айтқан нақылға қайшы келеді деген сөз емес. Олар да негізін қалаушы «құжаттарға» енгізіле алады, алайда ересек Мен субъектінің төрағалық етуімен

ішкі «парламент» маңызды тезистерді бекіткеннен кейін ғана енгізіледі. Бұл жерде критерий біреу ғана – бұл тезис-ережелердің барлығы өмірдегі өзінің орны туралы түсінікке және өмір жолында өз бетінше таңдаған бағытына қаншалықты сәйкес келеді. Осындай талқылау барысында ересек Мен субъектінің төрағалық етуімен өткізілген «ішкі парламент отырысында» жаңғыртылған психодрамалық әрекет идеясы туындауы мүмкін. Бұл жағдайда тиісті дайындықты жүргізгеннен кейінгі фрагмент (бұл жерде ата-ана – оқытушылар насихаттары, ережелер, тезистер теңестіріліп, «парламентте» олардың мүддесін білдіретін тиісті персоналдар таңдап алынуы керек; міндетіне әр мәртебе тың мүддесі жағынан нақылды талқылау кіретін, Мен-мәртебе ы – парламентерларын таңдау қажет. Осы әрекеттің негізгі терапевтік идеясы мен маңызды сәті – Мен-ересекпін деген тұлғалық мәртебе ты дамыту және актуализациялау болып табылады, оны терапевт және топ біріге отырып бекітеді). Егер де топ әртүрлі себептерге байланысты дайын болмаса, онда техикалық әрекеттің келесі кезеңіне өтеді. Терапевт қатысушыларға 3 адамнан тұратын микротоптарға бөлінуді және ішкі конститутцияның негізін құрайтын «құжаттарға» өздерінің ойынша бастамашыл пациенттің өзін-өзі төмен бағалауының тамырын жоюға көмектесетін «түзетулерді» дайындауды ұсынады. Соңғысы да микротаптардың біреуінің жұмысына қатысады (дұрысы, үлкен резиденттердің ішінен ең креативті әріптестер). Жүргізуші үлгі ретінде қатысушыларға «Билля о правах» нұсқасын (Бишоп С., 1996; Бубличенко М.М., 2007) тарата алады, техникалық әрекеттің мәні осы үлгілерге сүйене отырып, өзінің «ішкі конституция» нұсқасын құрастыруда екеніне назарларын аудару қажет, тек сонда ғана қажетті нәтижеге қол жеткізуге болады. Онда пациенттің келесіге құқықтары талқыланады: «Өзіндік пікірі немесе сенімінің болуы», «Қоршағандардың оның жеке пікірімен сәйкес келмейтін кеңестеріне назар аудармауға», «Қоршағандардың түсінуіне не түсінбеуіне қарамастан, өзінің жеке сезімдерінің (қандай болмасын) болуы», «Өзін кінәлі сезінбестен «жоқ» деп айту», «Өзінің қажеттілігі туралы айту», «Өзінің басымдылықтарын бекіту», «Өзінің сезімдерін ашық білдіру», «Мен түсінбеймін» деп айты», «Өзін менменшіл сезінбестен, өзінің пайдасына пікірін білдіру», «Өзінің пікірін өзгерту», «Кей кездері сәтсіздікке шыдау», «Өзінің мүддесін білдіру», «Басқалардың рұқсат етуіне тәуелді болмау», «басқа адамның көргісі келетіндей емес, өз-өзімен болу» және т.б.

Келесі кезеңде әрбір микротоп өздерінің нәтижелерін презентациялайды. Мұнда бастамашыл пациент (ұсынылған варианттарды қабылдау туралы шешім қабылдайтын Мен-ересекпін рөліне кіру) «ішкі конституцияның» ұсынылған нұсқасын белсенді талқылайды, сол арқылы өзінің жеке жобасын толықтырады және күшейтеді. Соның нәтижесінде «негізін қалаушы құжат» қалыптастырылуы тиіс – субъектінің өзін-өзі бағалауының жаңартылған сезімі стержені, ол сонымен қатар болашақ сценариімен байланыстырып тұрған өткел қызметін атқарады. «Ішкі конституциямен» жұмысты аяқтау бастамашыл резиденттің (терапевтік бағдарламаларда пациент алдағы жұмыстағы барлық техникалық әрекеттің жүргізілуіне дайын болғанда, осындай нәтижеге қол жеткізу заңды) жасалған жұмыстан қанағаттану және бір жаңа сезім алумен қоса жүруі тиіс.

Аяқтау кезеңінде «жаңа ережелер бойынша өмірлер» атты эологиялық тексеру жүргізіледі – бұрындары өзін-өзі төмен бағалауды шиеленістірген проблемалық жағдайлардан белсенді елестету және рөлдік ойындар техникасымен өтуге дайындық. Бұдан әрі қатысушылар күйін бағалаудың стандартты процедуралары және жасалған сессия материалдары бойынша пікірталас жүргізіледі. Топта позитивті өмірлік сценарилердің қалыптасуын және өзін-өзі бағалаудың айтарлықтай өзгеруін қабылдауға болатын нәтиже деп санауға болады.

9) Мінез-құлыққа акцентпен техника – бұл тәсілдің негізгі идеясы проблемалық жағдайларда сенімді мінез-құлық моделін бекітуде және теңестіруде, ол «көп векторлы тасқын» пайдаланып жүргізіледі.

Техникалық әрекеттің басында сәйкес келетін сұраулар, ұқсас проблемалық жағдайлар, эмоционалдық реакция ерекшеліктері, «жаңа ойлар», бұл жағдайларда сенімсіз мінез-құлықтың – яғни «өз-өзіне сенімсіздік» терминімен түсіндірілетіндердің барлығының теңестірілуі жасалады. Бұдан кейін, топтың креативті қолдау көрсетуімен бастамашыл пациентке сенімді әрекет етуге қарама-қарсы келетін бейнені құрастыру, сол күйде болған жағдайда оның не ойлап, нені сезінетіндігін елестетіп көру ұсынылады. Бұл жаңа бейне «баяулатынлған түсірілімде» ой, сезім, мінез-құлық өзгерістерінің динамикасы қалай дамып жатқанына түсініктеме жасай отырып, пациенттің санасында 2–3 қайтара ойналуы керек.

Техникалық әрекеттің келесі кезеңінде бастамашыл пациентке қатысушылар қатарынан (қажет болған жағдайда топты толығымен тартуға болады) арнайы микротоп қалыптастыру ұсынылады, ол топ оның жетекшілік етуімен бұрынғы проблемалық жағдайда дамудың жаңартылған нұсқасын көрсететін болады. Мұнда бастамашыл пациент реттілікпен келесі рөлдерде шығады: 1. режиссер; 2. суфлер; 3. дублер; 4. негізгі әртіс; 5. «ақпейілді мінші - кеңесші» - яғни сенімді мінез-құлық моделін әртүрлі жағынан игереді. Пациенттің белсенділігін терапевт және топ күшейтіп отырады. Техникалық әрекеттің осы кезеңінде – рөлдік ойын немесе толық психодрамалық фрагмент – ешқандай да артық асығыстық көрсетудің қажеті жоқ, керісінше бұл жерде маңызды жетістікке жетудің шарты – бастамашыл пациенттің өзі ойнаған рөлдердің «дәмін алуы» және өзі сомдаған сенімді адамның бейнесіне енуі болып табылады. Бірнеше «болжамдардан» кейін бұл рөл толықтай игерілуі мүмкін, мұны біздің клиент «режиссер» ретінде жетекшілік еткен «әртістердің» барлығы да растайды. Терапевт абайлап өзінің болжамдарын айтады, «жаңа, әлдеқайда кең және ыңғайлы киім клиентке ұнаған болса, ол одан айырылғысы келмейтін болар? Бірақ бұлай болған жағдайда, ескіні қайтеді?». Осы сұрақтарға берілген жауаптар пациенттің сенімді мінез-құлық дағдыларын қандай дәрежеде игергенін және ол бұдан әрі қандай осы бағытпен қалайша қозғалуды көздегенін көрсетеді. Бұл жерде пациенттің «тек жаңа киіммен жүру, ал ескіні шегеге іліп қойып, осы жаңа күйге қандай жағдайдан келгенін ұмыстпау үшін қарап тұру» туралы шешімі қабылдауға болатын нәтиже болып табылады.

Топтың барлығы осы бағытпен қозғалуы тиіс. Техникалық әрекеттің аяғында қатысушылардың күйін бағалау және жасалған сессия материалдары бойынша топтық пікірталас жүргізіледі.

10) «Уақыт сызығы» техникасы – терапевтік бағдарламада қозғалыс күрделілігінің күшіне қарай сенімсіздікті басынан өткеретін, сондай-ақ сауықтыру курсы аяқталғанан кейінгі алда тұрған өмірлік проблемаларды шешуді басынан қиындықтар өткеретін клиенттермен жұмыста пайдаланылады.

Негізгі терапевтік идея мынада: 1. «кері болашақ» заңын жеңуде, нәтижесінде алдағы «сынақтың» адекватты емес мәнінің терапевтік редукциясына келеді; 2. Релизинг стратегиясын пайдалану, проблемалық міндеттердің барлық кешенінің құрылымын түбегейлі қайта қалыптастыру, пациенттің уақыттың әрбір сәтінде ол үшін ең маңызды бір ғана міндетпен ісі болған кезде; жалпы проблемалар өрісін осылайша жинақтаған жағдайда пациент әрбір маңызды міндетті орындаған сайын оның күші мен ресурстары арта беретіндігіне, ал әр келесі проблеманың дәрежесі – азая беретіндігіне сенімді болады; 3. «ресурстық серфинг» стратегиясын пайдалану, оның барысында клиент «күш» нүктесіне – яғни бірінші реттік ресурстық мәртебе қа көтеріледі – ол жерде әлдеқайда жоғары дәрежелі жетістікпен (сенімділік, креативтілік) проблемалық жағдайларды адекватты шешу нұсқаларын көрсете алады.

Техникалық әрекет сәйкес сұрастыруларды анықтаудан, бұл жағдайда әңгіме болашақта туындайтын өз-өзіне, өзінің күшіне сенбеушіліктің дискомфорттық сезімі туралы екенін нақтылаудан басталады. Бұдан әрі техникалық әрекет келесідей реттілікпен жүзеге асырылады. Терапевтік сессия жүргізілетін бөлмеде болашақтың бағыты (бастамашыл пациент осы шақ нүктесінде орналасқан) анықталады. Осы бағыт бойынша проблемалық «нүктелер» (орындықтар) тізіліп қойылады, олардың әрқайсысы белгілі бір уақыт кезеңіндегі маңызды міндетті білдіреді. Мұндай түрдегі «тізбек» өте мұқият тілуі керек, онда маңызды міндеттер нақты жасалып, пациенттің пікірі бойынша шешілуі тиіс секторда орналасуы керек. Бұл «тізбекті» тізу барысында келесідей жапсарлас сценарий қалыптасады, клиенттің алдында үнемі оны шешуге күші жететіндей бір ғана маңызды проблемы тұратын болады. Бұдан әрі барлық маңызды проблемалар (олардың жалпы саны 5-6-дан аспауы керек) өзінің оңтайлы шешімін табатын рубежге дейінгі қашықтық анықталады. Бұл арақашықтық шынайы кеңістікте анықталады, онда параллельді түрде сәйкес келетін масштаб бекітіледі 1 қадам – 1 немесе бір жарым жыл, болмаса басқа уақыт кезеңі. Пациентке осы жердегі «мүсіншілердің» ішінен жеңімпаз - клиент статуясын «жасайтындарды» таңдап алуды ұсынады, ол статуя проблемалардың барлығы оңтайлы шешілген болашақтағы нүктеге орналастырылатын болады. Таңдап алынған қатысушылар ойын кеңістігінің басты нүктесіне жіберіледі, ол жерден олар тірі жеңімпаз - клиент статуясын «жасау» бойынша қажетті нұсқаулықтарды алады. Дайындық өлшеміне қарай бастамашыл клиент терапевтің ілесіп алып жүруімен осы шақ нүктеснен әртүрлі проблемалық аймақтарды басып өту арқылы белгіленген болашақ рубежіне орын ауыстырады (бұл жерде клиентті ресурстық-өзіне біріктіру микротехникасы; «кері болашақ» заңында айтылғандар; «реттілікпен күшейту» заңында айтылғандар

пайдаланылады), мұны клиент өзін комфортты сезінген темппен жасайды. Бұдан әрі кинестетикалық транс әкелумен «тірі мүсін» техникасы жүзеге асырылады. Мұнда мен-күштімін, сенімдімін, кез-келген жағдайда шешім табуға қабылеттімін деген айрықша тұлғалық мәртебе бекітіледі, тізбектің проблемалық аймақтарын жетістікпен өтіп, оларды өткен шаққа (маңызды сәт!) жатқызудың сценариі айтылады. Бірінші ресурстық жағдайға енудің айқын белгілері анықталғаннан кейін, терапевт өтіп кеткен жолдың сызығында тұрып, проблемалық міндеттердің белгілерін манипуляциялау және акценттелген сұрақтарды қою арқылы, клиентке артта қалғандай болып көрінетін проблемалардың нақты қалыптасқан шешімдерін айтқызуға қол жеткізеді. Проблемалық белгілер реттілікпен арақашықтықтан алынып тасталып отырады. Осылайша, маңызды міндеттер өздерінің адекватты шешімдерін тапқаннан кейін, клиент мүсіншілер бригадасының ілесіп алып жүруімен бастапқы нүктесіне оралады. Оның күйіне қатысты осы рубежде жүргізілетін кері байланыс, әдетте, клиенттің бірінші ресурстық күйінің сипаттамалары сақталатынын көрсетеді. Терапевт барлық проблемалар шешімін тапқан болашақ рубежіне дейінгі арақашықтықты қайтадан өлшеуді ұсынады. Әдетте, арақашықтық айтарлықтай қысқарады. Пациенттердің кейбіреулері проблемының шешімі табылғандықтан, болашақ енді келіп қойды деп те айтады. Топ және жүргізуші оны осыған орай құттықтайды. Бұдан әрі қатысушылардың күйін бағалау және және жасалған сессия материалдары бойынша пікірталас жүргізіледі. Терапевтік процеске қатысушылардың алдыларына келген қандай проблемалық мәселелер туындаса да – олардың барлығы шешілетіндігіне және өздерінің мүмкіншіліктерін барынша арттыру үшін қай жағынан келу керектігін білетіндіктеріне сенімінің артуын қабылдауға болатын нәтиже деп санауға болады.

11) «Уақыт машинасы» техникасы саналы өмірінің барлық кезеңінде болатын өз-өзіне деген сенімсіздіктің ауыр сезімін, тереңге енуін басынан өткеретін пациенттермен жұмыста пайдаланылады (мұндай пациенттермен терең жұмыс жасағанда Э. Эриксон бойынша өмірлік кризиске ұшырағаны, сол оның өз-өзіне деген базистік сенімінің жеткіліксіздігін қалыптастырғаны анықталады бұл жердегі негізгі терапевтік идея психотерапевтік кеңістіктің темпоральды гиперпластикасы және базистік сенімділікке қайта қол жеткізу есебінен субъектінің зақымданған жадысының орнын толтыру мүмкіншілігінде, ол өмірді қайта сүру сценариімен бекітіледі. Осы техникалық әрекетті жетістікпен жүзеге асырудың басты шарты – терапевтік топтың белгілі эмоционалдық контекстілердің барлық маңыздылығын түсінетін және бұл контекстілерді психодрамалық әрекеттерде көрсетуге дайын болатын пісіп-жетілуі болып табылады.

Техникалық әрекет көрсетілген өз-өзіне сенімсіздіктің проблемасын басистік ретінде теңестіріледі (яғни бастамашыл пациент тұлғасының қалыптасуының алғашқы кезеңдеріне жатқызылатын). Терапевт тақырыптық пікірталастың дамуына ынталандырады немесе осы тақырып терапевт арнайы күш салмастан-ақ, топтық пікірталастың тақырыбы болып «көтеріледі». Ол бар болғаны өз-өзіне базистік сенімсіздіктің себептерін анықтауда табандылық танытса болғаны, ол үшін топты мынадай ойға итермелесе болды, біреуге керек

болған кезде адам ақыр соңында сенімділік сезімін басынан өткереді, және осы керектілік, қажеттілік, оған қамқорлық көрсету сезімі онымен өмір бойы ілесіп жүруі тиіс. Ең болмағанда, ерте балалық шақта. Осылайша, топтық пікірталаста өз-өзіне деген базистік сенімсіздіктің себептерін талқылау барысында негізгі версия ретінде көңіл бөлушіліктің, қамқорлықтың, ата-анасы және басқа жақын адамдарға «қажеттілік пен керектілік» сезімінің (дамудың негізгі агенттері) жеткіліксіздігі айтылады. Топтық пікірталастың осы кезеңінде эмпатия, түсіну және қайғысына ортақтасу жағдайында кейбір пациенттердің өзінің бала кезінде және дамудың одан кейінгі кезеңдерінде басынан өткерген алаңдаушылық, зақымдаушылық эмоционалдық тәжірибесімен бөліскісі келетін аяқ асты сезім пайда болады. Бұл аяқ асты импульстар әдетте топтан қолдау табады. Терапевт бұл сияқты мойындаушылықтарға мәжбүрлеудің жоқтығын және толық қауіпсіздікті баса айта отырып, қатысушыларды ашық және белсенді болуға жайлап қана ынталандырады. Осы кезеңнің аяғында топ қатысушыларының көбінде қандай да бір дәрежедегі зақымдаушы эмоционалдық тәжірибе бар екені анықталады. Өз бойында мықты, берік сенімділік сезімінің қалыптасуына, қоршағандардың берген бағасына тәуелді болу дәрежесін төмендетуде негізгі кедергі болатын да осы. Осыдан кейін, топқа зақымдайтын тәжірибені коррекциялауға сұранысты нақты және конструктивті қалыптастыру ұсынылады. Туындаған терапевтік жобаларды талқылау топтың креативтік режимген енгенін көрсетеді, оның дамуына терапевт ынталандырады. Ол, мысалға, болып жатқан оқиғаларды уақыты (егер өткен шақта бір нәрсені өзгерту керек болса) жағынан біріктіру мүмкіндігі туралы айта алады – психотерапия өрісінде барлығы да мүмкін ғой! Осыдан кейін топқа уақыт машинасы идеясын іске асыру үшін шамалы ғана уақыт қажет, кейіннен анықталатынындай, ол айтарлықтай конструктивна. Бұдан әрі пациенттің психологиялық уақыт бойынша саяхат жасауға келісімін алу процедурасы жүзеге асырылады. Мұндай преамбула қауіпсіздіктің формальды сана-сезімі үшін ғана емес, осы әрекеттің терапевтік мақсаты туралы есіне салу (зақымдайтын тәжірибені компенсациялау) үшін, алдыңғы кезеңдегі артық тырысуды жою үшін, осы әрекеттің негізгі «құралының» дайындығын анықтау үшін, топ қатысушыларына адам үшін бұл әмбебап құрал – уақыт машинасы – алыста қалған өткен шаққа және көз жетпес болашаққа сондай жеңілдікпен апаратын оның жаны екенін ескерту үшін қажет. Дайындалып жатқан әрекеттің терапевтік презентациясындағы драмалық үзілістер, дауыспен жұмыс, келер сәттің өзіндік пафосы топтың мүддесін ынталандыруға және топты максималды мүмкіншілік дәрежесіне дейін тартуға есептелінген. Бұл бағыттағы соңғы және пәрменді қадам - «үлгілік шар» техникасы, ол бір жағынан болып жатқан жағдайға топтың мүддесін «арттыруы» керек, екінші жағынан –пациенттің психологиялық уақыт бойынша саяхаттауға пластикалық дайындығын көрсетуге тиіс. Шеңбер ортасында тұрған трапевт және пациент барлық қатысушыларға түсінікті болатындай дабылдар туралы ақылдасады, - егер де тұйық тұлғалық емес инстанция («пациенттің дайындалған жаны) өткен шаққа саяхат жасауды «ұйымдастыурға» келісетін болса, онда қатысушылар өткен шақтың психологиялық проекциясына қозғалыс импульсін көреді (бұл проекция пациенттің артқы жағында орналасуы керек), оған қоса терапевт осы «үлгілік

