

Введение

На современном этапе развития знаний в области прикладной психиатрии и медицинской психологии наблюдается тенденция к интеграции на практике наиболее универсальных методов клинической и психологической психотерапии.

Одним из таких интегрированных, системных подходов является транзактный анализ, зародившийся в недрах психиатрии и психоанализа для лечения широкого спектра психических расстройств, включая психозы, и со временем вобравший в себя прогрессивные идеи и технологии гуманистической психологии. На основе клинического опыта терапевт, работающий с помощью транзактного анализа, эффективно использует в терапевтических взаимоотношениях с пациентом свою Родительскую позицию, предоставляя душевнобольному защиту и поддержку, как Заботливый Родитель, а структуру и стабильность - как Контролирующий Родитель, внимательный к мыслям, чувствам и поведению пациента. В то же время транзактный анализ в отличие от традиционного клинического подхода, или, иначе, Родительского подхода, позволяет достаточно быстро перейти на прямые транзакции Взрослый - Взрослый и уже на этом уровне обучать пациента адекватно воспринимать и оценивать текущую ситуацию, принимать самостоятельные решения и впоследствии отвечать за их осуществление. С другой стороны, транзактный анализ, принимающий основные положения гуманистически ориентированной психологии, не только способствует активизации Свободного Ребенка в пациенте и самореализации Взрослого его личности, но и содействует выявлению, актуализации и оптимизации взаимодействия интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих ресурсов всех его структурных и функциональных эго-состояний на внутриличностном и межличностном уровнях коммуникации.

Таким образом, по сравнению с другими психотерапевтическими направлениями транзактный анализ одновременно универсален и специфичен. Его специфика заключается в том, что этот метод может быть наиболее эффективно применен в процессе психотерапии с больными, которые страдают выраженной структурной патологией личности, компульсивно воспроизводят неконструктивные, а иногда и опасные для собственной жизни и жизнедеятельности окружающих, поведенческие циклы и, наконец, обладают сложным психопатологическим синдромокомплексом, сформированным под влиянием совокупности факторов биологического, психофизиологического, психогенетического, социальнопсихологического и духовного характера. К такой категории больных относятся пациенты с зависимостью от психоактивных веществ и, в частности, больные наркоманией.

По мнению многих авторов, психотерапевтическая помощь больным наркоманией должна быть комплексной и сочетать в себе как директивные, так и недирективные методы работы. Учитывая выше сказанное, можно констатировать полное соответствие теории и методологии транзактного анализа целям, принципам и практическим задачам на этапах профилактики наркотизации и реабилитации пациентов с химической зависимостью и их родственников, которые ставит перед психотерапевтом и пациент, и профессиональное сообщество.

В связи с этим целью данной статьи является освещение особенностей практического применения методов и технологий транзактного анализа на раз-ных этапах консультирования и системной психотерапии.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Многочисленные исследования, направленные на изучение семьи больных, злоупотребляющих ПАВ, выявляют деструктивный характер внутрисемейных отношений, связанный с искаженными представлениями членов семьи о семье и личности друг друга, нарушением межличностной коммуникации, патологическими изменениями структурно-ролевого аспекта жизнедеятельности семьи и, в итоге, с дезинтеграцией семьи. В такой дисфункциональной семье страдает, прежде всего, самое слабое звено - ребенок, который по неволе, неосознанно интроецирует все проблемные паттерны в семье, отражающие неблагополучие супружеских и родительско-детских отношений в процессе его воспитания. Поэтому, как известно, наркотизация в большинстве случаев является следствием таких форм дефектного воспитания, как гиперопека доминирующего и потворствующего типа, гипоопеки и жестокого обращения с ребенком.