шар» барысында пациенттің өзінің ерте жасына қозғалыс жасауының шынайылығына көз жеткізу мүмкіншілігін көрсетеді. Ол терапевтік регрессияның масштабын да көрсете алады, мысалға, 1 сантиметр – 1 жыл. Егерде қандай да бір себептерден келісім алынбаса, пациент бастапқы қалпында қалады немесе керісінше, қарама-қарсы жаққа қарай жылжиды. Терапевт әрекеттің басты агентіне тиісті ырғақпен сөйлеп, мақсатты өзгерістерге қол жеткізу үшін – шартты белгілерде психологиялық уақыт бойынша саяхатты ұйымдастыру үшін серіктес болуға дайындығын растауды сұрайды. Ол пациенттің оң жағына және алдыңғы жағына орналасады, болашақтың проекциясын жауып, өткен шақтың проекциясын бос қалдырады. Оның сол қолы белсенді қатысушының артқа құлап кетуінен сақтайды (пациент мұны сезінуі тиіс), оң қолы көкірек қуысының маңына ақырын ғана тиіп тұрады. Біршама үзілістен кейін, әдетте қатысушылар пациенттің өткен шақ бағытында қозғалып бара жатқанына көз жеткізеді (егер бұл жағдай орын алмаса, онда қарсылықпен жұмыс жасау, алынған тәжірибенің позитивті интерпретациясынан кейін басқа топ қатысушысымен жұмыс жасау мүмкіншілігі бар). Осының артынша терапевт, драмалық үзіліс фонында, пациентке «үлгілік шарды лақтырады» (бұл кезде допты лақтырғандай етіп көрсететін процедура жасалады), оны қазір бес жасар бала (атын атайды) ұстап алатынын айтады. Оңтайлы жастық регрессия болған жағдайда, пациент допты «ұстап алады» және терапевтің допты қайтару туралы өтінішіне жауап ретінде «қайта лақтырады». Оның мимикасы және моторикасы айтарлықтай өзгереді, ол бес жасар баланың пластикасын қабылдайды. Пациентке (оның аты аталады) қызықты ойын шамалыдан кейін қайта жалғасатыны айтылады, ал ол сырғанақпен тез сырғанап «көңілді, қызықты және жылы болатын ең басына қайта келеді». Бұлай болғанда терапевтің жастық терапевтік регрессия жағдайына түскенде пациенттің ешқандай дискомфортты басынан өткеріп жатпағандығына, қоршағандармен өз қалауымен серіктес болғанына және оның болашақтағы өзгесірсетге дайын болуына көз жеткізгені маңызды, олардың форматы пациенттің максималды пластикалығының фонында беріледі. Бұдан әрі пациентті бастапқы нүктесіне қайтарады, мұнда «алға бір қадам шынайы психологиялық уақыт – жасқа қайтып келуді білдіреді». Бұл қадам жасалғаннан кейін , пациенттің күйі бағаланады (әдетте бұл өзгерістерге дайындықты көрсететін ресурстық күй). Бұл жердегі позитивті белгілер вербальды және вербальды емес деңгейлерде бастамашыл қатысушы көрсететін ашықтық және сенім білдіру дәрежесінің артуы болып табылады. Келесі техникалық әрекет пациенттің туғанға дейінгі жастық регрессиясын жүргізуді болжайды (терапевт бұл жөнінде пациентке және топқа хабарлайды), жаңа ғана алынған тәжірибеден кейін бұл мүмкін емес болып көрінбейді. Шын мәнінде, бұл техника туу процедурасындай етіп көрсетеді: пациенттен оның тіреуішке немесе орындыққа шығып тұруын сұрайды да, қайтадан тұлғалық емес инстанция - «уақыт машинасымен» біріге отырып әрекет ету шарттарын дыбыстайды, ондағы айырмашылық, енді артқа қозғалыс туу сәтіне қайтып баруды білдіреді (бастапқы тәжірибенің зақымдаушы компоненті бұл жерде алдыңғы техникалық әрекетте ұйымдастырылған сендірумен жабылады). Осы әрекетке дайындық барысында терапевт пациенттің арт жағында топ қатысушыларының қолдарын айқастыруынан жасалған «бесікті»

ұйымдастырады, ол пациенттің артқа қозғалысы оны қабылдап алуға дайын қолдардан басқа ешқандай кедергіге тап болмайтындай етіп жасайды. «Бесік» дайын болып, «ата-аналарға» нұсқау берілгеннен кейін (максималды мүмкін эмоционалдық экспрессияда олар пациенттің ата-анаға деген сұранысын көрсетулері керек, бұл бұған дейінгі техникалық кезеңде келісілген), терапевт тұлғалық емес инстанция - «уақыт машинасына» айналу процедурасын жүзеге асырады, жүргізіліп жатқан әрекеттің емшілік сипаты баса айтылады. Бұдан әрі, біраз латентті үзілістен кейін ауытқушылықтар болады да, содан кейін пациент дайындалып қойған, тірі «бесікке» құлайды, ол бірден өз қызметін орындауға кіріседі: ритмикалық түрде тербетеді, денелік толтыру және қарқынды эмоционалдық әңгімелесу (бұл тосын мәтіндегі бесік жыры болуы мүмкін, мұнда пациент – орталық фигура, көптен күткен қуаныш, ата-анаға сыйлық; болмасабаланың тууына орай қуанышты білдіретін жай ғана мәтін). Бұл жағдайлардағы оңтайлы белгі қоршаған ортаны жақсы қабылдауын, қуанышы, мүддесін және қанағаттануы сезімдерін көрсететін пациенттің вербальды емес реакциясы болып табылады. Бұдан әрі, жылдамдатылған тәртіпте, топтың шығармашылық қатысуы және эмоционалдық қолдауымен, бірінші кезекте, пациенттердің «ата-анасын» негізгі өмірлік талаптардан өткізу процедуралары жасалады (алғашқы қадам, ойын, оқу, құрдастармен достасу, конструкциялық әрекеттердегі жетістіктер және т.б.). Әр кезеңнен өту пациенттің бұл әрекетті жеткілікті түрде белсенді көрсете алмайтындығына қарамастан, дамытушы импульстерді, бастамаларды, қоршаған объектілерге және субъектілерге деген қызығушылықты, олармен серіктестікті позитивті бекітумен ілесіп жүру арқылы жүріледі. Егер пациенттің тиісті белсенділігі мүлдем белгіленбеген болса, қандай да бір кезеңге акцент жасаудың қажеті жоқ. Өйткені, қалай болғанда да, бұл жағдай бастысы, ішкі психологиялық өрісте ойналып жатыр және адекваттық вербальды, вербальды емес бекітуде айтарлықтай қарқынмен өткерілуде. Осылайша, пациент өзінің шынайы жасына дейін «өседі». Сол мезеттен бастап оқиға дамуының екі техникалық нұсқасы болуы ықтимал: а) пациенттің болашақтың психологиялық өрісіне бұрылыс жасауы, бұл жерде ол өзінің өмірлік жолының негізгі кезеңдерін «көруі» тиіс, атап айтқанда, өзінің екінші отбасынан (ата-анасының отбасы – біріншісі) позитивті эмоция ала отырып, өзінің туған балалары мен немерелерін қалай тәрбиелейтіндігін ; б) техникалық әрекет осымен аяқталады – психодрамалық процестің қатысушылар бастамашыл пациенттің «өмірге екінші рет келуімен құттықтайды. Бұл оның өмірдегі негізгі бастамасы мен әрекеті болуы да ықтимал».

Барлық қатысушылардың күйін стандартты бағалау, жасалған сессия материалдары бойынша пікірталас жасалады. Бұл жерде бастамашыл пациенттің базистік сенімсіздік сезімінің толықтай редукциясы, сондай-ақ – топтың тереңге кеткен, өткен шаққа тамыры жайылған проблемалардың өздері топтың белсенділігіне қарай шешіледі деген сенімінің артуы қабылдауға болатын нәтиже болып табылады.

12) «Қорғаушы періште» техникасы да өз-өзіне деген базистік сенімсіздік сезімін сезінетін пациенттермен жұмыста пайдаланылады. Мұндай тамыры тереңге кеткен сезім осы жағдайда жалғыздықты, бәрі тастап кетушілікті

уайымдаумен қоса жүруі керек, мұндай пациенттің жанында оған «ересек» өмірінен оған қалайда жақындар болады.

Бұл жердегі негізгі терапевтік идея клиенттің психикасының суперресурстық инстанциясының бейнесін персонализациялауда және актуализациялауда, клиент осылардың нәтижесінде өзінің өмірде жалғыз еместігін түсінеді. Соған қоса, қайда және не үшін кетіп бара жатқаны белгісіз, жалғыз және ұмыт қалған жолаушы болған емес, болмайды да. Алдын-ала шарттардан бұл жердегі маңыздысы, осындай, біршама эксцентрлік, психотерапевтік тәсіл клиенттің жеке мифімен үйлесімде болуы керек.

Техникалық әрекет сәйкес сұрауларды теңестіруден және өте қиын өмірлік жағдайларда аса қажет болатын, өз-өзіне деген сенімділікті табу әдістеріне қатысты дикуссиядан басталады. Терапевт топ қатысушыларына пациенттің өмірі үшін қауіп пен қатер тудырған (есірткі немесе ішімдіктерді пайдалануымен байланысты жағдайлар алдын-ала алынып тастайды), өте қиын жағдай болған кезде бір нәрсе немесе біреу көмекке келген өмірлік эпизодтармен бөлісуді ұсынады. Терапевт бұл тақырыпты дамытуға жол бере алады (егер топ мұны аяқ асты тәртіпте жасамаса), ал көптеген адамдар аса қиын жағдайларда сол кейіпкерлерге қайта жүгінеді. Міне, сондықтан да «қорғаушы-періштелер», «қорғап жүретін рухтар», «ішкі күзетшілер» және т.б. туралы тұрақты түсініктер туындаған. Топқа осыны айту арқылы терапевт қатысушылардың өз тәжірибесін көрсетуіне қатысты қауіптерін (қалай қабылдар екен?) сейілтеді. Топ мүшелері, кез-келген тәжірибені адекватты қабылдау және қауіпсіздік расталғаннан кейін, әдетте бастан өткерген сезімдерімен айтарлықтай белсенді бөліседі. Оның барысында терапевт ресурстық инстанцияға қол жетімділікті қалыптастырудың ерекшеліктерін бақылап отырады, мыналар қоса алынады: олардың манифестациясының жағдайы (кризистік жағдайда, ұйықтап жатқанда, жағдайлар ерекше тоғысқанда), «заттық» дайындау ерекшеліктері («ішкі бейне», «ішкі дауыс», «ерекше сезім»), елестету ерекшеліктері және ресурстық инстанциялармен коммуникация және көрсету ерекшеліктері (аяқ асты көрініс немесе жауап, монолог – хабарлама немесе диалога – әңгіме режиміндегі коммуникация және т.б.). Осы ресурстық жағдайлардың интерпретацясы ерекшеліктеріне баса назар аударылуы тиіс. Мұнда, біріншіден, ықтимал психологиялық байқалудың және психикалық ресурты инстанцияларға қол жетімділікті дайындаудың арасында нақты дифференциация жүргізген жөн. Психопатологиялық дебюттар, әдетте, қорқыныш, абыржу аффектілерімен қоса жүреді. Бұл күйлер пациентпен бақыланбайды немесе әлсіз бақыланады. Олар жағдайға және оның қалауына қарамастан пайда болады да, оған көмектеспейді, керісінше оған әлеуметтік қызметтерді орындауға және қалыптасқан жағдайға бейімделуге кедергі келтіреді. Психопатологиялық күйзелістер, әсіресе олардың дамуының бастапқы фазасында, пациентте «заттық» дайындық жағынан безіну, күштеушілік, ыңғайсыздық және сияқты дискомфорт сезінушіліктер тән. Сонымен қатар, бұндай күйлерге, әдетте, ойлаушылық, аффективті және моторлы әрекеттердегі басқа да спецификалық психопатологиялық белгілер әсер етеді, қалай болғанда да топтық коммуникация барысында өз-өзне назар аудару. Топтың ішіндегілерінің қайсысынада болмасын аталған белгілердің бірқатарының болуы,

оларды осы техникалық әрекетке қатысушылардың қатарынан шығаруға және келешекте тереңірек зерттеу жүргізуге негіз болып табылады. Керісінше, ресурстық инстанцияларға қол жетімділікті «заттық» дайындау безіну және бетін қайтару, мынау «таныс-таныс емес», өзімдікі деген сияқты свое сезінушіліктерді тудырмайды. Пациенттің ресурстық күйі оның ақиқатпен қарым-қатынасына кедергі келтірмейді, ол оның бейімдеушілік кондициясын көтеру арқылы жеңілдетеді. Ресурстық инстанциялармен монологталған немесе диалогталған «тілдесу» тұлғаның түсінуімен бақыланады және қажет болуына қарай тоқтатылады. Аталған жағдайда (екінші ерекше назар аударатын жайт) әдетте ресурстық қол жетімділікті «заттық» дайындаудың идиоматикалық өріспен және пациенттің тұлғалық қалыптасуының этнокультуральды ерекшеліктерімен нақты арақатынасы байқалады. Жоғарыда аталған белгілерді және ресурстық инстанцияларға қол жетімділікті «заттық» дайындау ерекшеліктерін инвентаризациялау барысында, терапевт топтың назарын, олардың инстанциясына дейін «қол жеткізу» мүмкіншілігі бар екеніне аударады. Алайда сенімділік пен күштің қайнар көзін іздеп жүргендер бірінен соң біріне тірелетін бұл қандай «қақпақтар»? Бұл жерде қандай кедергілер шығады және олардан қалай тиімді өтуге болады? Бұл сұрақтар пікірталасты бұдан да конструктивті және шектеулі сиқырға айналдырады, оның алаңында әдетте, өзіндік ресурстарға барар жолдағы басты кедергілер мыналар болып табылатындығы анықталады: а) сәйкес тәжірибенің жоқтығы; б) осындай тәжірибені алу мүмкіншілігіне сенбеушілік; в) шынайы қоршағандарды қабылдаудың әртүрлі стереотиптері және осы стереотиптердің психологиялық кеңістікке тасымалдануы (ол шынайы өмірде жоқ болса, демек оның болуы мүлдем мүмкін емес). Алдын-ала кезең терапевтің топқа осы кедергілерден өтуге және ресурстық инстанцияларға жеңілдетілген қол жетімділікті алуға тырысып көруді ұсынуымен аяқталады.

Бұдан әрі, техникалық әрекет үш нұсқада жүзеге асырылады. Бірінші нұсқаны жүзеге асыру барысында бастамашыл қатысушыға ұйқының (сон) мүмкіншіліктерін пайдаланып ресурстық инстанцияға тұрақты қол жеткізуді қалыптастыру бойынша жұмыс ұсынылады. Өйткені оның бірегейлі артықшылықтары бар емес пе – ол оның қабылдау стереотиптерімен ақиқатты «қосады» (бұл жерде когнитивті кеңістіктің жасырын механизмі пайдаланылады) Алайда, сонымен қатар, түс психиканың, субъект ретінде адамның табиғи «сақшысы» болып табылады, ол адамды үнемі ескертіп жүреді және оған өмірлік кризистерден өтуге көмектеседі (ресурстық инстанцияның заттық бейнесінің шегерілген қалыптасу механизмі пайдаланылады). Сондықтан да ұйықтап жатқанда «сақшыны, қорғаушыны» кездестіру және онымен берік, сенім білдірілген байланыстар орнатуға тырысу әбден мүмкін. Бұдан әрі, пациентке «түс көрсететін» психикалық инстанцияларға сәйкес келетін сұраныстарды қалыптастыру және оларды хат жүзінде дайындау ұсынылады. Әдетте мұндай сұраныстар пациент техникалық әрекетке дайындық жасау кезінде игерген жасырын нұсқаулықтарға сәйкес дайындалады, олар сенім білдірілген және берік қарым-қатынас орнату үшін өмірдің қиын сәттерінен алып шығатын және күш, үміт, сенім беретін өзінің «сақшы-қорғаушысын» көрсетуге өтініш жасау мазмұнында болады. Пациентке жолдауды дайындау үшін белгілі бір уақыт

береді, одан әрі терапевтың және топтың болжамдалған жауапты ақырын ғана талқылауына жол беріледі. Осыдан кейін бастамашыл пациентті басқа қалыпқа («ұйқыға бетімен») ауыстырады, енді толықтай тыныштықта туындаған бейнелерді бақылауға және жазуға мүмкіндік береді. Пациенттің «ұйқы» күйіне енуі релаксациының даму кезеңдерін айтуымен қоса жүруі мүмкін: «міне тыныс алу бірқалыпты әрі терең бола бастады, беті жұмсақ және тыныш қалыпты және т.б.». бейнелік жауапты алуға бөлінген уақыт арнайы регламенттелмейді. Егер пациент бұл жөнінде сұрайтын болса, терапевтің топ ешқайда асығып тұған жоқ деп жауап беруіне болады, әдетте жауап алғашқы 10-15 минутта қалыптасады және пациент ресурстық қол жетімділік қалыптасқан кезде белгі бере алады. Бөлінген уақыт ішінде топ ішінен тағы біреудің осы экспериментті қайталауға тырысуы жиі болады. Бұған кедергі жасаудың қажеті жоқ (процедура аяқталғаннан кейін бастамашыл қатысушылардыңпроцедура аяқталғаннан кейін бастамашыл қатысушылардың барлығын нәтижені талқылауға шақырса болады; алдын-ала кезеңнің акценттері дұрыс қойылған жағдайда, нәтижелер конструктивті болады). Бұлшықет релаксациясының дамуы, ерікті қозғалыстың болмауы, тиісті вегетативті реакциялардың пайда болуы пациент күйі динамикасының қолайлы белгілері болып табылады. Пациент коммуникацияның аяқталғандығы туралы белгі береді. Осыдан кейін оған өзі алған бейнелік жауапты суреттеп беру және содан соң интерпретациялау ұсынылады. Терапевт және топ бейнені интерпретациялау процесіне қатысады, кейде олар мүлдем күтілмеген жайт болады. Әдетте пациенттің, топтың, терапевтің жалпы ресурстық алдған бағыты мен креативті мүмкіншіліктері ресупстық инстанцияның «заттық» бейнесін қалыптастыруға және оларға тұрақты қол жетімділік механизмдерін түсініп алуға мүмкіндік береді (мысалы, ол да ұйқы күйі арқылы). Бұл процедурадағы ең бастысы – осы бейненің және сабырлылықты, сенімділікті, қолдауды сезінудің арасындағы қарым-қатынасты бекіту болып табылады. Одан кейін «ресурстық естеліктер» де немесе пациенттің ресурстық мәртебе ын көрсету үшін осы бейнеге тиісінше жүгіну де жеткілікті болады. Осы техникалық әрекеттің аяғында пациенттің вербальды және вербальды емес реакциясына қарап алынған нәтижелер туралы алдын-ала қорытындылар жасалады. Жалпы эмоционалдық көтерілу, сенімділік, белсенділіктің артуы, бастамашылдық және келесі әрекеттерде топтың көмек көрсетуі қолайлы белгілер болып табылады.