Таким образом, терапевт, собрав предварительный анамнез о структуре семьи больного и особенностях его воспитания, может составить себе уже на первой сессии предварительное представление о структурной патологии личности его пациента. В общем, у подавляющего большинства больных наркоманией в структуре личности преобладают 2 структурных эго-состояния - Родитель и Ребенок, при этом их Взрослый либо контаминирован, либо исключен. Кроме этого, чтобы установить успешный контакт с пациентом необходимо знать не только структурную, но и функциональную модель его личности. Условно мож-но выделить несколько типов моделей функциональных эго-состояний больных наркоманией:

1. Модель характерна для личности, воспитывающейся в условиях доминирующей гиперопеки (Рис 1):

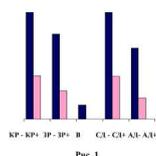


Рис. 1

2. Эгограмма личности, сформировавшейся в результате потворствующей гиперопеки (Рис 2):

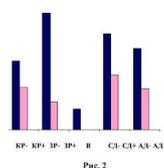


Рис. 2

3. «Профиль» функциональных эго-состояний личности, обусловленный воспитанием по типу гипоопеки и жестокого обращения с ребенком

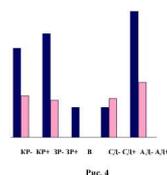


Рис. 4

4. Соотношение функциональных эго-состояний в период ремиссии

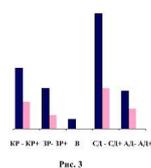


Рис. 3

где КР- - негативный контролирующий Родитель;
КР+ - позитивный контролирующий Родитель;
ЗР- - негативный заботливый Родитель;
ЗР+ - позитивный заботливый Родитель;
В - Взрослый;
СД- - негативный свободный Ребенок;
СД+ - позитивный свободный Ребенок;
АД- - негативный адаптивный Ребенок;
АД+ - позитивный адаптивный Ребенок.

Рассмотренные эгограммы позволяют терапевту:

- диагностировать дефицитарные и гипертрофированные эго-состояния;
- организовать коммуникацию, используя до-полнительные трансакции, направленные к актуальным эго-состояниям;
- актуализировать и компенсировать ресурсные эго-состояния;
- определить природу внутриличностного конфликта;
- спрогнозировать игры, которые продуцирует пациент в процессе взаимодействия с окружающим миром;
- выделить особенности сценарного процесса;
- составить предварительный лечебный план.

Берн приводил четыре способа диагностики эго-состояний: поведенческий диагноз, социальный диагноз, исторический диагноз и феноменологический диагноз. Самым важным является поведенческий диагноз, то есть определение актуального функционального эго-состояния посредством наблюдения за жестами, интонацией, положением тела, мимикой, словами пациента во время сессии. Первые гипотезы поведенческого диагноза проверяются социальным диагнозом, который помогает распознать, из какого эго-состояния пациент обычно начинает трансакции, чтобы дополнить эго-состояние терапевта. Как правило, на первых приемах больные наркоманией обращаются к терапевту из АД-, стимулируя его ответ из КР-, реже из АД+ к ЗР-. Ожидая от терапевта строгого контроля и активной помощи (советами, инструктажем, решительными действиями) в преодолении их патологического влечения к ПАВ, они готовы на время смириться с любыми ограничениями, выполнять все требования, быть послушными и покладистыми, но при этом всю ответственность за лечение возложить на Родителя терапевта. Именно так запускается любимая их игра "Наркоман".

В этой ситуации терапевту очень важно, не пересекая транзакций пациента, принять позицию КР+ или ЗР+ в зависимости от того, к какому его эго-состоянию был направлен стимул. Терапевт должен осознать сам и дать понять пациенту, что он имеет достаточно сил и ресурсов, чтобы обеспечить защиту и поддержку его СД+ и АД+.

Пример:

П.: “Доктор, у меня депрессия. Может быть, Вы можете посоветовать, что делать, когда депрессия?”;

Т.: “Когда проявляется это состояние?”;

П.: “Когда сидишь один дома, становится скучно и думаешь, чем бы заняться.. .Да, и родители еще на нервы действуют: «Ты должен работать или иди учишься, занимайся спортом, читай книги и т.п.»”;

Т.: “Вам одиноко и скучно находиться дома без дела, одновременно с этим, Вы чувствуете раздражение на родителей, которые заставляют Вас что-либо делать?”;

П.: “Да, хотя я понимаю, что они дело говорят. Ведь так со мной и надо, а то сорвусь”;

Т.: “И что в такие моменты Вы обычно делаете?”;

П.: “Ухожу из дома к друзьям, а там успокоят и всегда предложат, чтоб не думать о плохом. Боюсь, так будет и в этот раз”;

Т.: “Вам станет легче и спокойнее, если...”;

П.: “Я найду интересную работу, которая мне понравится”;

Т.: “То есть, если Вы будете каждый день делать то, что Вам нравится, Вы прекратите употреблять ПАВ?”;

П.: “Да, но тогда это должно понравиться кому-то еще”;

Т.: “Вовсе необязательно. Начнем с того, что Вы отметите для себя те ваши ежедневные действия, хобби, интересы, которые касаются только Вас и нравятся, может быть, только Вам. Из этого множества интересных вещей каждый день Вы будете выбирать то, что доставит Вам на данный момент особое удовольствие, постепенно увеличивая объем выполняемой работы, которая Вам по душе”.

Далее терапевт их роли ЗР+ может подробно обсудить с пациентом его потребности и ценности и найти совместное решение относительно способов их удовлетворения. На протяжении последующих сессий терапевт в роли КР+ будет интересоваться тем, как выполняется принятое решение, поощряя эффективное поведение и стимулируя на этапах сопротивления.

Помощь ЗР+, поддержка и внимание КР+ приведут к изменениям в функциональной модели личности пациента, во-первых, за счет интроецирования родительских функций терапевта, во-вторых, в результате высвобождения энергии СД+ И АД+ и, в-третьих, в силу мобилизации Взрослого больного.

По мере укрепления рабочего альянса терапевт все чаще сможет обращаться ко Взрослому пациента, протраивая терапевтические отношения на уровне Взрослый–Взрослый. Однако такие трансакции с больными наркоманией чрезвычайно затруднены, поскольку границы между эго-состояниями его личности диффузны и размыты. В простых случаях это - результат двойной контаминации Взрослого Родителем и Ребенком. Например, Родитель: “Людей не интересуют чувства и мысли другого”, в сочетании с Ребенком: “Я никогда не выражаю своих мыслей и чувств”. В более сложных случаях Взрослый является исключенным. Тогда терапевт выступает в качестве зрителя, наблюдающего сцены борьбы между Родителем и Ребенком пациента. Этот внутрличностный конфликт приобретает у наркомана хронический характер и преобразуется в бесконечную игру с самим собой, которая, по сути, и есть интернализованная форма родительско-детского взаимодействия.

АНАЛИЗ ИГР В НАРКОЛОГИИ

Пример:

(1) Пациент (сын): “Я согласен лечиться, посещать психотерапевта. Я больше не прошу у тебя денег, занимаюсь хозяйством, хожу с тобой к родственникам. Что еще надо, чтобы ты мне поверила?”

(2) Мать: “Да, ты стараешься, но в последнее время ты ведешь себя странно. Ты ничего мне о себе не рассказываешь: где, когда и с кем ты проводишь время. Я ведь должна быть в курсе. А если что-то говоришь, то, как всегда, врешь мне, потому что я все равно узнаю от других правду. Мне опять стыдно за тебя перед другими людьми”;

(3) Пациент: “Так получилось один раз, а в остальном я тебе обо всем рассказываю. Хорошо, я постараюсь...”;

(4) Мать: “Я устала от твоих пустых обещаний и хочу спокойной жизни, чтоб не волноваться за тебя. Оставь свою сомнительную компанию и эту наркоманку, она только позорит наш дом. Устройся на работу или пойдешь куда-нибудь учиться, пора бы браться за ум и помогать матери”;

(5) Пациент: “Не получится. Вообще ерунду ты говоришь Я сам все знаю без тебя, с кем мне общаться; уже не маленький”;

(6) Мать: “Как ты так можешь говорить? Ты же сам захотел все обсудить! Я не понимаю тебя... Ты бросаешь семью ради того, чтоб самоутвердиться в этом плане. Тебе не жалко меня, ты заставляешь мать страдать... Я же готова на все, чтобы ты вернулся в семью, и мы были бы снова вместе”.