Техникалық әрекеттің келесі нұсқасын жүзеге асыру барысында, алдағы тақырыпты талдаған уақытта белгілі бір халықтың, тектің, отбасының өкілдерін қорғап және қолдап жүретін «ата-бабалар рухы» феноменіне негізгі тірек жасағандардың қатарынан пациент шақырылады. Берілген тақырып өздігінен айтарлықтай қызықты, ол жалпы теропевтік контрекстінің түйінін жоғалтып аларлықтай көптеген сұрақтар туындатады. Сондықтан да қысқаша ғана талқылаудан кейін және пациенттің дайындық дәрежесін анықтағаннан соң, адам психикасының тереңінде басмқа генетикалық жадының болуы (генетикалық жады ешқашан үзілмейді емес пе!) туралы, оның өзекті етуге болатын ата-бабасы, мықты және ержүрек адамдар туралы версияны ұсынады (бұл жерде зерделеп сендіру феномені және мен-жады шегінен шығу дайындығы пайдаланылады). Бұл кризистік жағдайларда көмек және қолдау көрсете алатын, қолынан бәрі келетін

және ештеңеден қорықпайтын «ата-баба рухының» келуі болады. Осы гипотезаны талқылау барысында тек бастамашыл адамдарда ғана емес, сонымен қатар басқа да топ қатысушыларынан акцентирленген транстық күйдің даму белгілерін байқауға болады. Гипотезаны «тексеру» үшін бастамашыл пациенттен шеңбер ортасына келуді сұрайды. Осыдан кейін, драмалық үзіліс фонында терапевт әртүрлі сұрақ-өтініштермен оның жанына жүгінеді (пациенттің саналық-сезімді, саналық емес, санадан тыс психикалық инстанцияларына): осы жасырын инстанция жадының терең қабатына, қолынан бәрі келеті, қорғап жүретін ата-бабалардың рухына жол бастаушы болуыға дайын ба?. Пациенттің денесінің артқа өьткен шақ проекциясына ауытқуы оң белгі болады. Адекватты дайындық болған кезде, пациент және топ, әдетте, бастамашыл пациенттегі акцентирленген транстық күйдің дамуының және генетикалық жадыға жол бастаушының «серіктестікке дайындығының» куәсы болып табылады. Терапевт, кинестетикалық әдістермен бұл күйді тереңдете отырып, қазір пациент арқылы ол үш жүз, бес жүз, мың, екі мың жыл бұрын кім болса, соған сөйлеп жатқанын хабарлайды. Адекватты дайындық жағдайында бұл кейіпкерлердің барлығы – оған жетіспей тұрған сапалардың проекциясы – айтарлықтай құштарлықпен жауап береді, көмек, кродау көрсетуді ұсынады және серіктестікке дайын екенін білдіреді. Осы прооцедураның аяғында онымен диалог ұйымдастыру арқылы, «бірінші қолдардан» оны тануға болатын бейнесінің сипаттамасын алу және емшілік мүмкіншіліктерін білу арқылы «ата-бабалар рухының» жинақталған бейнесін алу пайдалы. Осы кейіпкер пациенттің оң қолын көтеруі арқылы ресурстық қолдау және серіктестік туралы келісімді «бекіте» алады (жалпы қабылданған ант беру салтанытының сыртқы белгілерін пайдалану). Жаңа ғана байқалған «ата-баб рухына» аса зор құрметпен, ілтипатпен қолдау мен көмек көрсетуге дайындығы үшін алғыс айтылады (пациенттің аты аталады), осыдан кейін пациент жадының генетикалық өрісінен өзінің кейіпкерлік шекарасына оралады. Әдетте бұл терең транстан аса қиындықпен шығу болып табылады, ол біртіндеген амнезиямен қосы жүреді. Сондықтан да пациенттің жағдайдың контекстіне кіруі үшін және болған затты түсінуі үшін біршама үзіліс керек. Осы мақсатта терапевт топқа соңғы техникалық әрекеттен алынған нәтижелерді талқылауды ұсынады (бұл жерде де «ата-бабалар рухы» бейнесінің және күштің, сенімділіктің, мықтылықтың және берік тіректің ресурстық жағдайының арасындағы қарым қатынас бекітіледі). Осыдан кейін пациент өз пікірін айтады. Жеке өзінің, индивидуалды тәжірибесіне ғана емес, енді қол жетімділік ауқымды және берік болған ата-бабаларының тәжірибесіне сүйну мүмкіншілігіне деген сенімділік қолайлы белгі болып табылады. Вербальды емес сипаттарға қарап сенімділік, комфорт және эмоционалды көтерілу жағдайларының белгісін аңғаруға болады. «Ата-баба рухы» ресурстық бейнесі; эмоциональды комфорт көтерілу, өзіне деген сенімділік арасындағы байланысты қарапайымды ету мақсатында пациенттің «генетикалық жадымен» байланысқа түсуге қатысты көрсеткендері позитивті және акцентрленген түрде бекітіледі. Осылайша, жадының ресурстық паттерні қалыптасады, оларды актуализациялау кризистік жағдайлардағы адамдарда эмоционалдық және физикалық кондицияны дамытуы заңды.

Техникалық әрекеттің келесі нұсқасы: «ұмыт болған кездесу» деп аталады. Бұл техникалық әрекеттің идеясы мынада, ресурстық инстанцияларға қол жеткізудегі негізгі кедергі – осы прецеденттің және ақиқаттық туралы стереотиптік көріністерді психологиялық кеңістікке апару мүмкіншілігіне сенбеу– жастың терапевтік регрессиясы есебінен өтеді. Жастық шағына оралған пациент өзінің қорғаушы-періштесін кездестіруі керек. Бұл кездесу бұрын орын алған, алайда ұмытылып, уақыт салдарынан жадыдан өшірілген. Енді бұл кедергілер жойыла алады. Осы преамбула айтылып борлғаннан кейін, белсенді пациентке шеңбердің ортасына шығу ұсынылады да, бұл жерде терапевт алдындағы техникалық әрекеттегі әдістеме бойынша жасырын ресурстық инстанциялармен серіктестік мүмкіншіліктерін зерттейді. Пациент денесінің артқа қарай ауытқуының белгісі жастық регрессия мүмкіншілігін білдіреді. Алайда, бұл барлық кездерде жеткілікті бола бермейді. Сондықтан да бұған қосымша ретінде «үлгілік шар» техникасын пайдаланады. Терапевт қазір шарды пациент жаққа жоғарыға қарай лақтыратындығын, бірақ оны (аты аталады) атты 5 жасар ұл (қыз) ұстап алатындығын жариялайды. Терапевт топты пациент жаққа лақтырғандай етіп қозғалыс жасайды. Егер де ойдағы шарды «ұстап алатын» болса, онда техникалық әрекет жалғасады. Пациент-бала (немесе қызға) доппен ойнау ұсынылады. Бұл жағдайда 4–5 жасар балаға тән мимикалық реакциялар, сөйлеу әдістері, моторикалардың байқалуы қолайлы белгілер болып табылады. Бұдан әрі терапевт өздерінің ойнап жүрген алаңға оны оны үнемі қорғап, қамқорлық көрсетіп жүретін періштенің келгендігіне пациент-баланың назарын аударады. Терапевт оған қолын тигізіп көруін, оның қандай екеніндігін айтып беруді және онымен доп ойнауды, сөйлесуді өтінеді. Бірінші байланысты орнатқаннан кейін терапевт пациент-баланың назарын қорғаушы-періштеден оған үнемі керек болатын маңызды бір нәрселерді сұрауға болатындығына аударады. Осыдан соң жеңіл, міндеттемейтін кілт боп олардың болашақтағы достығы мен қолдауы туралы «келісімді» ұйымдастыруға тырысады. Бұл жерлердегі қолайлы белгілер - пациент-баланың белсенділіг мен қызығушылығы – өзара қарым-қатынасы, болашақтағы ресурстық қарым-қатынасты қалауы болып табылады. Пациент-бала мен қорғаушы-періште арасындағы жасалған соңғысы келетін ороын туралы «келісім» позитивті белгі болып табылатыны анық. Көп жағдайларда пациент-бала ең қорғаусыз жері - тікелей өзінің арқа жағындағы орынды көрсетеді. Олардың арасындағы келісім жасалғаннан кейін, белсенді пациентті жастық регрессиямен шынайы уақытқа қайтаруға болады. Мұнда оның соңғы кездесуден алған тәжірибесінің құндылығын баса айты артық болмайды. Пациентке болып жатқанға бейімделу және өзінің күйін бағалау үшін қажет біршама үзілістен кейін, соңғы техникалық әрекеттің нәтижесі бойынша кері байланыс процедурасы жүргізілді. Қатысушылардың күйі бағаланады. Бұл жерде сенімсіздік, жалғыз бастылық, тастап кетушілік базистік сезімдерінің айтарлықтай немесе толықұ редукциясы; келесі бірнеше күн бойы тұрақты ресурстық күй қалыптасуының анық белгілері – қанағаттанарлық нәтиже болады.

Ескерілмей кеткен өкпе және кіәніліліктің басуы сияқты проблемалар блогымен жұмыста келесілер пайдаланылады:

1) Когнитивті компонентке тірекпен техникалар – бұл терапевтік тәсілдің негізгі идеясы күрделі эмоционалдық кешен – өкпе сезімінің – коммуникативті қызметін ойнауда, және қарастырылып отырған эмоционалдық реакция иррацияналдық стерженьді «жоюшылар» жиынтығында адекватты копинг блоктарды жасауда. Осыдан кейін мұндай рекцияның қарқындылығы айтарлықтай (олар – өкпелетушілер «не жасап жатқандарын айтпағандықтан» кешірмеймін немесе кешіре алмаймын емес, енді мен өкпенің бар екенін және неліктен бар екенін білемен, сондықтан). Қарастырылып отырған техникалық тәсіл қатты өкпе сезімі өзінікін жасап болған пациенттермен жұмыста пайдаланылады, ол пациент әрекетінің негізгі векторын анықтаушы бола алмайды, ол тек пациент пен оны «өкпелетуш» арасындағы сәйкес қарым-қатынастар тақырыбын талқылағанда ғана өзі туралы еске салады (біздің бақылауларымыз бойынша терапевтік бағдарламаның осы кезеңінде айтылатын сұраулардың барлығында да осылай).

Техникалық әрекет бұдан әрі бекітілген терапевтік сессия жүргізілетін бастамашыл пациенттің ( немесе микротоптың) сұранысын нақтылаудан басталады. Терапевт алдын-ала келесі сұрақтарды талқылауды ұсынады: өкпе секілді күйдің қызметі қандай, бұл эмоция адамға не береді, неден қорғайды, не көрсетеді және неге үйретеді. Осылайша, қарастырылып отырған реакция коммуникативті актуалданады. Сонымен қатар, екі жақтылы диссосация механизмі қосылады – эмоция пациенттен «алшақтап», суық когнетивті өріске «кетеді», бұл жерде проблемалық реакцияны жетістікпен талдау мүмкіншілігі бар. Бұдан әрі талқылау процесі креативті штурм түрінде жүреді. Өкпе сезімін функционалдық ресімдеудің әртүрлі нұсқалары ұсынылады, соның ішінде айтарлықтай парадокстылары да бар (мұны барлығы бір ауыздан қоштауы керек, өйткені пациент келтірген проблемалық реакциясына қатысты пайдаланған когнетивті схема осылайша кеңейеді). Осы процесте диссоциацяның басты факторы «жұмыс жасап тұрғанын» көрсететін пациенттің белсенділігінң артуы қолайлы белгі болып табылады. Осылайша бірінші копингті блок – когнитивті тордың жаңа конструкциясы қалыптасады, ол пациентті диссоциирленген эмоционалдық реакциядан алшақтатады. Егер барлығы дұрыс жасалса – яғни бұл конструкция ниперпластикалық, креативті тәртіпте қалыптасқан болса, онда мұндай копингті блок тұрақты туынды болып табылады, ол осыған ұқсас басқа да эмоционалдық реакцияларға қатысты тиімді болады.

Техникалық әрекетті жүзеге асырудың келесі кезеңі өзіндегі «ыстық ойларды» (горячих мыслей) теңестірумен байланысты, қатты эмоционалдық реакция кезінде олар пациенттерде автоматты түрде пайда болады және зақымдаушы оқиғаларды еске түсіргенде актуалды бола алады. бұл «ыстық» ойларды өкпе (техникалық әрекеттің алдыңғы кезеңінде адекватты болған) сезімін беретін ақпараттардан бөлу керек, ең алдымен келесі белгісі бойынша, біріншілері деструктивті эмоционалдық реакцияларды «қуалайды, ал екіншілері, керісінше, оларды тоқтатады. Бұл дифференциация осы техникалық әрекеттің бірінші кезеңін белсенді жасаған пациент үшін аса қиындық тудырмайды. Айырмашылықтарды талқылап болғаннан кейін пациенттен қағазға, тақтаға немесе флипчартқа «ыстық ойлардың» кестесін жасап беруді сұрайды. Кесте оң

жағында сәйкес келетін ойларға арналған орын қалатындай етіп жасалады, олардың генерациясы осы кезеңнің негізгі міндеті болып табылады. Екінші копингті блоккреативті штормның келесі фазасының есебінен жасалатындай етіп қалыптастырылады, оны жүезег асыруда пациен белсенді түрде қатысуы керек. Олар ойлап-тапқан және таңдап алған нұсқалар дайындалған кестеге толтырылады – сәйкес келетін «ыстық ойларға» қарама-қарсы. Бұдан әрі екінші копингті блоктың конструкциясын арнайы микротехникасының есебінен «бекіту» керек. Бұл микротехниканың терапевтік мәні «ыстық» және сәйкес келетін копингті ойлардың арасында жұптық қарым-қатынас орнатуда, олардың қарым-қатынасының «алтыбақан» ритмін жазуда, олардың біреуі пайда бола салысымен («мах» «ыстық» ойлар жағына), екіншісі бірден іске қосылады («мах» копингті ойлар жағына). Алайда, бұлай бола тұра, бірінші копингті блогтың тұрақты белсенділігінің және пациенттің күш салуының есебінен, екінші «мах» үнемі күшейе береді, ал біріншісі, керісінше, тежеледі. Бұл метафора ойын түрінде толықтай көрсетіледі – пациенттердің екі тобы «алтыбақандық» жұп құрайды, ол пациентті бір алаңнан екінші алаңға лақтырады. Мұнда «ыстық» алаң қатты әрекет етеді, пациент үшін дискомфорт жасайды, ал «копингті» алаң – керісінше, жұмсықа, киностетикалық тәртіпте болады. Осылайша, пациент белсенділігі векторының ол үшін комфортты болып келетін копингті ойларды активациялау полюсі жағына қарай ығысуы қалыптасады.

Техникалық әрекеттің үшінші кезеңінде экологиялық тексеру – пациент өзі игерген дағдыларды көрсететін проблемалық жағдайды ойынмен көрсету жүргізіледі. «Барлығы менің жанымда болып жүріп жатқан сияқты, ал мен сабырлы қалпымдамын» - комфортты сезіне отырып, осы жағдайда рационалдық бағалаудың басым болуы жақсы нәтиже деп саналады. Техникалық әрекеттің аяғында қатысушылардың күйін стандартты бағалау, жасалған сессия матеиалдары бойынша пікірталастар жүргізіледі. Өкпе сезімі адамға маңызды бір нәрсені – адекватты «тыңдап, түсіну» керекті, ал содан кейін көпті үйренуге болатын нәрсені хабарлап тұратындығы туралы үнемі дауысталып отыратын рефрен оңтайлы терапевтік динамиканы куәландыратын болады.

2) Арт-терапевтік катарсиске акцентпен техника – бұл жердегі басты идея басқа да жағымсыз эмоциялық реакция секілді өкпе де адекватты қабылданып, шығармашылық өз пікірін білдіруді түсіндіре алады. Оның барысында – креативті терапевтік транс жағдайларында – басынан өткерген зақымдаушы тәжірибенің және клиенттің тұлғалық сақталу ядросының дисосациясы айтарлықтай жеңілдейді. Осы тәсілді технологиялық ресімдеудің, біз жоғарыда сипаттап өткен эмоционалдық арт-терапевтік коррекциялау бойынша әрекеттің жалпы реттілігі мен принциптерінен, ешқандай айтарлықтай айырмашылықтары жоқ. Сонымен қатар өкпе сезімінің алынған креативті үлгі-проекциялары интерпретациясының өзіне тән керемет сипаты бар, ол пациенттерге бұл күрделі сезімнің барлық аспектілерін көрсетеді. Осы техникалық әрекеттің жақсы әсер етуі топқа қатысушылардың эмоционалдық жағдайының әлде қайда жақсаруы болып табылады. Сондай-ақ зақымданушы тәжірибемен әрдайым бір нәрсе жасауға болатындығына түсіну. Және де бұл шығармашылық процесте әлдеқалай жақсы шығады, оның негізі қолда бар материалды жаңа сапаға қайта құруынан тұрады.

3) Гештальт-амалдарға көңіл бөлінген техника – қаралып жатқан ренішке деген эмоционалды реакцияның қатыстырудың жоғары дәрежесін көрсетеді, осы психотерапевтік амалдарды пациенттің психикалық белсенділік пен өмірлік кеңістігі барлық салаларын қамтумен. Бұл жердегі негізгі ой - біріншіден, тиісті эмоциялар толық мөлшерде және экспрессивті формада білдірілетін реніш сезімін елеп-ескеру толық мүмкіндігінде. Яғни, катарсис механизмі қолданылады, оның әрекеті нақты өмірде түсінікті қиыншылқтармен байланысуы мүмкін (дәл осы жағдай психологиялық саногенездің бас механизмі - өзін-өзі тиімді ұйымдастыру процесінің «шектелуінің» себебі болуы мүмкін, осыдан шығатын салдармен бірге). Ал екіншіден, – реніштің коммуникативті міндеті орындалуы үшін, яғни тиісті эмоционалды рекация бас алушыға тап болатын еді.

Техникалық әрекет топта тиісті сұрау салу жекешелендіруден, ынталы клиент сипаттарының жағдайынан және қаралып жатқан техникалық амалды іске асыру үшін көрсеткіштерден басталады. Реніш реакциясы «жіберілген» жағдай, клиент ренжіткен адаммен жүргізген не жүргізіп жатқан ішкі диалогтың сипаты анықталады. Содан кейін, терапевт ынталы пациент пен топтың назарларын, психотерапевтік сессия кеңістігінде кез-келген жағдайлар жаңғыртылуы мүмкіндігіне аударады. Егер нақты өмірде клиент қандай да бір себептер бойынша (жанұялық, мәдениеттік тыйымдар, жағдайлық шектеулер) қандай да бір кемістететін, қастық немесе басқа да ол үшін жағымсыз жағдайларға адекватты түрде жауап қайтару мүмкіндігі болмаса, онда терапевтік сессия шеңберінде бұл әбден орынды. Осы ретте аталған терапевтік кеңістігінде ренжіп қалған клиенттің оны ренжіткен кейіпкердің болмау фактісі мүлдем маңызды емес – олардың орнын топ қатысушылары басады. Клиентке аталған жағдайда ол үшін маңызды нәрсені анықтау ұсынылады– реніш реакциясы пайда болған көрініс жаңғырту ма (бұл көрініс сол кезде «қысылып қалған» эмоциялар психотерапевтік кеңістікте толық білдірілетіндей көрсетіп, жаңадан басьтан кешіруге болады), немесе – ренжіткен адаммен нақты осы уақытта «кездесіп», оған «маза бермейтін» ішкі момнологты жаңғыртып көру.

Бірінші тәсілді таңдаған жағдайда, клиент ролді көріністің қатысушыларын таңдап, болған жағдайлардың мәнін түсіндіреді. Терапевтің көмегімен жалпы көріністің, адекватты эмоционалды елеп-ескеруге мүмкіндік беретін жаңартылған сюжеті құрастырылады, функционалды ролдер бөлінеді. Содан кейін топтың сыпайы қолдауымен көрініс алдымен дайындалады, сосын сәл баяу қарқында ойналады. Реніш сезімін катартикалық елеп-ескерудің басында «кідіріс» болып қалған жағдайда, терапевт клиентті: «… сен тек бастастасаң, әрі қарай жеңіл болады …» деп ынталандырады. Еслеп-ескеру процесінің барысында терапевт вербалды түрде емес, ауыр эмоцианалды жағдайдан ештеңе қалмайтындай, бәрін шығару керектігін көресете, клиент белсенділігін қуаттандырады. Осы сәтте «ренжіткен адам» қандай да бір қарсы агрессия көрсетпеуі керек– бұл толығымен «пациент уақыты». Катартикалық шығу аяқталғаннан кейін – оны шиеленістің түсуінен байқауға болады, вегетативті реакциялар, эмоционалды шиеліністің және біршама түсінікті кідірістің түсуінен кейін, терапевт клиентті өзінің қал-жағдайын сипаттап беруін сұрайды. Ерекше назарға эмоционалды салаға аударылады. Клиенттің қалауы бойынша, осыдан кейін ренжіткен адам да сөз алуы мүмкін.

Оның пікірінің сипаты жағдай мән-мәтініне қарай байланысты болады. Әдетте – ол клиент жағдайын түсіну сөздері, өзінің мінез-құлқын түсіндіріп көріу мен татуласу ниеті. Оның сөзі ұзақ болмауы қажет (2–3 минут). Әдетте, осындай диалогтан кейін, клиент ренішті «шығарудан» кейін, ештеңеге қарамастан осы адамға қатысты басқа сезімнің пайда болуына көмегін тигізгенін (ең «кәнігі» ренжітетін адамдар – туған мен жақын адамдар) айтады. Содан кейін, ойда жоқта татуласу көрінісі болуы мүмкін – бұл жағдайда мүлдемартық емес, өйткені нақты осы әрекет дауласқан жақтардың нақты татуласу мүмкіндіктерін жоғарлатады.

Егер клиент екінші тәсілде тоқталса, ренжіткен адамның роліне қатысушы таңдалады, ол тиісті нұсқаулар алады. Ынталы пациент болашақ диалог кезіндегі оған барынша ыңғайлы позицияны өз бетінше таңдау қажет – бетпе-бет, арқа мен арқа, немесе басқа. Содан кейін басты әрекет басталады – клиент монологы, ол кейде өте қызулы эмоцианалды рекциялармен жетектеледі. Терапевт бұл уақытта вербалды емес қолдау көрсете, клиенттің қасында болады, оказывая невербальную поддержку, ал қажет болған жағдайда – клиент сезініп отырған сезімдерін ашық білдіруге ынталандырып: «Осы жерде барлық әрекетке жол бар… қазір сезініп отырған сезімнің бәрін айт … оларды толық шығар …». Эмоционалды «шығуға» жеткеннен кейін – ол клиенттің вербалды және вербалды емес белгілерінен байқалады– диалог бірінші тәсілдегі бағытта жалғастырылуы мүмкін. Техникалық әрекет ролдерді жоюмен, қатысушылар жағдайынына баға беру бойынша стандартты процедуралармен, жүргізілген сессия материалдары бойынша пікір-таласпен аяқталады. Бұл жердегі тиімді нәтижеге қарқындылықтың едәуір төмендеуі немесе реніш сезімінің толық редукциясы, ерікнідікті сезу мен жақсы қатынастарды орнатудағы жолда әрі қарай қозғалу жатады.

4) Жеке мәртебелер диссоциацияға сүйенетін техникалар – аталған техникалық әрекет өзінің эмоционалдық реакцияларына дифференцияланған талдау жасауға бейімі бар және диссоциирленген реніш сезімінің белгілері байқалатын («бір жағынан ренжімеуім керектігін түсінемін – ол дұрыс емес, бірақ ештеңе істей алмаймын», « бір жағдайға әр түрлі реакция білдіремін – кейде ренжиймін, кейде – бәрі дұрыс» және т.б.) пациенттерге қатысты жүргізіледі. Бұл жердегі негізгі терапевтік ой, жеке мәртебелердің дифференцияланған көзқарастан жүргізілетін реніш сезіміне талдау жасағанда, (Мен-баламын, Мен-бойжеткенмін, Мен-ересекпін, Мен-ата-анамын, Мен-серіктеспін және т.б.), келесі мүмкіндік пайда болады: 1. Осы сезімнің толық терапевтік диссоциациясы; 2. Осы эмоционалды реакцияның едәуір толық ойланылғанға өзгеру; 3. Тұлғааралық қатынастардағы зақым келтіретін, дағдарысты ахуалға эмоционалды реакциялаудан регрессивті амалдан құтылу.

Осы жағдайдағы техникалық әрекет, жайсыздық тудыратын кніә, реніш сезімінен неге құтылу керек және қоршаған орта әлсіздік ретінде бағаламау үшін, өзіннің пайдаңа «ренжімеуге» болады ма екен деген сұрақтар бойынша топтық пікір-таластан басталады. Осы ретте терапевт, терапевтік сесиия сәтіне маңызды, реніштің эмоцианалды реакцияға бейім ғана пациенттерді жекешелндіреді. Содан кейін осындай пациенттердің бірімен жүргізіледі. Терапевт, эмоцианалды реакциялардағы айырмашылықтар, высказывает предположение, что различие в

эмоциональных реакциях, анау немесе басқа дәрежеде, адамға тән екендігін болжамдайды. Ол, мысалы, «бала сияқты қуану», «кішкентай сәби сияқты жылауы», «жасөспірім сияқты жынданyға», «жүз жылдық ақсақал не мектеп мұғалімі сияқты сабырлы болуы» мүмкін. Өйткені оған осы кейіпкерлердің бәрі кіреді: «Мен-баламын, Мен-бойжеткенмін, Мен-ересекпін, Мен-ата-анамын, Мен-серіктеспін». Сәйкесінше істің мәні, осы, «тұрғындардың» қайсысы жағдайға реакция білдіреді, немесе бір уақытта екі не үш субтұлға реакция білдіруде. Осыдан өзінің сезімдерін, әсіресе реніш сияқты жайсыз сезімді түсінуге байланысты барлық қиындықтар пайда болады.

Екінші кезеңде клиентке ол үшін бірнеше өзекті жағдайларды құруды ұсынады, онда, бірінші жағдайда – Мен –бала, басқада – Мен - бойжеткен, үшіншіде – Мен - ересек әрекет етеді. Топтың креативті қатысушыларының көмегімен осындай жағдайлар жеңіл жаңғыртылады. Ынталы пациент, өзінің эмоционалды тәжірбиесін саралап және терапевтік процесс қатысушыларының ақпаратын пайдаланып, қаралаып жатқан кейіпкерлердің мінез-құлық пен эмоционалды реакциялар жүйесін құрады. Содан кейін олардың әр қайсысын «ойнайды». Осы ролдердің әр қайсысында басынан өткізген және керекті түрде елеп-ескерілген эмоционалды тәжірбие, ынталы пациентке «бәрін орын орынға қоюға» көмектеседі. Атап айтқанда – қоршағандардың қандай да бір жағымсыз әрекеттеріне реніш сезімі – ол көбіне кішкентай баланың рекациясы екенін сезіну, яғни, үйлесімді адамда психикалық белсенділіктің басқа формаларына салыстырмалы түрде тез «орын беретін» жетілмеген эмоционалды реакция . «Мен – бойжеткен» жеке мәртебе осындай жағдайға көбіне ашу, қарсылық, долылық сезімдерімен елеп-ескереді. Тек «Мен - ересек» мәртебесі басынан өткен жағдайдан сабақ алуға талпынады, олар келесідей болуы мүмкін: 1. Қолайлы жүріс-тұрыстың этикалық немесе басқа маңызды шектері бұзылғандықтан – қаншалықты бұл шектер бекітілгенмен де, айтылып, ұғынылса да, соның ішінде ренжіткен адамдармен; осы шектерді бекіту үшін не істеу керек; 2. егер, ренжіткен адамның ролінде туған және бұрын жақын адамдар болса (олай жағдайлардың көбінде болады), онла, олардан да қорғану керектігін білдіріеді, өйткені олар тіпті мінсіз жандар емес, өздерінің қызығушылықтар мен әлсіздіктері бар адамдар; алайда шиеленіс жағдайында қорғанған болу – өзінің жақындарынан алыстапуды білдірмейді; ол басқа шек, одан қашу қажет; 3. Реніш сезімінің ауырлығы, сонымен қатар, өзін өзі қадірлеу мен өзін өзі жақсы көруге келтірілген тауқымет; осы ресурсты сипаттамалар неге соншалықты ұрымды болды екен және оларды дамыту үшін не істеу керек екен? Бастан кешірген жағдайлардың осы және басқа да сабақтарын пациенттің жайсыз эмоционалды сезімнен алыстайтын Мен -ересегі адекватты түрде сезіну мүмкін. Осылайша, ынталы пациент «реніш» жағдайына маңызды үйлесімді алгоритмді ұғады: реніш сезімі (яғни Мен –бала реакциясы) – минутттар; жағдай мен адекватты әрекеттерге талдау (яғни Мен – ересек белсенділігі) – сағаттар мен күндер. Осы қорытындылардың бәрін, нәтижеде, пациенттің өзі терапевт пен топтың ақырын көмегімен қалыптастыру керек. Техникалық әрекетті соңында қатысушылар жағдайын баға беру және жүргізілген сессия материалдары бойынша пікір-таластар жүргізіледі. Бұл жердегі қанағаттандырылық нәтиже - ынталы

пациенттің реніш сезімінің толық немесе едәуір редукциясы мен топты эмоционалды кемелділік бағытына қарай жылжыту.

5) Жүріс-тұрыс құрауышына сүйенетін техникалар – осы техникалық әдіс П.Вацлавиктің қиынтықты – жобалаушы психотерапияны өту деңгейлерін қосатын дерлік барлық жағдайларда қолданылады, басқа да арнайы техниканы жүзеге асыруды талап етпейтін ерекше көрсеткіштер болмаған жағдайда. Негізгі терапевтік ой жеке тұлғааралық қатынас саласындағы дағдарыс жағдайында әлде қайда парапар, ренжуден гөрі тәсілдерді игеруді үйрену мен іздеуден тұрады

Техникалық әрекет сәйкес клиенттік талапты үйлестірумен басталады. Бұдан ары, алдын ала пікір талас барысында ренжу әрекетінің - жеке тұлға аралық қатынас немесе топтық жанжалда ең жақсы және жайлы тәсіл емес екендігі туралы тезисі талқыланады. Ынталы клиентке топтың қатысушыларының көмегімен ұсынылатыны: өзінің эмоционалдық және іс әрекетінің ерекшелін нақты құру – яғни, «ренжу» сөзінде айтылатынның барлығы, мәселелі жағдайда өзіне нақты не ұнамайтындығында назарын аудару; мәселелі жағдайды қарастыруда мүмкін альтернативті әрекет етуді құру, әр қайсысы белгілі түрде парапар келетіні (бұндай нұсқалардың 3-4 болуына ұмтылу керек); талқылау, мүмкіндік туындаған жағдайда әрбір парапар ойды дайындау; ынталы клиентке әлде қалай тиімді және қолайлы нұсқаны таңдау; Дж.Каутеланың белсенді елестеу техникасы бойынша таңдалған нұсқаны өңдеу; осы нұсқаның үлесіне альтернативті іс ірекетке шешім қабылдау; осы нұсқаны ролдік ойында немесе психодрама фрагментінде жұмыс істеу, басында «баяулатылған түсірілімде», сосын қалыпты тәртіпте; топпен өзінің ойымен, сезімімен, түйсігімен және болашаққа деген жоспарымен бөлісу. Бұдан ары бұл бағдарлама толығымен топтың көмегі және қатысуымен толық жүзеге асады. Бұл жердегі жақсы нәтиже ренжудің жағымсыз жағдайынан босатылуы, мәселелі жағдайда (енді өткен) ұстау тәсілін үйренгенімен қанағаттану.

ПБЗ-қа тәуілділердің ренжу сезімі үнемі ренжу әрекетімен көршілес болады, сол бір тұлғаларға қатысты. Көбіне бұл туыстар немес достар, басқа да елелулі тұлғалар. Біздің ойымыз бойынша, шешімнің дұрыс реті осы қатар тұрған мәселелердің – бұл ренжу эмоционалдық әрекет етуінің әсер етуі бойынша бастапқы жұмысы, кейін – кінә сезімімен жұмыс істеу, өйткені көп жағдайларда соңғы сезім пациенттің ұстап тұратын ренжуден босағаннан кейін пайда болады.

Кінә сезімімен психотерапиялық жұмыста өзіндік ерекшеліктер бар, осы жағдай қалыпты эмоционалдық әрекетке келмейді, субъектінің жеке тұлға өзегімен тығыз байланысты болса да. Осы психологиялық кешенге барлық жеке тұлғалық жоғары деңгейдегі констуктылары тартылады, олар жеке тұлға аралық экологияны («біздің ішіміздегі көргендік заңы»), микро- және макроәлеуметтік қарым-қатынасты қамтамасыз етеді. Осы жерден ПБЗ-қа тәуілділердің ренжу сезімімен жұмыс істеуде экологиялық салыстырыла тексерілген тәсілдің қажеттілігі туындайды. Оған қоса, келесі стандартты технологиялық тәсілдер қолданылады:

6) «Кінәні әкелу» техникасы – осы техникалық әдіс кінә сезімімен «артық жүктелген» пациенттерге қатысты қолданылады, бұл физикалық деңгейде иықтағы ауырлық, қысым, үнемі ішкі шиеленіс сезімі түрінде болады. Бұл жердегі

негізгі терапевтік ой, сезілініп жатқан кінәні «заттандыру» және осы кемсітеде клиенттік жеке тұлғалық өзегінен диссоциациясы, клиенттің жеке тұлғалық нұсқамаларын өзгертуді қажет етуді қарастыратын кінәдан босау экологиялық механизмін көкейкесті ету (ең болмаса көптің алдында кінәні мойындау және тәубеге келу фактісінің болуы, яғни осындай түрдегі өзгерістердің бар болуы).