Знакомая сцена, не правда ли. Этот маленький фрагмент из обычной психотерапевтической сессии очень информативен, поскольку в полном объеме отражает содержание, динамику, начало и исход, характерные для большинства игр в семье наркомана (в целях сохранения целостного восприятия семейной коммуникации реплики терапевта были опущены). Наркоманы обеспечены большим и разнообразным арсеналом игр и очень изобретательны в том, когда, как и кого привлечь к игре, чтобы в конце концов получить ожидаемый результат. Например, в семье наиболее

распространенными играми являются “Наркоман”, “Бейте меня”, “Ну что, попался, негодяй!”, “Если бы не ты...”, в компании - “Полицейские и воры”, “Как отсюда выбраться”, “На следующее утро”, “Шантаж”, на приеме у психотерапевта - “Посмотрите, как я старался”, “Психиатрия”, “Да, но...”, “Дурачок”, “Доктор, Вы просто великолепны”, “Калека”. В то же время у игры нет границ, и она может быть запущена в любой сфере взаимоотношений при условии, что партнер не прочь примерить спроецированную роль. Нет возможности и даже необходимости перечислять дальше весь спектр игр, поскольку каждая из этих игр является попыткой удовлетворения фрустрированных в прошлом базовых потребностей пациента, запускается одним и тем же механизмом, протекает по общим закономерностям, предоставляет все возможные вознаграждения и, в первую очередь, обоснованное употребление ПАВ. Поэтому, анализируя особенности возникающих отношений между терапевтом и пациентом в психотерапевтическом процессе, терапевту, прежде всего, важно представлять патогенез, клинику, течение игрового поведения больного, чтобы впоследствии сформулировать дифференциальный диагноз, своевременно предсказать степень интенсивности игры и, используя все возможности терапевтического контакта, обучить пациента аутентичному поведению.

Получить представление о патогенезе игры терапевт может на основе построения эгограммы больного, проведения исторического и феноменологического диагноза, а также в результате наблюдения реального родительско-детского взаимодействия во время семейной консультации. Так, уже в первых транзакциях фрагмента семейной консультации выявляется патогенный механизм, который в миниатюре отражает отработанную игру “Мама, посмотри, как я старался”. Ниже приводится иллюстрация этого механизма, регенерация которого в опыте больного способствует воспроизведению паттернов игрового поведения и их модификации в новых социальных отношениях.

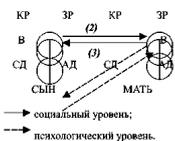


Рис. 5

Клиническая картина игры определяется такими симптомами, как:

- неспособность открыто коммуницировать, быть автономным, развивать интимные близкие отношения;
- выраженность когнитивных, аффективных и поведенческих нарушений, обуславливающих деструктивный характер межличностных отношений;

- болезнь Взрослого эго-состояния, зараженного Родителем и Ребенком и дезориентированного в текущей реальности;
- страх в настоящем и перед будущим и т.д.

Поскольку в литературе все эти симптомы хорошо описаны, здесь стоит только отметить клинические особенности игры больных наркоманией. Наркоманы предпочитают игры второй и третьей степени. Это означает, что их игры приводят к выраженной социально-психологической дезадаптации, наступающей вследствие не только общей психологической дезинтеграции личности, но и высокопрогредиентного развития психопатологических заболеваний (астенических и аффективных расстройств, обсессивно-компульсивных состояний, различных форм психопатий, психоорганического синдрома и др.). Другими словами, при анализе игры пациента и ее последующем устранении действия терапевта должны быть обоснованы оценкой всей совокупности биологических, психофизиологических и социально-психологических факторов, повлиявших на формирование аддиктивного поведения.

Процессуальный характер игр, в том числе и в наркологии, удобно рассматривать с помощью формулы игры Э.Берна и драматического треугольника С. Карпмана. Большую часть времени наркоман пребывает в роли Жертвы с глубоким рэкетным чувством вины и сильной реакцией фрустрации. Эта роль дает ему следующие преимущества:

1. биологическое: например, игра "Наркоман" начинается с ощущения собственной неполноценности, никчемности, самоуничужения, а заканчивается обвинениями в адрес больного и применением санкций, которые не исключают жестокого физического обращения с ним. Иными словами, па-циент получает желанные для него негативные поглаживания;
2. экзистенциальное: большинство пациентов создают свой иллюзорный мир, именно, потому, что для них страшен и ужасен реальный мир людей, или, как они говорят, «мир волков», «мир Тьмы», «дьявольский мир». Поэтому, получив очередную порцию негативных поглаживаний в игре "Наркоман", они утверждают в своей жизненной позиции: "Я" - не ОК, Ты - не ОК";
3. внешнее социальное: сами больные часто упоминают это преимущество и во что бы то ни стало хотят его сохранить, поскольку играя в "Наркоман", они привычно структурируют свое время и упорядочивают активность, чувствуют заданность и определенность ситуации, получая удовольствие на всех этапах проявления аддиктивного поведения;
4. внутреннее социальное: обеспечивается, когда пациент предлагает часть своей игры "Наркоман" всем тем, кто выражает свое намерение помочь ему на пути выздоровления. Его, казалось бы, искренняя просьба о помощи на социальном уровне сопровождается скрытым психологическим посланием: "Посмотрим, сможешь ли ты меня остановить". При этом какое-то время больной находится под ложным впечатлением от интимного общения со значимым другим;
5. внешнее психологическое: игра "Наркоман" дает возможность избегать решения

различных проблемных ситуаций, что чревато непредсказуемостью и изменением мироощущения;

6. внутреннее психологическое: снова и снова, играя в "Наркоман", пациент приходит к убеждению, что он является «обузой» в отношениях, «испорченным материалом», недостойным внимания, «отбросом общества», которому место на улице. И эти убеждения толкают его к дальнейшему употреблению ПАВ.

Преимущества игры проясняют ее потребностно-мотивационную сторону, то есть ради чего страдает пациент и в этом страдании чувствует умиротворение, чем он жертвует и оправдывает свое существование. Более того, страдание больного имеет свою логику развития, представленную определенным алгоритмом событий, или формулой Э.Берна. Применительно к фрагменту семейной консультации, описанному выше, эта формула игры отражает следующие шаги:

- 1) Пациент из роли Жертвы забрасывает "*крючок*" матери, призывая ее на социальном уровне поговорить о доверии. На психологическом же уровне ей было дано послание: «Что бы ты ни говорила, я сделаю все, ровно наоборот»;
- 2) Мать из позиции Преследователя отозвалась "*клевом*" и согласилась участвовать в игре, ведомая сценарным убеждением: «Не доверяй, держи все под контролем». Вспомнив это послание она отвечает сыну на психологическом уровне: «Я расскажу тебе о своих условиях доверия, однако мы оба уверены, что ты их не выполнишь». На социальном уровне это передается фразой: «Я вижу, как ты стараешься, но мне хотелось бы большего»;
- 3) (3) и (4) реплики соответствуют стадии "*реакции*", на которой продолжается обмен "*крючок - клев*";
- 4) В следующий момент, когда все требования матери выслушаны, пациент осуществляет "*переключение*", перемещаясь из роли Жертвы в роль Преследователя;
- 5) Мать на переключение реагирует "*смущением*", замешательством и принятием на себя роли Жертвы;
- 6) В итоге, каждый из них получает свою "*расплату*" в виде рэкетных чувств: мать испытывает отчаяние и депрессию, а сын - гнев и возмущение.

На практике такая игра заканчивается в лучшем случае - однократным рецидивом, в худшем - летальным исходом.

АНАЛИЗ СЦЕНАРИЕВ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Пациенты играют в игры для того, чтобы укрепить свой сценарий. При этом они предпочитают, именно, те игры, которые позволяют им испытывать и

коллекционировать определенные рэкетные чувства и в результате прийти к выбранному в детстве сценарному концу. Большинство наркоманов отмечают “классический” характер своей жизненной истории и поэтому рассказывают ее крайне неохотно. Действительно, условно можно говорить о некоторых особенностях сценарного процесса наркомана, который основывается на раннем детском решении, принятом в соответствии с представлениями ребенка о себе, других людях и мире и подкрепленным определенными родительскими посланиями, а также оправданного эмоциональным отношением ребенка к ближайшему окружению, выработанного в процессе тестирования реальности.

Представления пациента о себе и окружающих людях отражает его жизненная позиция “Я - не ОК, Ты - не ОК”, которую он выбрал после того, как на собственном опыте убедился, что жизнь бесполезна и полна разочарований. Еще будучи младенцем, он чувствовал себя приниженым и нелюбимым, полагая, что никто не в силах ему помочь, так как остальные тоже не ОК. В дальнейшем его убеждение оправдывалось последующими сценами, в которых Ребенок пациента терпел отвержение со стороны других или сам отвергал мир.