Техникалық әрекет сәйкес мәселелік сұраудың сәйкестендіруімен, жағдайды бастан өткеру сипатын анықтау, көбіне жақын адамдармен жеке тұлға аралық қарым-қатынас саласында орын алатын. Ынталы пациент осы деңгейде өзінің ренжу реакциясы өңделгеннен кейін, мүмкін өзіне де ойламаған жерден – өмір сүруге және өзінің қалауынша дамуға кедергі келтіретін кінә сеземі туындағандығы туралы айтуына болады. Мүмкін, онымен татуласыға шаралары қолданылды, алайда еш нәтиже бармеді деуіде ықтимал. Бұның барлыңы топты және терапевтті ыңғайсыз жғдайға түсірмеуі керек. Керісінше, осы «мәрелік материалмен» жұмысты бастау керек. Терапевт топты «кінәнә әкелу», «кінәні жуу» - терминдерінің аясында пікірталастың бастауына көмектеседі – олар қайдан шықты? Осы сіздерде қандай ой бар? – терапевттің көмегімен немесе көмегінсіз топпен берілген жауаптарында айқындалуы керек, осы идиомаларда терең ойдың бар екендігін, оның ерте уақытта бері келе жатқандығын, жеке тұлға аралық қатынастан тікелкй нақты адамның, оның туыстары мен жақындарының өмірі тәуелді екендігін көрсеткен. Топтың криативтік батыл әрекеттері келесі барысында экологиялық салыстырылып тексерілген кінәні әкелу шараға келеді, барлық адамгершілік заңдар бойынша «дұрыс әкелінген» кінә нақты түрде өзгерген адамға кешірілуі керек: 1. Кінәні сезініп жүрген пациент, осы кінәні белгісін анықтауы керек - ренжіген өзін ренжіткен тұлғаға әкелетін төлем, бұнымен осы салмақты жүкпен қаншалықты қиналып жүргендігін көрсетеді, демек нақты түрде тереңінен өзгергендігін көрсетеді; 2. «қабылдаушы» – төлемнің ауырлығы мен көлеміне қарап кінәнің құнын анықтаушы, оның сәйкестік деңгейін келтірген шығынын бағалуы керек. Егер де бұнымен шығын толтырылмаса, пациентті кешірмейді (яғни, кінәдан босатпайды), оны келесі айналымға жібереді. Егерде кінәнің әкелген көлемі келтірілген шығынмен сәйкес келсе, онда екі қатысушы сөйлесуге келеді; 3) осындай түрдегі сөйлесулерде ішкі және сыртқы мәні болады; сыртқы деңгейде әлдеқайда жеңіл – «жауап беруші» «қабылдаушыдан» оны кінәдан босатуды сұрайды – яғни «кешіру», осы сөздің толық мәнінде; кінәні «қабылдаушы»: «Мен сені кешіремін»,- деген сөзін айтып, тәубеге келушіні оның жүгінен босатады. Алайда, шын мәнінде осыншалықты маңызды диалог болып жатқан өзгерістердің терең мәнін көрсетпейді және де көп ешнәрсе бермейді. Осы әрекеттің қатысушылары шамамен келсі мазмұнды терең диалогты айтуы керек: кінәнә әкелуші қабылдаушының көзіне қарап (тік қарас осы жағдайда оның шынайы екендігін көрсетеді) айтады: «Қарашы маған - сен менің қалай өзгергендігімді көріп тұрсың ба?». Бұл жағдайда ол, «кінәні қабылдаушының» көңілін нақты өзгерістерге аудартады – келтірген кінәнің көлемі мен ауыртпалығы, онымен келтірген күші, осы ауыртпалықтағы шеккен қасіреті. Қабылдаушы, кінәні әкелушінің көзіне қарап, біраз кідірістен кейін жауап береді: «Иә, мен сенің қалай өзгергендігіңді көріп тұрмын, енді мен де өзгердім». Осы әрекеттің әлде қайда драмалық сәті барлық бұрынғы әрекеттердің

нәтижесі екендігін көрсетеді, дәл осы сәтте, бірақ бұрын емес, барлығын «таза парақтан» бастауға болады, осы және басқа персонаж зақымданушы эпизодты өткерді, оны бірақ артта қалдырды. Нақтылы өзгерде және достық қарым-қатынасты қалыпқа келтіруге дайын. Эпизоддты пациенттің, кінәні әкелушіні оның жүгінен босауы – яғни кешіруі, осы сөздің тура мағынасында. Бұл жағдайда денелік ауыртпалықтан босауы нақтылы түрде рухани ауыртпалықан босауымен сәйес келуі керек және қиылысу сценариінің акценттік бекітілуімен жүргізілуі керек. 4. психодрамалық әрекетке қатысушылары және де куәлары басынан өткізгенімен бөлісуі керек. Келесі – беленді деңгейде техникалық әрекетті жүзеге асыруы барлық драмалық әрекеттің өңделген процедурасы ынталы клиент пен топтың іріктелген қатысушыларымен жүргізіледі. «Кінәнің - төлемнің» рөлін бір немесе екі партнер ойнай алады, ынталы пациенттің иығына, арқасына отырады. Осы жүкпен ол қанша рет айнала алады сонша рет айналу керек, дәл осылай «жазықты болу» алдында, дайындалған сценарий бойынша. Драмалық әрекетті жасағаннан кейін ролдердің және кері байланыстың алынуы қатысушылардың жағдайының бағалауының стандартты процедурасы жүргізіледі және өткен сессияның материалдары бойынша пікір талас. Бұл жердегі қанағаттандырарлық нәтижесі кінәлі сезімінінің барлық оның денелік атрибуттарымен толық босауы, ынталы клиент пен топтың адамдардың қарым-қатынасының экологиясын түсінуінде ілгері жүруі.

7) «Сот» техникасы – кінә сезімін сезінушіге үлдіргіш компонентінің терапевтік өңдеуіне, клиенттің оған жабысқан кінәдан босауы, келесі позитивті өзгерістерге әрекеттіік стимулдың құрылуына бағытталған психодрамалық әрекеттің фрагменті болып табылады (яғни, технология «терезе» принципі бойынша құрылған, актуальды клиенттік сұрау мен психологиялық денсаулықтың осындай қасиеттерінің құрылуы бойынша – орнықтылық, жекелік сәйкестендіруінің толық аяқталуы секілді, ішкі бақылау локусының құрылуы, позитивті өмір сценариінің бар болуы сияқты терапевтік бағдарламаға қарай ашылатын)

Техникалық әрекет топтың бір немесе бірнеше қатысушыларында сезінетін кінә сезімі сұрауының нақты сипатын анықтау мен сәйкестендірумен басталады. Ынталы клиентті сұрау салуы кезінде осы сезімнің генезінің жағдайына назар аударылады – қанда факторларының әсерінен немесе елеулі тұлғалардың ойымен ол қалыптасты, қандай механизммен ол ұсталып тұрғаны және т.б. Осылайша ынталы клиентке кәнілі сезімі қайдан келгендігі екендігіне түсінік береді – бұл үнемі ашық немесе жасырын айыптау фактісінің салдары.

Сонымен қатар, бұл жерде соттың қалай болғандығын түсіне, соттар кіммен ұсынылды және де осы процессе қатысушылар да (мысалы, ол жерде пациенттің адвокаты, қорғаудың куілары немесе тек ғана прокурорлар, судьялар және айыптау куәлары болды), қандай дәлелдердің негізінде осы құпия соттың шешімі шығарылды, шешім дұрс болды ма немесе бұл соттық қателік болды ма – барлық осы сұрақтар сәйкес психодраамалық әрекеттерде өңделе алады. Сонда, ең болмаса пацикенттің осындай жазаға тиесілі екендігі анықталады – ауыр кінә сезімі немесе ол басқа да тиімді формалары «түзету жұмыстарына» ауыстырыла алады. Көп жағдайда осы ұсыныс топпен және ынталы клиентпен ұстанымды

қызығушылықпен қарсы алады. Бұл жердегі абай болушылық түсінікті – сот отырысы тым байыпты процедура және де ойындық орындалуда, ал бұл жағдайда шын мәнінде де топтың бір немесе бірнеше қатысушыларын жазалау мәселесі қарастырылады. Терапевт осы әрекетке қатысушылардың «тағдырын» жеңілдетуге тырыспайды, керісінше драмалық қызудың «градусын» көтеруде. Бұдан ары, терапевт келесі жалпы канва мен драмалық әрекеттің деталін пікірталасға түсуі үшін басты тұлға ынталытұлға болды, оған тек ғана нақты сұрақтарды қоюмен көмектесті.

Келесі деңгейде сюжет, жалпы рет пен болатын «соттағы» қатысушы тұлғалары анықталады. Кем дегенде, онда: «айыпталушы» - яғни пациенттің өзі, судьялар, прокурорлар, адвокат, айыптау мен қорғаудың бас куәлары болуы керек; топтың қалған бөлігі отырысқа қатысушылардың қызметін атқарса болады.

Бір ғана нақты шарт анық түрде келісіледі – ынталы клиент қатысушыларға олардың рөлдерін көрсетуі керек (яғни, өзі прокурордың, қорғаушының, куәлардың және судьялардың атынан шығатын сот отырысының нақты фрагменттерінің толық айтылуы). Осы сәт барлық жағдайларда да аса маңызды болып табылады, өйткені дәл осы жерде кінә және кінәлі емес мәселесіне жаңа көз қарастуындайды және де сәйкесінше пациент тарапынан жаңа эмоционалдық және этикалық реакцияларының мүмкіндігі. Барлық маңызды фрагменттер, осылайша, терапевт мен топтың креативті белсенділігін максималды позитвті қосылуымен дайындалады. Аяғында, дайын болғаннан кейін терапевт сот кеңесі жайлы хабарлайды, ол жерде прокурор енді ештеңе айтпас, бірақ адвокат (бұл жеке тұлғалық статус Мен – ересек деген ынталы клиент болуы мүмкін) авторитеті судьялар мен ант берген қатысушылардың шешеімді қайта қарауына ықпалдаса алады - мысалы, ол кінәнәі жазасына ауыстыруды немесе оның бөлігін түзету жұмыстарына ауыстыруына дәлелді түрде сұрай алады, оның қорғауындағы бұны өажетті ұзақ уақытқа дейін орындай алады (мысалы, терапевтік өту кезеңі және осыдан кейін тағы да 2-3 жыл).

Келесі, ойын кезеңінде – сот отырысы ашық болып жарияланады. Сонымен қатар, келісілген, дайындалған бөлігі жүзеге асырылады, және де терапевтік контекспен және ойнатылып жатқан әрекеттің жалпы драмалық қызуындағы айтылған импровизациясына. Бұл жердегі нақты компоненті болып - қорғау куәларының сөйлеуі, олар ынталы пациенттің үлесіне сөйлейді, өйткені олар оның реаблитациялық басдаоламада қалай жүргендігін көрді және де біледі; пациентті айыптаушы адвокаттың сөйлеуі және де ант берген отырысқа қатысушылар мен судьялардың сөйлеуі, олар осы сәтте адвокаттың және де қорғау куәларының дәлелдерін есепке ала алады және ең бастысы – пациенттің өзіне сенуге, оның шын мәнінде де қозғалғандығын, көп нәрсеге қол жеткізгендігін және де оны мүлдем басқа адам ететін кінәнің әлде қайде қайда көп бөлігін өтеген, сол бір қасиеттерді дамыту жолында көп нәрсеге қол жеткізе алатындығына. Бұл жерде терапевт - бұл жердегі барлық персонаждар – судьялар, прокурорлар, адвокаттар, куәлар пациенттен ешқайда кетпейді, бірақ қазір енді олар оған жазаны емес, сенімді ақтауға лайық адам ретінде қарайды, дей алады. Бұл жерде тек «кінәнің» өзі ғана бір жаққа кете алады ( бұл жерде терапевт барлық қатысушыларға шаблонның үзілуін дайындайды және де отырыс залына

бұрыңғы «кінәні» шақыртады, пациентті куә орнына итермелеп, оның кінә атынан сөйлеу керектігін көрсетеді). бұрынғы кінә сезіміне қойылатын сұрақ келесідей болады: «Қандай жаңа сезімге ол айналуға келіседі, енде жалпы трансформациялануына?». Бұл жағдайда пациентке жауап жеңіл келеді – ол осы жерде және қазіргі сәтте сезініп отырған – жеңілдеу, үміт, өзінде туындаған сенімдік, бұдан ары барлығы дәл сол өзінің өмірлік жоспарында қалағандай болатындығы. Осы нотада «сот отырысы» жабық болып жарияланады. Қатысушылармен кері байланыс жүргізіледі, ынталы клиенттің және топтың жағдайының динамикасы бағаланады. Жүзеге асырылған техникалық әрекеттің жақшы нәтижесі болып, кінә сезімінің босауы, позитивті өмір сценариінің нақтылануы және де ынталы топта және жалпы топта ішкі бақылау локусы болып табылады.

8) Ертегі – драмалық сюжетте негізделген техникалар. Осы техникалық әдіс терапевтік бағдарламада ілгері кеткен, адамның күрделі психикасы туралы түсінігі бар (мысалы, дифференциалднған жеке тұлғалық статустар), сондай-ақ кінә сезіміміен байланысты терең мәселелердің, күрделі кешендернің барлығын ұғынған пациенттерге қатысты қолданылады. Жобаланған техникалық әрекет осы контексте қорытындылауш аккорд болып табылады: 1) пациентті кінә сезімінен басату; 2) тұрақты ресурсты жағдайды құруға қажетті. Бұл техника «терезе» үлгісі бойынша құрылған, нақты мәселені шешу жағына және де әмбебап психотерапиялық мақсаттарға жету жағына да ашылады. Мүндағы негізгі ойы дербестендіру мен алынған ресурстық тәжірибенің «біздің ішіміздегі көрегендік заңының» - пациенттің менталды экологиясының басты құралы ретінде бекітілуі болып табылады.

Техникалық әрекет сәйкес мәселелік сұраудың сәйкестендіруі басталады, бұл жағдайда ол кінә сезіміне байланысты ынталы пациенттің және топтың мәселердің иынтығымен ішкі жұмыс істеуімен алдын ала болғанның салдары болып табылады. Бастапқы деңгейде адамға жіберілетін кінә сезіміне байланысты қандай этикалық сабақтар меңгеріле алады дегенді талқылааумен топта тақырыптық пірікталасты қалыпқа келтіруімен орынды болады. Осындай пікір таластың нәтижесі, терапевттің анық емес беруімен «біздің ішімізде» әлдебір адамгершілік заңдарының бар екендігінің тезистері бола алады – бұл анық емес және ешбір ресми қағаздарда жазылмаған – олардың орындалуымен сондай анық емес және көрінбейтін сатылары қадағалайды (оларды әр түрлі қылып атауға болады: жан, рух, ессіз, жеке тұлғасыз психиалық сатылар, ішкі күзетші, сақтаушы және т.б.). Осы көрінбейтін күштермен жіберілетін кінә сезімінің нақты мағынасы маңызды этикалық сабақты иеленуден тұрады: басқа адамның экологиялық кеңістігін жазасыз бұзуға болмайды – бұл жағдайда сенің де экологияң бұзылады. Бұл принцинцип бұрынғы уақыттан бері белгілі және барлық белгілі діни конфессияларындағы этикалық кодекстерінде жазылған. Алайда, әрбір адам, мүмкін «біздің ішіміздегі көрегендік заңын» өзінің басынан өткізген тәжірибесімен ұғынуы керек. Бірақ, осы маңызды тәжірибе алынды, этикалық сабақ меңгерілді. Ары қарай не? Техникалық әрекетті бұдан ары дамытуда терапевт ертегі әрекетін ойнауға ұсыныс жасайды, бұл жерде ынталы пациентпен алынған тәжірибе ертегі персонаждарында «тірілуі» керек, ал адам

психикасының супер ресурсты сатылары берілген сабақтың жақсы меңгерілгендігіне көз жеткізгеннен кейін «ғажайып түрде» пациентті кінә сезімінен босатады. Топ және пациентпен белгілі ертегі сюжеттері талқыланады (осы кезеңде қатысушылардың ойынды ертегі кеңістігіне сензитивтігінің «ғажайып өзгерістерге» өсуімен енуі аса маңызды, сол себептен осындай креативті батыл әрекеттің кем дегенде 10-15 минут жалғасуы қажет). егер де сәйкес немесе нақтылы сценарийдің табылмаған жағдайында белгілі «Шалқан» ертегі сюжетінің канвасын пайдалануға ұсынады, сырттай ынталы пациенттің әңгімесін еске түсіретін: 1) теріс қылық «себілді»; 2) одан «үлкен – өте үлкен» мәселе өсті; 3) бұл үлкен мәселені – кінә сезімі, тартты бірақ шығара алмады, пациенттің «жақсы» қылықтары (мүмкін кіні-шалқанда тамырлары терең болған шығар, он тартқан адамда да күш болмаған-ау); 4) енді оны шығара алатындай тарту керек – бұны қалай жасау керек? Соңғы сұрақты талқылауы да креативті шудың режимінде жүргізіледі, оның барысында ынталы пациенттің терапиялық бағдарламадағы қозғалыстары, ішкі жұмыстары «қарастырылады». Осы әрекет барысында креативті топтың әрекеттері көрнекілік сабағын алады, қандай деңгейге дейін бұл жұмыстың нәтижесі керек – кінәні өтеу әрекеті; ептілік, білім, дағдыға үйрену; өмірлік сценарийдің құрылымдық идеялары, оны жүзеге асыру бойынша жоспарлары; пациенттің өзі өзіне құрған ішкі экология ережелері және басқа да ресурстық алулары және де адамның өмірінде кедесетін осы қиын мәселелерді шешуде қаншалықты мағыналы. Сонымен қатар, ынталы клиенттің жетістіктері алдағы ертегі-драмалық әрекеттерге іріктелген қатысушылармен ұсынылады.Олардың функциялары сол ортақ іске әрқайсының қосқан айтылатын салымнан кінә сезімін шығару болып табылады. Маңызды сәті болып айтылатын мәселенің дене компонентінің анықталуы – кінә сезімінің орналасу және «нығайуы». Сонымен қатар, сезілетін жағымсыз дене сезінуілерінің детальдары анықталады, пациенттің кінә тамырының заттанған «тартушылардың - тартқандардың» ресурстық тобының баланыс тәсіліне қатысты қалаулары – виртуалды байланыс, жәй ғана тию, тығыз дене байланысы және т.б. Әрекет деңгейінде барлық сюжет әрбір қатысушағы түсінікті және детальдары анықталғанда, бастамашы пациент өзіне ыңғайлы позицияда орналасадв, оның персонификацияланған ресурстық функциялары – пациентпен қойылған ретте бірінен соң бірі болады. Терапевт пациенттің қолы бос болғандығын қадағалайды, және де оның өзі көмектесушілер тобына қатысты жағдайын жеңіл ауыстыра алатындай. Ертегі-драмалық әрекеттер, пациент пен топтың гиперпластикасының шыңында жүзеге асатын белгі бойынша басталады. Әрбір талпыныстан кейін (барлығы 3-4), «ары тартады, бері тартады бірақ шығара алмайды» деген ретте ресімделген, пациент кінә сезімінің заттанған тамырының аумағында ішкі шиеленістің өсумен көбіне берілетін өзінің сезімімен бөліседі. Үшінші талпынысты жүзеге асыру барысында, терапевт «Тоқта, барлығы тұрып қалды»,- деген белгісімен сюжеттің шаблонын үзеді, бұны ертегілерде уақытты тоқтап қалу деген сияқты ғажайыптың болуы мүмкіндігімен түсіндіреді. Бұл тек аса маңызды себептермен ғана жасалады. Бұндай сылтау бар – дәл қазір кезек суперресурсты инстанцияларының кезегі келді (жан, рух және т.б.) өздерін көрсетуге .... өздерінің күшін көрсетуге.... және де ниетін.... өзгергенге

көмектесуге .... және де барлық сабақтарды меңгерген пациентке де ... босауы үшін.... тамырды шығаруға ... осы піскен жемісті ... кінә болуды тоқтатқан ... күйініші кеткен. Терапевт пациенттің оң жақ иығын ұстап және де қазіргі уақытта осы ертегі аурасындағы оны естіп тұрған күшті сұрайды, ... оң қолын жеңіл әрі салмақсыз етуді... оны сыйқырлы күшпен бөлеуді... піскен жемістің тамырын ұстауға, барлығы бірге ... (мында, ереже бойынша қатысушылар пациент қолының левитациясының феноменін қадағалайды, көрсетілген бағытқа оның қозғалысы – байланыс зонасына) ... және – (дауыс акцентінің күрт көтерілуі мен ажыратушы белгімен білдіруі) - оны шығарып, алып тастауға (сонымен қатар көмекшілер тобы артқа қарай «құлайды», арқан тартқан тәріздес). Пациенттің қолы байланыс аумағына қойылдады. Бірнеше кідірістен кейін оны өзінің сезімімен бөлісуді сұрайды. Әдетте – бұл жеңілдік, босау, ерекше көтерілу сезімі. Терапевт оларға көмектесетін «ғажайып күшке» рахмет білдіруге ұмытпайды, бұдан былай ол пациентке оның жақсы істерінде қолдау көрсетіп отыратынымен сенімділікті білдіреді.

Соңғы фрагментті жүзеге асыру кезінде осы ортақ көмекшілердің шынжырында санадан тыс суперресурстарнының қатысу фактісін жәй ғана айтуы нұсқасы мүмкін (яғни, терапевтік кеңістікте «өзіндік» қатысуынының көрсетуінсіз). Сондай-ақ, пациенттің топтың тырысуына қосылып және ресурстық топты құрайтын көмекшілердің біріншісін «итеріп тастауға», өз қатарында байланыс аймағында кінә сезімінің тамырын «шығарып тастауға» көмектеседі. Алайда, осы соңғы нұсқаулар терапевтік сессияның толық әсерін бермейді, болашақ проекциясында суперресурстар сатыларымен тиімді әрекет етуінің байланыс сценариінің құрылуының мүмкіндігімен байланысты.

Белсенді фазаның аяқталуынан кейін қатысушылардың жағдайын бағалаудың стандартты процедуралары жүргізіледі, шектердің алынуы, өткен сессияның материалдары бойынша пікірталас. Бұл жердегі қанағаттандырарлық нәтижесі болып ынталы клиенттегі кінә сезімінің толық босауы, топтағы тереңдетілген терапевтік жұмысына уәждің жоғарылауы.

Стационарлы және амбулаториялық сауықтырудың жұмыс фазасын өту кезінде күнделікті мәселелердің келесі блогы болып табылатыны: өзара қолдау, сенім көрсетілгенге негізделген сенімді қарым-қатынастың құра алмауы; жақын ортадағы қақтығыстар. Мындағы атап өтетіні, терапевтік қауымдастықтың идеясы топтық жұмыстың құру формасы, бөлімшелерде психотерапевтік тәртіптерінің бар болуы - негізі осы мәселелерді шешуге бағытталған тәулік бойы және көптеген айлық үздіксіз тренингінің элементі болып табылады.

Бірақ, сонымен қатар пациенттер мідетті түрде арнайы коммуникативті тренингтеріне, шиеленістермен тиімді басқару тренингтеріне қатысады. Оның барысында осындай сқрауды арнайы теңдестіріліп және олармен жүйе мен реттік жұмыс жүргізіледі.

Осы мәселелердің жеке компоненттеріне қатысты – ереже бойынша бұл сенімсіздік, ашу немесе басқа да эмоционалдық жағымсыз сезімі – олармен жұмыс өткен екі бөлімшелерде сипатталған техникалық репертуарын қолданымен жүргізіледі.

**3. Психобелсенді заттарға тәуелділердің медико-әлеуметтік оңалту бағдарламасының «аяқталу» фазасында қолданылатын стратегиялық полимидальды психотерапиясының құрылған техникасы**

Бағдарламаның аяқталу деңгейінде пациенттің бөлімшеден немесе орталықтан шығарылғанның алдында жұмыс осындай қалыпты мәселелермен жүргізіледі: шығару алдындағы қорқыныш, әуестікке қайта оралу, «қалыпты өмір» қажеттілігі. Осы мәселелер жалпы психогенез негізінде бірегей блокпен ұсынылған. Сонымен қатар келесі техникалық тәсілдер қолданылады:

1) Когнитивті (түсіндіру) компонентіне негізделуімен техникасы – осы техникалық әрекет ынталы пациенттің сәйкес талабы бойынша жүргізілетін әрбір терапевтік сессияда қолданылады немесе жалғыз құрал ретінде, немесе басқа құрылымдық техниканың жүзеге асыру алдын ала деңгейінде. Осы терапевтік әрекеттің негізгі идеясы шығару алдында және де өмірге қайтуға туындайтын үрейдің нағыз механизмін барабар түсіндіруінен – үрей әрекетін тарқататын басты иррационалды үзбесі ажырайды (қалайша – мен соншама жұмыс істедім, енді қайта қорқынышты – мында бір нәрсе дұрыс емес). Атап айтқанда, пациенттермен ашық пікірталас режимінде, уақытша терапевтік емес, шығару алдындағы эмоционалдық регрессиясы – қалыпты жағдай болып отыр. Өйткені, адамның жаңа ғана келген өзеннің екінші жағасына секіру алдында екпінді алу үшңн бірнеше қадам артқа қарай жасайды. Яғни, өз бетінше сақтандыру болып табылады, болашаққа секіруге мобилизация тәсілі. Басқа байланыс – емтихан алдындағы жағдай – барлығын білетін сияқтысың, бірақ бәрібір де қобалжисың. Бұл қобалжу кетеді, тек ғана билетті алып, жауап беретін сұрақты көруі керек. Бұдан ары шығару алдындағы артық қобалжу сезімінің нақты себептері талданады. Бұлар: 1. Терапевтік бағдарламаның аяқталғанын ұғыну, ал пациент тек жақында ғана оған шынымен қосыла бастады ал енді ол қаншалықты көп нәрсені үлгермегендігін түсінеді (бұл жерде ол рецидивке қарсы және қолдаушы терапия курстарына қатыса алатындығы жөнінде ескерту орынды, бұл жерде осының дефициті толтырылады); 2. Өмір сүруге қаражаттың, жұмыстың, оқудың келешегі жоқ болуына, туыстармен шешілмеген жанжалдар және басқа да байланысты үрей мен негізделген мазасыздықты туындататын жақындағы болашақтың проекциясының жағдайымен (бірақ сол уақытта – қалған күндері топтың қолдауымен пайдалануына, барлық мәселелердің деңгей бойынша шешеуіне көмектесетін нақты әрекеттің жоспарын дайындауға ынталандыру бола алады. Сонымен қатар әлеуметтік қызметтердің және қорлардың мүмкіндігін пайдлану қажет және де болады. Яғни, әрекет етуді бастау керек, содан кейін тұрлауысыздық пен үрей жағдайы жылдам мобилизиция жағдайымен ауысады); 3. «тастап кету» сезімін сезіну – мында пациент біреуге керек екендігін, ол жайлы уайымдайтыны, оған қолдау көрсететіндігі, бірақ ол жерде ол аса достық қалпы жоқ ортада өзімен өзі болады – осы жерден есірткі мен ішімдікке қайта оралуға деген үрей туындайды, ол осындай жағдайларда әлдеқайда ізденіп алатын болуда (мұндағы шынайысы «басқа» - әлдеқайда өзгерген пациент дәл сол өмірге қайта келмейді. Қандай жағдай болсада, ол оны өзіне «жарқын жағымен» келтіре алады – тек бұған біраз уақыт керек. Бірақ дәл сол сәтте рецидивке қарсы терапия бағдарламасын пайдалануға болады, ондағы бұрынғы пациенттері алғашқы

айлары шыққаннан кейін, ресурстық көмек алып және де стреске тұрақтылыққа үйренеді. Бұл жайлы барлығын білетін болсаң да – өзіңді әлде қайда тыныш сезінесің). Осындай талқылаудың аяғында әрбір сылтау үрейлі реакцияны құратын қанағаттандырарлық түсіндіруге ие болады және бұдан арғы терапиялық және әлеуметтік жұмыстың түсінікті болашағы. Бұдан ары сәйкес жұмыс әрбір нақты талап бойынша жүргізіледі. Осы техникалық әрекеттің қанағаттандырарлық нәтижесі болып пациенттердің тобында мазасыздық деңгейінің әлдеқайда төмендеуі болып табылады.

2) Эмоционалдық жағдайға түзетумен негізделумен техникасы – осы жағдайда техникалық репертуар қолданылады, ол біздермен алдыңғы бөлімдерде сипатталған (эмоционалдық жайсыздықты түзету техникасы).

3) Өзіне деген сенімсіздік компонентінің түзетуіне акценттеумен техникасы – осы жағдайда техникалық репертуар қолданылады, ол сәйкес бөлімдерде сипатталған.

4) Пациенттің қоршағанымен сенімді, сындалы қарым-қатынасты құруға акцент жасауымен «ресурстық алаңдар» техникалық әрекеті. Осы техникалық әрекет шығарудан кейінге күрт жағдайдығ төмендеуінің күтілуіне байланысты сезілетін резиденттерге қатысты қолданылады – «мында – сенімдік, қолдау, ал ол жерде – мүлдем басқаша».

Алдын ала деңгейде сәйкес талап теңдестіріледі, алдын ала тематикалық пірік тала жүргізіледі, техника когнитивті компонентке (түсіндіру) сүйенуімен жүзеге асады. Жоғарыда келтірілген әрекет ынталы клиентті бастапқы ресурстық жағдайға, креативтік және пластика секілді сипаттарымен келтіруге ықпалдасады.

Техникалық әрекеттің келесі деігейінде пациентті алда тұрған өмірдің кеңістігін ұсынуды сұрайды, оны терапевтік сессия жүргізіліп жатқан бөлменің шетіне орналастырады. Топ пациент өмірінің алаңы белгіленген шетінде орын алады. Бұдан ары «шынайының жолағында» орналасқан пациентті, өзін «шынайы жақсы сезінетін» алаңның шетінде қандай да бір адамдарды, жағдайларды, нақты себептерді орналастыруға сұрайды. Сонымен қатар есірткі және алкогольдік масаю жағдайын ойнатуға бұрын салынған тыйым әрекет етеді. «орналастыру» процедурасының бастапқы моменттері пациенттің басқа да елеулі тұлғаларының арасындағы (туыстары, достары) шешілмеген және әсер етулмеген шиеленістерінің себебінен қиындыққа ұшырауы мүмкін. Алайда бұл қиыншылықтар жұмсақ: «Сен тек баста, тырысып көр!»,- деген ынталандыруымен жеңіл жасалынады. «Өмір кеңістігін» оқиғалар мен адамдармен толтыру шамасына қарай, терапевт пациентке осы «жиналғандарды» «бетімен ішке қарай» жабық жүйесін құруымен жетерлік шағын орналастыруына кедергі келтірмейді. Оның орнына пациенттің белсенділігі мен қиялы көтермеленеді. Оған әрбір шеңберде (қарым-қатынас жүйесі) егерде бұл аяқ асты тәртіпте жүзеге асырылмаса, өзінің орнын нықтауа ұсыныс жасайды. Осы процедурада пациенттің шын мәнінде қандай позицияда тұрғандығы және оның не қалайтындығы жөнінде комментариге көңіл бөледі. Оған елеулі тұлғалардың ролдерін ойнайтын топтың қатысушыларымен осы және бас нұсқаны дайындауға ұсыныс жасайды. Екі нұсқадада орналасудың, сезімнің, ойдың, әрекеттің ерекшелігі белгіленеді. Осы жағдайдағы негізгі сәті болып пациентпен басқа да

елеулі тұлғалардың соған қарым-қатынасын өзгертуге «күннің принципін» пайдаланудың мүмкіншілігін ұғынуы болып табылады (қарым-қатынастың конфронтациалық жүйесін синергетикалыққа ауысуы). Алғашқы достық импульсі оның өзінен шығуы керек. Терапевт пен топ пациенттің дамып келе жатқан іс-әрекетін ынталандырады, бірінен соң бірі «гүлдің ашылуы» драмасын ойнаумен әрбір елеулі адамдардың шеңдерінде адамдық қарым-қатынас ресурстарын дамыта отырып. Сонымен қатар жасалған шеңберлер, біріншіден кең, екіншіден олардың саны ұлғаяды. Пациент жаңа ресурстық қарым-қатынасты орнатуға позитивті тәжірибені өмірлік құндылықтар жүйесіне, оның ойы бойынша жақын қарым-қатынастың үмітсіз үзілген деп ойлаған сол тұлғаларды да қосуы керек. Пациенттің бұл әрекеттері терапевт пен топтың сөзсіз позитивті қолдауын алады. Осы этап барлық мүмкін шеңберлердң құруымен – «ресурстық алаңдар» және солар арасындағы кеңістікті орнатумен аяқталады. Оның барысында, осы аралық кеңістік бойынша қозғалу барысындағы әрекеті мен ой қызметінің, сезінудің ерекшеліктерін анықтайды (кейбір пациенттер бұл кеңістікті «миналанған алаң» деп белгілейді, бұл жерде абайлаушылықты сақтап және де барлық жағымсыз жағдайларға дайын болу керектігін атап өтеді). Өмірлік кеңістікті құруды аяқтағаннан кейін «шынайылық жолағына» қайтып келген пациентте оның статусының ерекшелігін анықтайды, жеткен жетістіктерін белгілеумен. Көп жағдайда бұл сезім «бүгінгі де және әсіресе болашақ өзгерді – жарқырады, үміт пен күш, кеудеде жылулық сезімі пайда болды». Пациентке шеңберлердің конфигурациясын алғашқысымен салыстыруды ұсынады және өмірде ресурстық кеңістіктңғ кеңейген екендігіне көз жеткізу, ал «миналық алаңдар» аумағы быраз азайды. Бұдан ары пациент сол бағытты жүргізеді, әр шеңбердегі құрылымдық сценариінің дамыта келеді. Ол осы «саяхатқа» жолаушыларды алуына болады – өзінің достарын және жақындарын, мұнымен «ресурстық алаңда» берік байланысты орнату мен олардың позитивтік әсер етуінің күшейгендігін атап өтеді. Сонымен қатар, маңызды біріктіруші тенденцияларымен қатар басқасыда белгіленеді: «миналық алаңдар» кеңістігі бойынша саяхат туыстар мен жақындардың ілесуімен қауіпсіз болады. Осы кеңістікке көз қарас өзгереді. Бұл – тек ғана жол, бұл жерде де сенімділік пен байыптылықты сезінуге болады. Әр шеңбердегі интеракциясы спонтандық тәртіпте жүргізіледі. Көбіне топ нақты түрде терапевтік әрекеттің контексін ұғынады, «саяхаттың» екінші шеңберінде әрбір «ресурстық алаңдарда» пациенттің құрылымдық даму сценариі дайындалып және позитивті бекітіледі. Осы деңгей мен жалпы техникалық әрекет толығымен топтың қатысушыларына дебрифинг (ролдерді алу) процедурасын жүргізумен және сессия материалын талдаумен аяқталады. Бұдан ары, өзгерулерді бекіту мен болашақты анықтау стандартты процедуралары жүргізіледі. Сонымен бірге ерекше назар бастапқыда айтылған мәселемен өзара қатынастың сипатына аударады. Оң нәтижесі деп деструктивті қобалжудың толығымен жеңілдеу, өмірдің құрылымдық сценариінің жүзеге асырылуына жоғары уәж болатын тұрақты ресурстық жағдайының құрылуын есептеуге болады.

5) «Көкжиектен тыс қадамдар» техникасы – терапевтік бағдарламаның соңғы деңгейіндегі пациенттермен жұмысында қолданылады: 1. Қорқыныш, үрей жағдайын сезінеді; 2. Тұрақты ресурстық жағдайының дефицит белгілері

анықталады (атап айтқанда – қоршаған ортаға бейімделу конфронтациялық стратегиясының басым жағдайда болуы, қоршағанмен өзара әрекет ету құрылымдық тәсілінің әлсіз дайындалуы; ресурстық метопозициясының жоқ болуы); 3. алайда, осының барлығымен – терапевтік бағдарламаның белгілі фрагменттерін меңгерді, жүзеге асырылатын терапевтік әрекеттердің ортақ контекстері мен мағынасын түсінуге қабілетті.

Бұл жердегі негізгі терапевтік ойы клиенттің онымен алатын оқиғаның негізгі агенттеріне қатынасы бойынша антиресурстық метапозициясының сәйкестендіруінде болып отыр, және «ішкі көкжиектің қатты жолақтарына» терапевтік трансформациясы әлде қайда икемді, құрылымды, ресурстық метапозициясына.

Осы ой бірізді қадамдардың пайдалану есебінен жүзеге асады – ішкі ережелердің анық емес кодексті (көкжиек) анықтайтын техникалық әрекеттер, оқиғаның негізгі сатыларына қатысты әрекет ететін: түсінетін Мен (тұлға); психикалық тұлғалық емес, сезілмейтін саты (сезілмейтін, санадан тыс, санаға тән, санадан артық, жан, рух және басқа да осы сатының белгілері); елеулі тұлғалар (олар); қалғандары (басқалар); әлем – шындық (нысандар, оқиғалар, ақпарат).

Техникалық әрекет пациенттің тұрақты ресурстық жағдайларын, сенімділік сезімі, жеткен нәтижелердің беріктігі мен тұрақтылығын құруға ашық және жабық талабының тақырыбы бойынша топтық пікірталасты қайта жасау. Ақырын және еркін ынталандыру кезінде топтық пікірталас фокусы жылдам түрде талқылануға 5-орында есірткіге қарсы тұлғаның тұрақтылығы қабілетінің тізбегінде (ресурстық толықтық өмірлік құрылымдық сценарилерінің жүзеге асыру мүмкіндігі мағынасында) пациенттің (сезінетін Мен) персонасы арасындағы және басқа да басты оқиға сатыларымен қарым-қатынастың жасырын контексінің аспектісінде. Топтың мақсаты терапевтік процесстің қатысушыларының өмірдегі маңызды оқиғалармен оқиғаның басты сегментіне өзара әрекеттесу принциптерімне өзара тәуілділікті орнату. Бұған белсенді пациенттің ресурстық метапозициясын сәйкестендіру көмектеседі, жалпы ол аталған ресурстық сатылармен оның өзара әрекетімен эмоционалдық, когнитивтік және мінез-құлық стереотиптерінің анықталуына келеді.