Содержание этих сцен наполнялось конкретными родительскими посланиями в виде приказаний и контрприказаний, оценочных и программных положений, предписаний и разрешений, которые интроецировались Родителем и Ребенком пациента при пассивном восприятии их Взрослым эго-состоянием. Наиболее часто больные приобретают химическую зависимость, буквально выполняя приказание “Не живи (Сгинь. Умри)”. В своих воспоминаниях они часто упоминают эпизоды, когда их «оставляли знакомым на воспитание и надолго забывали», «обвиняли и говорили: “Ты кончишь как твой отец-алкоголик”», «не замечали и уделяли внимание только сестре или брату», «били, когда надоедал своим плачем» и т.д. В чистом виде это приказание программирует один из сценарных финалов: передозировку (неосознанная), самоубийство, смерть в пьяной драке, тюремное заключение, непрерывное пребывание в наркологических клиниках. Среди других родительских приказаний также часто встречаются “Не расти” или “Не покидай меня”, “Не будь успешным”, “Не будь близким” или “Не доверяй”, “Не будь здоровым”, “Не думай”, “Не чувствуй”, “Не делай”, “Не получай удовольствия”. Из контрприказаний можно назвать “Будь терпимым”, “Оправдай мои ожидания”, “Старайся снова и снова”, “Будь примерным и послушным” и др.

Таким образом, получив подобного рода послания от значимых других, Маленький Профессор больного наркоманией когда-то давно про себя решил: «Хорошо, я избавлю вас от страданий и убью себя, но так, чтобы получить от смерти “кайф”», или «Я стану наркоманом, чтобы доказать вам...», или «Если я буду близок к смерти, вы полюбите меня». Как долго проживет больной с химической зависимостью зависит от того, сможет

ли его Маленький Профессор совмещать совершенно противоречивые послания, выходить из тупиков 2-го и 3-го рода, покрывать приказания обратными предписаниями и, наконец, привлекать своего Взрослого в процессе принятия очередного решения.

Например, в раннем детстве больной получил приказания от матери “Не живи”, “Не чувствуй”, а от отца - “Не достигай успеха”. В этом случае трагический конец его сценария был бы предрешен и неизбежен, если бы Маленький Профессор пациента проигнорировал бы данные ему матерью и отцом годами позже контрприказания “Будь любознательным” и “Будь смиренным”. Благодаря актуализации последних посланий пациент обратился к психотерапевту на этапе формирования психологической зависимости от наркотических веществ, чтобы узнать, «как могло случиться так, что он стал употреблять наркотики». Осознав в процессе анализа ранние родительские приказания, пациент принял новое решение: “Пока я буду верить в добродетель Высшей Силы (Бога) и нести эту веру в сообщество выздоравливающих наркоманов (АН), я имею смысл в жизни и право на существование”. Принимая такое решение, больной следует стратегии Маленького Профессора, направленной на сохранение жизни. Однако это лишь первый и самый необходимый шаг для того, чтобы продолжить обсуждение и анализ следующих приказаний, запрещающих пациенту наслаждаться жизнью. Так, решение: “Я буду жить, если не буду выражать свои чувства” может существенно затруднять отношения пациента с окружающими людьми и в любой момент когда пациент захочет сказать кому-то о своей любви обнажить убийственное приказание “Не живи”. Поэтому при работе с наркоманами требуется особое внимание к каждому атрибуту решения, поскольку всегда остается опасность, что оно может быть окончательным и последним.

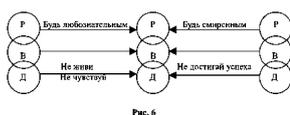


Рис. 6

МИШЕНИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОМАНИЙ

Главной целью ТА является изменение личности пациента, которое происходит в результате принятия нового осознанного, спонтанного и автономного решения свободным от сценария Взрослым и его практического осуществления. Это означает, что пациент на этапе завершения психотерапии будет способен находиться в контакте с мыслями, чувствами и поведением каждого из трех отчетливо разграниченных эго-состояний и в любой момент времени сможет выбрать в качестве реагирующего то, которое ему принесет наибольшее эмоциональное удовлетворение и ощущение интимности происходящего.