Осы техникалық әрекет орнатылған терапевтік сессия форматында орындалады. Топ фон ретінде пайдаланылып және де ролдік сюжетте белсенді қатысады. Пациентті шектелген кеңістік орнына орналастырады (бұл пациенттің өмір сүрі алаңы болып есептелінеді), өзі белгілеген жер. Және бұдан соң, осы кеңістікте пациентке орынды болып табылатын сәулет және ретте оқиғаның атауланған агенттері орналастырылады. Диагностикалық және болжаамалы мағынада соңғы сипаттары жеткілікті түрде маңызды болып табылады, оның персонасын осы немесе басқа агенттерден оқшаулайтын дистанция секілді. Мысалыға, психикалық жеке тұлғалық емес, суперресурсты инстанцияны өзінің ішіне орнатты, бірақ өзінің өмірлік алаңының шеттегі орнында тірі сезім ретінде ұсынған емес, бірақ қандай да бір «материалды» пұт ретінде, яғни осы ресурстарға пациентте пұт жетімділігі шектелген дегенді жобалауға болады. Пациенттің басқа да оқиғаның агенттеріне қатысты орналасуы мен мүддені

туғызады. Персонаның ортада болған позициясы, басқалары (психикалық жеке тұлғалық емес инстанциясынан басқа) тең алынып тасталды, бірақ пациент қолының жететін жерінде, үйлесімдік пен оқиғаның негізгі агенттері арасында қарым-қатынасының бар екендігін куәландырады. Басқа үйлесімді және болашағы бар, ресурстық коныигурация - персонаның айналасында орта шеңберлермен, «матрешка» типті, маңызды тұлғалары (олар) орналасады, сосын қалғандары (басқалары), кейін әлем – шындық (нысандар, оқиғалар, ақпарат). Осылайша пациент өзінің әрбір инстанциямен – шеңбермен байланыс жасайтындығы жөнінде хабарлайды. Қандай да бір басқа конфи (гурациялар, мысалыға персона – пациент жалпы өмір алаңының бір шетінде орналасқан, ал оқиғаның негізгі агенттері – басқасында, үйлесімі мен ресурстары аз болып табылады. Осы әдісті жүргізу барысында конфигурацияның қалыпты динамикасы - үйлесімі мен ресурстары азынан үйлесімі мен ресурстары көбіне қолданылады. Техникалық әрекет пациенттің оқиғаның негізгі агенттеріне қатысты сезінетін сезімді, түйсікті анықтаумен жалғасады. Оны осылардың әр қайсысы туралы жайлы не ойлайтындығын айтсын деп сұрайды. Сонымен қатар, басым конфронтациялық немесе керісінше пациенттің оқиғаның негізгі агенттерімен эмоционалдық және когнитвті өзара әсер ету синергетикалық векторы. Бұдан ары пациентке оған қатысты әрбір агенттің мінез-құлқын сондай-ақ өзінің осы агентке қатысты мінез-құлқын елестетуге және анықтауға ұсыныс жасайды. Сонымен бірге, пациент белсенді түрде сәйкес сюжеттерді жасауы үшін топтың көмегін пайдаланады. Соңғылары ынталы қатысушының мінез-құлқының базистік стратегияларына қатысты талдаулар мен қорытындыларды жасауға өзіндік аса маңызды материал болып табылады. Осы техникалық әрекетті аяқтауында пациентке өзінің маңызды эпизодтарындағы оқиғаның негізгі агенттерінің әр қайсысының ролі мен орнын көрсетуге ұсынады, атап айтқанда оған маңызды мәселелердің генезінді. Осы әрекеттің негізгі қатысушылары арасындағы байланыстың құрылымдық емес контексі туралы басты агенттерге мәселенің туындағанына жауаптылықты аудару тенденциясы куәландырады (пациент персонасының минусымен).Сондай-ақ, өзекті мәселелерді шешу тек жеке күштердің есебінен ғана, қоршағандардың көмегі мен қолдауын пайдаланусы өтеді. Конструктивтік еместеерге бір ғана үміт «арғы жақтағы» суперресурсты инстанцияларының пациенттің қарсы белсенділігісіз араласуы. Пациенттің мінез-құлқының базисті стратегиясы , сондай-ақ арнайы диагностикалық триадасын пайдаланумен оқиғаның негізгі агенттеріне қолданыла алады. Жоғарғыда аталған белгілердің есептелуімен құрылады. Эмоционалдық реакциялар, жеке тұлға аралық қарым-қатынастар, спонтанды –туындаған жағдайларда синергетикалық немесе конфронтациялық (антиресурстық) полюс болып сараланатын пациенттің әрекеті келесі қосымша белгілерге сәйкес бейімделуі жүзеге асады. Синергетикалық полюстың эмоционалық саладағы осындай реакциялар куәландырады: эмоционалдық өсу, шығармашылық сезім, шабыт, әрекеттік қанағаттану, кейде позитивті (мобильденетін) үрей. Жеке тұлға аралық қарым-қатынастар саласында – сенім мен сыйластық, статустық және адамдық қарым-қатынастың дұрыс бөлінуі. Әрекет саласында – ойланған белсенділік, ынтымақтастық үшін мүмкіндіктерді іздеу, жоғары өнімділік пен креативтік. Пациенттің мінез-құлқында

конфронтациялық полюстің басымдылығын келесі эмоционалдық реакциялар куәландырады: қорқыныш, үрей, жайсыздық, сенімсіздік, эмоциялардың блокталуы (тұрып қалу). Жеке тұлға аралық қарым-қатынастар саласында – қастандық, агрессия, қабылдамау, статустық және адамдық қарым-қатынастың дұрыс бөлінбеуі немесе жоқ болуы. Әрекет саласында – агрессия, байбалам, конструктивті емес қорғаныстарды құру, төмен өнімділік пен креативтік. Алдын ала деңгей қысқаша қорытындыны келтірумен аяқталады – оқиғаның негізгі инстанцияларына қарым-қатынас бойынша пациенттегі мінез-құлқының базистік стратегиясы мен метапозициясын анықтау. Терапевт бұл сәтте белсенді қатысушының ақтық қысылған, ықшамды формада дәл өзіне тән метапозициясының сипатын және мінез-құлықтың стратегиясын түсіндіруіне барлық мүмкіндікті жасайды. Өзінің жалпы түрінде ол былай көрінуі мүмкін:

- қашқын немесе агрессор (конструктивті емес метапозициясының мінез-құлықтың конфронтациялық стратегиясымен үйлесінде);
- алыстатылған куә (конструктивті емес метапозициясының мінез-құлықтың орташа стратегиясымен үйлесімде)
– әлеуметтік және жекелік аут позициясы;
- бірге қатысушы, қызметкер, жасаушы (конструктивті метапозициясының мінез-құлықтың синергетикалық стратегиясымен үйлесімде).

Алайда, келтірілген нұсқауды дәл солай жасауға ұмтылудың қажеті жоқ. Пациент өз бетімен өзінің өмірінің басты векторын құруы керек немесе онымен келісуі қажет, бірақ онда барлығы сол күйінде қала береді және де өмірдің мен сапасына мойынсұну керек; немесе оқиғаның негізгі агенттері арасындағы қарым-қатынас жүйесін өзгертуге тырысу керек, қашқын –агрессор немесе алыстатылған куә позициясын бірге қатысушы, қызметкер, жасаушы позициясына ауыстыруы керек. Әдетінше пациент, алдын ала өзгеруге уәжделген, дамудың үлесіне екінші үлгіні таңдайды. Осы тапсырманы орындау белсенді қатысушының мінез-құлқының және матепозициясының өзгеруінен шынайы дивидендтерін алуға бағытталған техникалық әрекеттерінің нақты ретін жүзеге асыру есебінен жетеді.

Келесі деңгейдің бірінші техникалық әрекеті – осы уақыттан басталатын психикалық суперресурсты инстанциясымен көкейкесті ету мен байланысу (сезілмейтін, санадан тыс, санаға тән, санадан артық және т.б.), дерексіз бөгде агенттің статусынын айырылады. Ынталы пациентке сәйкес техникалық әрекеттегі жеке тұлғалық емес инстанцияға өзі таңдаған позициясын есіне түсіртеді және оны ойнауды сұрайды. Егерде алыстатылған позиция көрсетілетін болса (жан немесе рух сыртқыда орналасады, ал «ішкі» емес кеңістікте), терапевт пациенттің және топтың назарын осы орналасудың жалпы адамзаттық тәжірибеге қатысы бойынша кейбір диссонансына аудартады: «өзімнің жүрегімнің түбінен сені шақыртамын», «жаным ауырады», «қолымды жүрегіме қойып» және т.б.. Бұдан ары терапевт пациентке болжамдарға негізделген тәжірибені жүргізуге ұсыныс жасайды (бұл тек болжамдарға ғана), «психикалықтың небір аса маызды инстанциясы, сезілмейтін, санадан тыс, жан, рух және т.б. делінген сыртқыда емес, ішкі кеңістікте орналасқан, шамамен «қолды жүрекке» жағдайында». Егерде ол солай болған жағдайда, онда осы жерде және қазір осы үлкен, әзірге белгісіз мүмкіндіктерге ие жеке тұлға емес инстанциясы пациентпен, топпен, терапевтпен

бірге қызмет істеуге қалайма екендігін анықтау. Егерде біздің жолдау дұрыс мекен-жай бойынша «жіберілген болса», жалпы бәрібір қандай жауап алсақ та: «иә» немесе «жоқ». Дәл мекен-жайдың болуы фактысы маңызды және аса маңызды адресаттың өзі де. Бұл жасырын инстанция болғандықтан өзіндік дауысы жоқ, осы сөздің тура мағынасында, оның «даусы» - бұл белгілер, ең қарапайым және түсінікті, олар жайлы біздер шарттана аламыз: «иә» белгісі – бұл пациенттің денесіне берілетін ынтымақтастыққа алдыға импульсы; «жоқ» белгісі – бұл пациенттің денесіне берілетін кері қарай ипульсы. Сол немесе басқа жаққа болмашы ауытқу ақырғы шешімге қатысты сенімсіздік деп түсіндіріледі. Бұдан ары терапевт пациенттің назарын, оған дәл осы сәтте қандай да бір белсенділікті білдірудің қажеті жоқ екендігіне аудартады, ол, өзі кез келген сәтте тоқтата алатын әрекетке басқа да қатысушылары сияқты мүдделі көрермен. Осы соңғы ережелерді айтуы керек деңгейдегі релаксацияға жетуге көмектеседі. Егер бұл болмаса, терапевт пациенттің және топтың көңілін жасырын кедергіні көрсететін жабылу, бұлшық ет сауытының болуы және басқа да белгілерге аудартады. Әдетте бұл пациенттің «өзін жіберуге», «өзіндегі әлде бір маңыздыға шығуға мүмкіндік беруіне» жеткілікті болады, өйткені ол, тек ғана өзі барлық процессті бақылайды. Өсіп келе жатқан қызығушылықтың айналасында терапевттің пациенттің жеке тұлғалық емес инстанциясына бару процедурасы сәйкес драмалық жағдай тонында жүргізіледі. Бұл жерде ең маңыздысы дауыспен жұмыс істеу болып табылады, өйткені осы берілген ырғақ бұдан ары пациентпен психикалық ресурстық инстанцияларына өзінің сөйлеуінде қолданылады деген үлкен мүмкіндік бар. бұдан ары пациент пен топ біршама жасырып кідірістен кейін, әдетте суперресурсты инстанциясының ынтымақтастықтың үлесіне таңдау жасғанына куә болады, бұл үш позициясының позитивті интерпретациясына себеп болады: бастапқыда әлде бір «ішкі» кеңістіктің бар болуы туралы жорамал, ол жерде күш пен сенімділіктің көзін іздеу керек; жасырын психикалық инстанцияларының ынтымақтастыққа дайындығы. «Жоқ» жауабы болған жағдайда поизитивті пайдаға асыру мен кедергімен жұмыс үстеу нұсқалары мүмкін немесе сәйкес инстанцияларымен осы пациенттің жұмыс істеуін тоқтату, пациентті оқиғаның басқа агенттеріне ауыстыруымен. Сосын пациентке барлық өмір алаңын қайта құруға және оқиғаның негізгі агенттерін біріншіден ынтымақтастыққа, белсенділікке және ашықтыққа бағытталған мінез-құлық стратегиясында орналастыруға. Болжамдық жайлы белгісі болып конструктивті емес (ресурсқа қарсы) конфигурацияны ресурстыға қайта құру болып табылады, оның жалпы жоспары өткен тармақта көрсетілген. Осы техникалық әрекетте аса маңызды сәт пациенттің негізгі ресурстық агенттерне бағыттауды қалайтын хабарландырудың мазмұны мен ресімдеуі болып табылады. Техниканың маңызды фрагменті жауапты құру болып табылады, оны оқиғаның бас агенттері ретіндегі ролдерге қатысушы топ құрады. Өткен тәжірибенің осындай үлгідегі мәнмәтінінде жауаптары, ереже бойынша конструктивті және креативті. Олар айтарлықтай жиі аяқ асты тәртіпте психодрамалық әрекетке максималды өзгеру әсерінде ресімделеді. Соңғы техникалық абулардың креативті құрамдасы пациент өміріндегі басты векторының анық өзгеруінің белгілеуіне негізі болады. Қашқын-агрессордан немесе алшақтатылған куәдан ол шынайы жасаушы болады, бір

жағынан сәйкес оқиға агенттерін белгілейтін топпен, екінші жағынан – «ішкі» пациенттің тұрақты ресурстық жағдайын және тұрмыстың берік өзегін қамтамасыз етуші суперресурсты инстанциясымен өзара әрекеттесуі. Осы этап қысқаша қорытындыны келтіру мен келесі маңызды үш қадамдардың көкжиектің шектеуші жолағынан шығуын анықтауымен аяқталады (бірінші қадам – мінез-қылықтың базистік стратегиясын өзгерту, екінші – оқиғаның негізгі агенттеріне қатысты жаңаланған метапозицияның құруы, үшінші – пациент өмірінің басты векторын конструктивті қайта құруы). Бұл жердегі қанағаттандырарлық нәтижесі, ынталы клиентерде тұрақты ресурсты жағдайы белгілерінің құрылуы, үрей, қорқыныш жағдайының толығымен жеңілдеуін табыға болады.

6) «Басқа Мен» техникасы, пациенттердің жекелік статустарының диссоциациясында негізделген, ерекше жекелік статустың сәйкестендірілуімен; «Мен – күштімін, сенімдімін, дағдарыстық жағдайда қалай істеу керектігін білетін». Осы ресурстық статусын өзекті ету негізінен терапевтік бағдарламаны игерген пациенттерде ғана мүмкін. Осы процедура «терезелер» техникаларының ұлгісі болып табылады. Ол нақты мәселені шешу жағына ашылатын (біздің жағдайда – үрей, шығу алдындағы сенімсіздік сезімінен пациенттің құтылуы), сондай-ақ тұрақты ресурстық жағдайды құруғада ашылатын – психологиялық тұрақтылықтың басты компоненттерінің бірі ПБЗ тәуілділікке қайта әуестену.

Техникалық әрекет мәселелі талапты анықтау мен ұқсастырудан басталады (бұл жағдайда ынталы клиент оның ойы бойынша терапевтік бағдарламаны жеткілікті игермегеніне байланысты үрей, қорқыныш сезімін сезінеді). Ынталы клиент және топтың кейбір қатысушылар алдын ала пікір талас барысында «бағдарлама жақын арада аяқталады, ал мен болсам оның мәнін енді түсіне және қосыла бастадым»,- деген ойды білдіреді. Терапевт бұл айтуларды өзінше позитивті белгі ретінде түсіндірі алады, бұл пациент тұлғасының ең маңызды, ресурсты бөлігі «қосылды», «оянды», мүмкін «жаңадан туды» және осы текке кетпеген күштің ең басты нәтижесі. Бұдан ары когнитивті (түсіндіру) терапиясы жүргізіледі, оның нәтижесінде ынталы клиент пен топ бастапқы ресурстық жағдайға креативті белсенділік пен гиперпластика белгілерімен келтіріледі.

Келесі деңгейде пікір талас тұлғаның қай жағы субъектке максималды пайдасымен дағдарыстық, есеңгіреген жағдайда белсенді бола алады деген сұрақ бойынша қайта көтеріледі. Бұдан ары, осы сарында бірнеше ойларды айтқаннан кейін, терапевт топқа назарын пациенттің жеке тұлғасының сипатына аударуды ұсынады, олардың ойы бойыншадағдарыс жағдайында оның тұрақтылығына жәрдемдесе алады. Аса көрнекілік үшін терапевт ынталы пациенттің қарсына (соңғысы шеңбердің ортасында отырады) бос орындықты қойып, алдында тұрған бос орындықта отырғандай пациенттің «екінші Мен» алушысына барлық ойларды айтады. Бұл процессте пациенттің өзі де қатысуы керек; оның креативті белсенділігі бұл жерде толығымен ынталандырылады; нәтижесінде терапевт істі, барлығын оның өзі – пациент – «өзінің қолымен, жүрегімен және ойымен» өзінің «екінші Мен» бейнесін құрғандығына келтірді. Оы деңгейді аяқтау адында ынталы клиентке жаңа Мен бейнесінің басты сипаттарын бағалауды сұрайды: ол нені сезінеді, ойлайды, даңдарыс жағдайында не істейді, пациентке қатысты оның

миссиясы қандай. Терапевт сол бұрынғыдай басты белгілерді пациенттің алдында тұрған оырндыққа «жібереді», жаңа Мен бейнесін «салғандай».

Келесі деңгейде терапевт қысқаша және қуатты түрде топтың назарын дағдарыстық жағдайларда орын алатын диалогтың маңыздылыға аудартады – бір жағынан біздің зардап шеіг жүрген тұлғаның бір бөлігі өзінің дәрменсіздігіне қол қойып жатқан кезде, екінші анық емес жақтан жұбату, үміт, күшпен жиналуға шақырулар, үмітін үзбеуге, шыдауға сөздерін естігендей – өйткені өмірде барлығы жылдам өзгереді, ертең барлығы жақсы жаққа өзгеруі мүмкін және т.с.с. Ең қызық сұрақ – кім мында кіммен сөйлесіп отыр. Мүмкін, бізге жақын таныс тұлғамыздың жағы – мына сенімді және мықты Мен, ол барлығын алдын ала білетіндей және де бізді уайымға түсупеуге көмектесетін? Егер де бұл солай болса осы диалогты алдын-ала неге құрамасқа – есеңгіреген жағдайларда көмек беру туарлы әлде бір шарт. Өйткені бұл жағдайда пациент алдын ала өзін ыңғайлы сезініп және «күштің нүктесіне» жақын орналаса алады, бұрыннан қарағанда. Осындай болжамдарды жартылай сұрақ, жартылай бекіту ырғағымен айтқаннан кейін терапевт пациентке осы сәтте және қазір Мен – күшті, сенімді, кез келген сұрақпен кезкелген сәтте не істеу керектігін білетін немесе ынтымақтастық ұсынсымен. Пациенттің сөйлеуі біріншіден сыпайы, достық, эмоционалды-боялған бейнеге сәйкес келуі керек. Ал, екіншіден – нақты, түсінікті, белгілі жауаптардың біркелкі мүмкіндігін қалдыратын. Бұдан ары, сөйлеу қандайда бір дерексіз болмауы тиіс, нақты мекенді, яғни пациент пен барлық топ жұмыс істегенсол мен бейнесіне бағытталған болуы керек. Содан кейін, сұрақ құрастырылып қойылғаннан кейін, терапевт күрт (бірақ сол уақытта ұқыппен), пациентті алдында тұрған орындыққа ауыстырады, соңғысын ресурсты Мен атынан жауап беруіне ынталандыруымен (бұл жерде пациенттің бұрынғы орнында қалғанын нақты ескерту артық болмайды, ал мына жерде ресурсты Мен, дәл қазір жауап беруге тиісті анық және түсінікті сұрақты алған). Осындай шаблонның үзілуімен аз ғана «таң қалған» пациент, көбіне өзінің таңдануына қарай, дерлік автоматты тәртіпте жауап береді. Бұдан ары орнына келесі сұрақты қоюы үшін қайтып келеді. Осылайша дайындалған диалог, ереже бойынша дерлік жиі тәртіпте жүреді, оған қоса болып жатқанған қызығушылық «градусы» пациентте болып жатқанға және де топта үздіксіз көтеріледі. 3-5 минуттан кейін осындай қарқынды сөйлесуден соң барлық маңыздысы айтылған болуы мүмкін, қажетті келісімдер - қол жеткізілді. Терапевт сол, жаңа ғана өзін көрсеткен пациенттің ресурстық бөлігіне рахмет айтады және де соңғысына енді есеңгіреген және дағдарыстық жаңдайларда олар өзара қалай әрекеттесетіндігі жөнінде талқылауға ұсыныс жасайды (яғни бұл ішкі диалог болуы мүмкін немесе белсенді қиялды пайдаланумен дәл сондай «беттестіру» диссоциациясы; арнайы салт жора қажет пе екен («якорь») ресурстық субтұлғаны көкейкесті етуі үшін). Барлық сұрақтар анықталғаннан кейін, пациенткке қарапайым есеңгіреген және дағдарыстық жаңдайларды дайындауды ұсынады, енді болашақта орын алуы ықтималды, Дж. Каутел бойынша белсенді қиял техникасында. Эпизод баяулатылған түсірілімде жүргізілу керек, ал пациенттің өзінің реакциясы мен мінез-құлқы осы эпизодта ресурсты Мен, дегенмен диалогтың орын алуын қарастыру керек. Қанағаттандырарлық нәтижесі бұл жерде пациенттің осы уақыт

аралығында «күш нүктесінде» сенімділік, мобилизация, жағдаймен толық бақылау сезімімен отыруы. Техникалық әрекетті аяқтауда қатысушылардың жағдайын бағалаудың стандартты процедурасы мен өткен сессиясы бойынша материалды талқылау болып отыр. сессияны аяқтаудың жақсы нәтижесі ынталы клиентте және топта тұрақты ресурсты жағдайдың құрылу белгілері, үрей, қорқыныш аффектісінің толық жеңілдеуі болып табылады.

7) Ертегі –драмалық сюжетке акценттеуімен техникасы. Бұл жағдайда «Шалқан» ертегі-драмасының жеңілдетілген нұсқасы қолданылады, бізбен кінә сезімімен жұмыста сипатталған. Жұмыс пациенттің агрессивті ортамен кездесуге дайын емес екендігімен сенімсіздігінен туындаушы үрей, қорқыныш сезімімен жүргізіледі. Техникалық әрекетті жүзеге асырудың жалпы алгоритмі өзіне қосатыны: 1. Талаптың сәйкестендірілуі; 2. Ертегі сюжетіне тікелей ұқсастықты анықтау мен оның нақты жағдайға түрлендірілуі; 3. Топта ролдердің бөлінуі мен дайындалуы (бұндағы маңызды сәт болып, клиенттің, оның тәжірибесінің түрлі қырынан тәрізді көмекшілерінің дербестендірілуі, терапиялық бағдарлама бойынша жылжу кезінде алынған және олардың бір тізбекке келтірілуі, соның көмегімен шалқан – үрей мен қорқыныштың заттанған сезімі – жұлып алынады; осылайша клиент ресурстық тәжірибені көкейкесті етіп бір тұтас қылады, ол синергетикалық тұтастықтың және күштің есебінен жеңетін болып шығады);4. Сюжетті ойнау – бұл жағдайда жеңілдетілген нұсқасы жүзеге асырылады, қорқыныш сезімінің «жұлып алу» нұсқасы, процеске барлық санадан тыс инстанцияларды қосуынсыз; 5. Қатысушылардан кері байланыс пен ролдерді алу;6. Қатысушылардың жағдайын бағалаудың стандартты процедуралары; 7. өткен сессияның материалдары бойынша пікірталас. Мындағы қанағаттандырарлық нәтижесі деп бастамашы пациентте үрей, қорқыныштың шығуын жеңілдетуді есептеуге болады.

**4. Рецидивке қарсы және қолдау көрсететін терапияда қолданылатын стратегиялық полимодальды психотерапияның құрылымдандырылған техникалары**

Рецидивке қарсы және қолдау көрсететін терапия дейгейінде приоритетті нысаналары болып тәуелді тұлғалардың дифицитарлы ресурстық статуы, уәждемелік сала, отбасылық және әлеуметтік статустары.

СПП стандартты технологиялары жұмыс кезінде әлде қайда көп кездесетіндері: «күш, қуат жетпейді», «іштегі мағынасыздық, немен толтыруды білмейді», «өмірдегі тіреу нүктесін қайдан іздеуді білмейді», олар келесілері:

1. Ресурсты қолдаудың қарапайым техникалары:

− Жаттығу техникалары рецидивке қарсы және қолдау көрсететін терапия топтарында пациенттің алғашқы ресурстық жағдайын көкейкесті ету мақсатымен ресурстық қолдау көрсетуге қолданылады. Бұл жағдайда, сәлемдесумен интерактивті алмасу техникасы жүргізіледі: «Сені көргеніме қуаныштымын, өйткені (партнер бейнесінің позитивті бағалауы жүреді)», «Сені мында көргеніме қуаныштымын, сен мен үшін маңызды адам болып келесің, өйткені (топқа партнердің позитивті әсер етуін келтірген жөн)». Нәтижесінде

топтың алғашқы ресурстық жағдайына ену белгілері көрінеді. Ресурсты талаптары бар клиенттерге осындай қысқа әрекет ұзақ уақыттық әсер береді, яғни ресурстық жадына көкейкесті етеді;

− ресурсты толтыру техникалары (толығымен алдағы бөлімдерде сипатталған) шаршағандық пен жағымсыз жағдайлардың «қағын» жақсы кетіреді, олар көбіне энергетикалық түсудің себебі болады;

− ресурстық жадымен басқару техникалары (толығымен алдағы бөлімдерде сипатталған) –ресурстық коллапс кезінде жедел жәрдем болып табылады;

− белсенді қиялдау техникалары («болашақ жайла елестер») – өткен технологиялық блогқа ұқсасы пайдаланылады.

2. Ресурстық қолдаудың күрделі техникалары – «өмірдегі тіреуді қайдан іздеуді білмеймін»,- деген сияқты талаппен жұмыс істеу үшін «Өмір сызығы», «Ресурстық алаңдар», «Көкдиектен асқан қадамдар» сияқты бізбен жоғарыда айтылған технологиялар пайдаланылады. Түрлендіру бұл жағдайда ең мардымсыз және келтірілген кешедік техникаларының жүзеге асыруында ортақ алгоритмге қатысы жоқ. Соңғылары айтылға мәселеге қатысты тиімді, сондай-ақ әмбепап мақсаттарға қол жеткізу үшін, тұрақты ресурстық жағдайды құруды қоса алғанда.

3. Ертегі –драмалық сюжетке акценттеуімен техникасы «Илья мен каликтер» күш, қуат жетпейді, өмірдегі тіреу нүктесін қайдан іздеуді білмейтін» пациенттермен жұмыс істеуге арналған. Басты терапевтік идеясы энергетикалық баланста толтыруға және болашақтағы құрылымдық өзгерістердің қиылысу сценариін құрумен пациент психикасының суперресурсты инстанциясының жұмылдыруында негізделген. Оның негізгі сюжетіне техникалық әрекеттің сценариі қосылады, кейіпкердің ғажайып жазылуы жайлы айтатын «Илья Муромец» топтамасынан бірінші ертегісі болып табылады.

Техникалық әрекет сәйкес талаптың ұқсастыруымен басталады. Бұдан ары адамда оның өмірінің есеңгіреген немесе дағдарыс кезеңінде күшті жалпы қайдан алады және негізгі жұмылдырушы факторы не болып табылатындығы туарлы топтық пікірталас жүргізіледі. Осы деңгейдің тапсырмасы, топ пен ынталы клиент негізі фактор болып идея, өмір сценариі, солар үшін күресіп және де жеңу керек болатындығына түсінуге жеткендігі. Күште бұл кезде ғажайыппен келеді. Терапевт, пікірталастың дамуын ынталандыра отырып қатысушыларды нақты мысалдарды келтіруді сұрайды. Ерекше назарды бұл жерде ынталы клиентке қатысы бойынша болады, ол топтың қолдауымен ойнауға немесе «шабыттандыратын» өмірлік сценариді құруға. Онда идеяның, көтерілу, қуану, қанағаттану сезінуін беретін. Бұдан ары терапевт топтың назарын өмірлік күш саласында бұрын бақсыларға, қаиетті адамдарған белгілі бомлаған, ал Илья Муромец жағдайында – калик перехожи. Каликтер перехожилер қандай құпия затты білген, олардың Ильямен кездесунен кейін ол сал болып қалған мүгедектен Киевтік Русьті жаулардан талай құтқарған батырлық байлуанына айналды. Жалпы бұл оқиға қалай болған? Бұдан ары сәйкес ертегі-драмалық әрекеттің сценариі шығады, бұны психотеропевт келесі дегейде орындауға ұсыныс жасайды. Мындағы негізгі сәт кейбір салт жораларының әрекеттеріне жауап байланыс сценариін айту (мысалы, қайнар бұлақтан суды алып ішу керек, адамдардың

ресурстарына жауап беретін инстанция, «оянып» оның өмірінің басты идеясының пайдасына әрекет етуді бастауы керек. Ал Ильяның оқиғасыда да дәл солай болды ғой – перехожи каликтері оған қозғалу мүмкіндігін аяғаннан ғана берген жоқ, олар оны ғажайып күшпен ол туған жері мен отанының қорғауы бойынша жоғары тапсырманы орындауы үшін қайтарылды.

Техникалық әрекеттің келесі дейгейінде сценарийдің нақтылау бөліктері талқыланады, ол міндетті түрде ертегіні қайталауы қажет емес. Алайда қажетті атрибуттар: бас кейіпкердің алғашқы жағдайы – бастамашы пациенттің, күштің, қуаттың, тіреу нүктесінің жоқ болуы; ерекше адамдармен кездесу, суперресурстарға қол жеткізу үшін олар кімге және қалай келу керектігін біледі; негізгі ойды айтуы – өмірлік сценариі суперресурстар инстанциясының бас кейіпкерге «бетімен» айналым шарты секілді осында болуы қажет. бұдан ары ролдер үлестіріледі. Бұл кейіпкердің оның ауруынан зардап шегетін және де айығуғу үміт кетірген туыстары немесе жақындары бола алады, яғни қалай болса да соған тәуілді және де одан көмек күеді. Олар «Ильяға» өздерінің сөздерін дайындайды, ол жерде олардың сезімдерінің ең маңыздысы және де каликта, онымен олар өздерінің үрей мен ауруымен бөліседі. «Калик перехожих» ретінде терапевт көмектесетін үлкен резиденттер бола алады. Сценариді дайындау мен өңдеу аса маңызды сәт, ынталы клиентпен оның тағдырымен жақын адамдарының қайғысы мен мұңы байланысты болады; демек, ол бұл өмірде жалғыз емес; өмір өмір сүруге тұрарлық және де ең жақысы әлі де алда болады. Барлығы дайын болғаннан кейін, терапевттің белгісі бойынша ертегі-драмалық сюжет жазылған сценариге сәйкес жүзеге асырылады. Алайда, «Ильяға» калик перехожилерінің құдықтан суды әкеліп берсін деген өтінішімен келген кезде, терапевт әрекет шаблонын үзіп, мында каликтердің Ильяның өзіне емес оның жанына жоғары істерге оятып, шабыттандыруға келіп тұрғандығын айтады. Бұдан ары Ильяның санадан тыс инстанциларымен тікелей байланыс болады, ынталы клиент оның барсында құдықтан су алуды сюжетін жүзеге асырады, «суды» баяу ішіп, оның ... бүткіл денесінен аққан бұл тірі, қасиетті су...шипалы су ... дененің әрбір клеткасын сергітеді... есте сақтауды жазады... сенің не үшін өмір сүріп жүргендігіңді түсінуге көмектеседі ... және осы жаңа өмірге күш пен қуатты беруге... Сол сәтте «каликтер» «Ильяға» көмек көрсетулеріне болады, дене толтыруларын ақырын ұстаумен жүзеге асыруымен. Бұдан ары «Илья» сценариялық сюжетке қайтып келеді, өзінің жағдайы жайлы айтады (әдетте бұл сергектік, қуаттылық, күштің жағдайы).

Ертегі-драмалық әрекеттің аяқталуы байланыс сценариінің болашақ жобасында клиент өмірінің констуктивті идеясының сәтті жүзеге асуымен болады. Содан кейін драмалық әрекетке қатысушылармен кері байланыс болады, қатысушылардың жағдайын бағалаудың стандартты процедуралары жүргізіледі, өткен сессияның материалдары бойынша пікірталас. Бұл жердегі қанағаттандырарлық нәтижесі болып ынталы клиенттегі тұрақты ресурстық жағдайының құрылуы, топқа қатысушылардың өмірлік сценарийге құрылымдығының нығайуы.

4. мифодизайнға акцентпен техникасы – осы жағдайдағы негізгі терапевтік бөлігі «үлкен» құрылымдқ форматтарды құру болып талады, оның

мәнмәтінінде клиентпен болып жатқанның барлығы бір сынақ болады. Сынақты тұрарлықтай өткенді сыйлық күтуде – қызықты, еліктіргіш өмір, өткен жолдан қанағаттану сезімімен. Осындай сарындағы контекст өзідімен өзі тұрақты ресурстық жағдай құралы болады. Оптимизмді, қажырлылықты, қуатты туындатады бейімделудің ең қиын кезеңін өткізгенге шыдамдылық беру үшін. Осы техникалық әрекеттің тізбектелуінің жалпы алгоритмі бізбен өткен бөлімдерде толығымен сипатталған. Бұл жағдайда «Анда бар, қайда баруды білмеймін, ананы әкел, нені білмеймін» деген ертегі-драма сюжетін пайдалануға болады. Бұл сюжетте билігі шектеусіз патша өзінің ең сүйікті ұлын үйден жібереді, бірінші қарағанда болмашы тапсырмамен. Алайда, осы метафораның нақты ойы, осылайша оны сынаққа жіберетіндігін білдіреді, оны өтпейінше ол мұрагер болуға лайықты емес (ал біздің жағдайда – өзінің өміріннің және тағдырыңның иесіболу). Бұдан ары, «сыналып жатқандар» мәселелі және дағдарысты жағдайлармен игеруді үйренеді (бұл жерде клиенттің көкейкесті мәселелерін шешуде түрлі нұсқалары ойналады). Ертегі-драмалық сюжеттің тағы бір негізгі сәті – шумақ жіп, кейіпкерді оның өмірлік жолы бойынша жүргізеді – өзінше түсіндіріліп және әлі де шығарылмаған «ішкі» өмірлік сценарий ретінде жұмыс жасалынады. Бұл сценарий толығымен уақыт келген кезде өзін көрсетеді. ал қазір жақын арадағы жағдайларға назар аудару керек – сынақтар және оларды лайықты өтіңіздер. Осылайша сюжеттің ортақ канвасына басты өмірлік жоспарды көкейкесті ету байланыс сценариі жақын арадағы мәселелік жағдайлардың шығу өлшемі бойынша салынады. Қорытындысына ынталы клиент пен топтың жағдайын бағалауы жүргізіледі, өткен материалдар бойынша пікірталас. Бұл жердегі қанағаттанарлық нәтижесі ынталы клиент пен топта тұрақты ресурстық жағдайы белгілерінің анықталуы.

**Қорытынды**

Стратегиялық полимодальды психотерапияның теориясы мен тәжірибесі – авторлық тәсілі 2001-2010 жж. аралығында жасалды. Көбіне МӘС бағдарламасының «жұмыс» фазасы және «аяқталу» фазасын, рецидивке қарсы және қолдаушы терапия деңгейі секілді деңгейлерде емделу мен оңалтуды өтуші тәуелді тұлғаларға көкейкесті наркологиялық көмек мәселелерді көбіне шешеді.

Структураландырылған психотерапиялық техникалары құрылымдық макротехнологиялық және метатехнологиялық СПП әдістерімен үйлесімде қолданатын сезілмейтін мәселер сияқты және де тұлғалар контингентімен қамтылатын наркологиялық көмек деңгейлерінде көрсетілген типтік талаптарды да тиімі жылжуына септігін тигізеді. Олардың негізгі сипаттары кешенділік, қолданылатын әдістердің әр түрлілігі, резиденттер жағдайын есепту болып табылады.

Ортақ стратегия мен СПП-ның құрылымдық технологиялары наркологиялық профильдегі мамандарды үздіксіз кәсіби дайындау мен қосыиша бағдарламаларының аясында психотеропевт-дәрігерлерінің арнайы дайындығын талап етеді.

***Пайдаланған әдебиет тізімі***

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

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

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

4. *Дудко Т.Н. Проблемы медико-социальной реабилитации наркологических больных. // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 155-156.*

5. *Кабанов М.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями // Материалы 1-й Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи. – М., 1976. – С. 68-73.*

6. *Катков А.Л. К стандарту организации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК. // Ж. «Вопросы наркологии Казахстана». – Павлодар, 2009. – Т. 9, № 2. – С. 74–88.*

7. *Катков А.Л. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий). – Павлодар, 2011. – 397 с.*

8. *Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от ПАВ: макротехнологические и метатехнологические амалы: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 50 с.*

9. *Катков А.Л., Макаров В.В. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ. // Материалы III съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.). – Алматы, 2009. – С. 86–89.*

10. *Пак Т.В. Организация социальной реабилитации больных наркоманией. // Ж. «Вопросы наркологии Казахстана». – Павлодар, 2008. – Т. 8, № 4. – С. 75-76.*

11. *De Leon G. Community as a method: Therapeutic Communities for special population and special setting. // Westport, Connecticut: Praeger Publishiers, 1977. – 140 p.*

12. *NIDA: Тринадцать принципов эффективного лечения наркомании // Ж. «Вопросы наркологии». – 2000. – № 1. – С. 29-30.*