Основным способом достижения личностных изменений в ТА является заключение контракта с пациентом. Для аддиктивных больных очень важную роль играет контракт социального контроля за симптомом. Цель этого контракта - коррекция паттернов деструктивного поведения, приводящих к употреблению ПАВ. Прежде, чем будет сформулирован такой контракт терапевту с пациентом предстоит проделать большую подготовительную работу, которая предполагает развенчание Детских надежд и ожиданий получить от терапевта «волшебную палочку» избавления от обостренного влечения к наркотикам, изменение внутренней картины болезни, мотивирование на осознание и разрешение существующих проблем, а главное - установление доверительных терапевтических взаимоотношений. Прочный рабочий альянс позволит пациенту начать исследовать свои мысли, чувства, поведение, искать и использовать собственные возможности и ресурсы, рисковать и делать выбор и тем самым каждый раз заново отвечать себе на вопрос, с которым он пришел к терапевту за советом, «как бороться с тягой и депрессией и отказываться от употребления наркотиков». Поддержав первые здоровые импульсы СД+, старания АД+, внимание КР+ и благожелательность ЗР+ пациента, терапевт получает затем возможность обратиться к его Взрослому с предложением заключить контракт социального контроля за симптомом, который может звучать так: «Никогда, ни при каких условиях не употреблять ПАВ». Однако следует отметить, что договор в таком виде может вызвать у пациента достаточно сильное сопротивление, поскольку некоторое время для него характерно выраженное амбивалентное отношение к провоцирующей ситуации, ведущей к наркотизации. В этом смысле в контракте допустимы различные уточнения сроков воздержания, способов и средств злоупотребления ПАВ (например, больной может выразить желание «продержаться хотя бы полгода», или оставляет за собой право получать удовольствие от каннабиоидов, или настаивает на том, чтобы принимать неоправданно большие дозы психотропных препаратов и т.д.). Несмотря на это, любое решение больного может быть использовано в качестве исходного материала для терапевтической работы, направленной на познание и изменение структуры личности пациента, прояснение его потребностей и намерений, анализ игр и сценариев. Остается важным то, что контракт должен быть заключен и воплощен в реальную жизнь при активном и доминирующем участии Взрослого больного. В веденье Взрослого терапевта входит наблюдение за пациентом и предоставление ему достаточных положительных поглаживаний за любые действия, приводящие к таким изменениям, как расширение когнитивного пространства, осознание и проявление чувственных переживаний, моделирование и отработка новых навыков социально адаптивного поведения.

Критерий эффективности наступающих изменений - возникновение потребности и желания больного пересмотреть существующий контракт, которые отражают его намерения окончательно прекратить злоупотребление любыми ПАВ. В этот момент целесообразно заключение нового контракта с пациентом - контракта на автономию, поскольку происходит переориентация больного с болезненной фиксации на «тяге», патологического влечения на решение проблем социальных отношений и гармонизацию

его личности в целом. Пациент ставит перед психотерапевтом новые цели и задачи и определяет то направление, в котором он будет двигаться, чтобы стать автономным. Терапевт же помогает тем, что позволяет пациенту получить новый опыт взаимоотношений, которые также, как и другие формы взаимодействия людей, имеют свою динамику: подъемы и кризисы, моменты принятия и отвержения, этапы единения и независимости. Но эти отношения отличаются изначальной убежденностью в том, что все люди - ОК, то есть отношения строятся на принципе безусловного принятия личности другого такой, какой она есть. Иными словами, больной, зависимый от химических веществ - ОК, он способен думать, принимать решение, меняться и нести ответственность за свое выздоровление. Такова философия ТА, и она может быть практически сложна для терапевтов, имеющих дело с контингентом наркологических клиник. Однако, если терапевт свободен от распространенных социальных установлений, независим от общественного мнения, внимателен к своим чувствам и мотивам и наделен достаточным терпением и состраданием, он сможет помочь человеку, бросившему вызов наркомании.

Так как ТА является интегративным подходом, применяемые терапевтом технологии по большей своей части неспецифичны, в том числе, и в наркологии. Терапевтическое воздействие предусматривает два основных типа построения транзакций: вмешательства (интервенции) и вклинивания (интерпозиции). Вмешательство осуществляется приемами опроса, спецификации, конфронтации и объяснения, а вклинивание - на основе иллюстрации, подтверждения, интерпретации и кристаллизации. В отдельности, содержание этих техник и особенности их применения подробно описаны Э.Берном в книге "Групповая психотерапия". Здесь лишь важно отметить конечную цель психотерапии ТА, которая обуславливает, в итоге, выбор того или иного методического инструмента. Это - ориентация на возрастающий катексис и деконтаминацию Взрослого. Для достижения этой цели хороши любые методические средства, также привлекаемые терапевтом из других психотерапевтических направлений: психоанализа (интерпретация реакций переноса и контрпереноса, выявление и анализ архаичных паттернов поведения и установление связей этих паттернов с другими действиями в недавнем и более отдаленном прошлом больного), когнитивно-поведенческой психотерапии (коррекция ригидных установок восприятия и мышления, моделирование и подкрепление социальных высоко функциональных навыков поведения), гештальт-терапии (внимание к невербальному компоненту коммуникации, осознание и отреагирование подавленных и актуальных эмоциональных переживаний, работа с полярными эго-состояниями, экспериментирование в ситуации "здесь и сейчас"), экзистенциальной психотерапии (принятие экзистенциальных данностей - смерти, изоляции, свободы и ответственности, развитие умения оценивать и контролировать собственную аутентичность и перемещение свободной энергии от одного эго-состояния к другому), психодрамы, системной семейной психотерапии и т.д. Однако модель эго-состояний и теория жизненного сценария всегда лежат в основе организационных принципов, которыми руководствуется транзактный аналитик при использовании этих разнообразных техник и методик.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение трансактоного анализа в психотерапии больных наркоманией имеет такие методические преимущества, как:

- Экспресс-диагностика доминантных и дефицитарных эго-состояний личности больного и распределения между ними катектированной энергии;
- Исследование деструктивного характера семейных взаимоотношений и типа воспитания как патогенного фактора возникновения наркомании на основе представления эгограмм функциональных моделей пациента;
- Установление контакта с пациентом в максимально сжатые сроки на основе принципов открытой коммуникации;
- Выявление и анализ игр, поддерживающих аддиктивное поведение;
- Распознавание содержательных и процессуальных компонентов сценария наркомана как структуры и динамики его заболевания;
- Принятие нового решения посредством восстановления зрелого Взрослого эго-состояния с целью преодоления зависимости от сценарного программирования, а, значит, и аддикции, в целом;
- Заключение контракта на изменение когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей личности пациента и его взаимоотношений с окружающим миром;
- Комплексное терапевтическое воздействие с привлечением и интеграцией методологических знаний и практического опыта различных психотерапевтических направлений.

Трансактоный анализ - это не панацея от наркомании. Это - один из эффективных методов психотерапии, который помогает больному обрести разум и душевный покой принять то, что он не в силах изменить, мужество - изменить то, что может, и мудрость - отличить одно от другого.

Литература:

1. Берн Э. Групповая психотерапия. - М.: Академический Проект, 2000. - 464 с.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. - М.: Прогресс, 1988. - 400 с.
3. Гулдинг М.М., Гулдинг Р.Л. Психотерапия нового решения. - М.: Независимая фирма "Класс", 1997. - 288 с.
4. Макаров В.В. Психотерапия нового века. - М.: Академический Проект, 2001. - 496 с.
5. Милушева Г.А., Найденова Н.П. О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем // Вопр. наркологии -1992 г.- № 3-4.- С.

138-143.

6. Стюарт Я., Джойнс В. Современный трансактный анализ.- СПб: Социально-психологический центр, 1996 г.- 330 с.

7. Brenda B.Bary & Frederick M. Hufford. The Six Advantages to Games and their Use in Treatment. - TAJ, 1990, V.20,–№4 -R214-220.

Источник:

Научно-практический журнал "Вопросы ментальной медицины и экологии", т. VIII, № 2, 2002