

# Theoretical and psychological foundations and methods of cognitive-sense anti-craving therapy

Grebenyuk A.<sup>1</sup>, Nosovtsov A.<sup>2</sup>

## Теоретико-психологические основы и методика проведения когнитивно-смысловой антикрейвинговой терапии

Гребенюк А. А.<sup>1</sup>, Носовцов А. Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гребенюк Анатолий Анатольевич / Grebenyuk Anatoly – кандидат психологических наук, врач-психотерапевт, врач психиатр-нарколог;

<sup>2</sup>Носовцов Андрей Евгеньевич / Nosovtsov Andrey – медицинский психолог, дневной стационар,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым  
Крымский научно-практический центр наркологии, г. Симферополь

**Аннотация:** в статье описываются теоретико-психологические основы и методика проведения когнитивно-смысловой антикрейвинговой терапии, представляющей собой комплекс смыслообразующих технологических воздействий и дидактических приёмов психологической ориентации, побуждающих химического аддикта принять ценность управления желаниями, связанными с ПАВ. Приводятся результаты использования данного метода в работе с пациентами, страдающими зависимостью от алкоголя и наркотиков, в условиях дневного наркологического стационара.

**Abstract:** the article describes the theoretical and psychological basis and methodology of cognitive-semantic anti-craving therapy, which is a set of semantic technology and teaching methods influences psychological orientation, inducing chemical addict desires to take control value associated with surfactant. Represents the results of using this method in the work with patients suffering from addiction to alcohol and drugs in a drug treatment day-hospital.

**Ключевые слова:** крейвинг, смысл, миф, лингвистическая психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия.

**Keywords:** craving, meaning, myth, linguistic psychotherapy, cognitive-behavioral therapy.

В настоящее время одной из самых актуальных проблем в наркологии остаётся низкая эффективность лечения зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) (7 - 15% годовых ремиссий), которая объясняется досрочным прерыванием пациентами лечения на различных его этапах [11]. Это свидетельствует о том, что весь многообещающий официоз конвенциональной медицины и привлекательная научная строгость доказательной медицины – разбиваются о банальное нежелание людей лечиться, если они считают, что это лечение не имеет для них смысла. При этом, любой человек, зависимый от ПАВ, является потенциальным носителем личностного смысла, способного радикально изменить его отношение к употреблению ПАВ. Однако, чаще всего порождения этого смысла не происходит, даже несмотря на прогрессирующее ухудшение здоровья и общего качества жизни. Такое затруднение смыслообразования рассматривается нами как патологический феномен, требующий специфической *когнитивно-смысловой терапии*, направленной на формирование личностной ценности эффективного безмедикаментозного и медикаментозного самоуправления желаниями, связанными с ПАВ.

Когнитивно-смысловая теория поведенческого предпочтения ПАВ

Как известно, поведенческое предпочтение ПАВ предстаёт однозначно патологическим феноменом, когда желаемые эйфоризирующие эффекты вещества в значительной степени ослабляются, что, однако не уменьшает стремления субъекта к его употреблению [21]. Robinson T. E. и Berridge K. C. (1993), исследовавшие нейробиологическую природу данного патологического состояния, доказали, что она связана со стойкой активацией психоактивным веществом дофаминовых нейронов в прилегающем ядре (n. accumbens), которые «запускают» программу влечения (wanting) к привлекательному стимулу (incentive salience) и не имеют прямого отношения к ощущению удовольствия (liking). В результате запускающий «программу влечения» дофаминовый сигнал начинает выступать ключевым фактором возникновения вожделения / крейвинг (англ. craving) ПАВ, отделённого от удовольствия его употребления.

Стойкость возникающей активации дофаминовых нейронов n. accumbens обусловлена тем, что употребление ПАВ, вызывая резкое повышение уровня дофамина, способствует стойкой фиксации – посредством формирования чрезмерно мощных межнейронных ассоциативных связей в структурах лимбической системы – информации о ПАВ как объекте, имеющем критически важное значение для выживания индивида. В результате, мозг стойко сенсibiliзируется по отношению к ПАВ и ассоциированным с ним стимулам. Поэтому сам вид ПАВ и обстановка его употребления начинают

провоцировать выраженное влечение к этому веществу (феномен «сенситизации к влечению»; incentive-sensitization).

Согласно Holton R., Berridge K. (2014), крейвинг, обусловленный дофаминергической/опиоидергической дисрегуляцией, по своим психологическим характеристикам занимает промежуточное положение между желаниями, побуждающими к размышлениям, и намерениями – результатами размышлений, которые ведут непосредственно к действиям. Поэтому, в случае возрастной незрелости самоконтроля, низкой мотиваций на его применение, неумения заранее оформлять намерение и действовать в соответствии с ним, уверенности субъекта в том, что проявляющаяся в поведении зависимость от ПАВ ему неподвластна, он не может эффективно противостоять данному психическому состоянию [20].

Следует отметить, что самоконтроль, наряду с самодетерминацией, самоинициацией, самоторможением, самомобилизацией и самостимуляцией, выступает всего лишь одним из компонентов произвольного управления действиями, состояниями и эмоциями [9]. Поэтому причина недостаточно эффективного управления желаниями, связанными с ПАВ, может быть связана с недостаточностью любого из этих компонентов.

В свою очередь, данную недостаточность мы объясняем формированием и влиянием специфического *семантико-когнитивного коррелята крейвинга*, который определяет соответствующий способ структурирования индивидом ситуаций и его поведенческое предпочтение ПАВ.

У человека, как существа, обладающего сознанием, любое влечение инициирует аналитический процесс, направленный на его рационализацию, на поиски его объяснения и предмета. Накопление следов опыта переживаний крейвинга, ориентирующего личность на внезапную смену актуального мотива поведения – на мотив употребления ПАВ, формирует *образ крейвинга*, семантика которого кодирует ПАВ как устойчиво значимый для личности объект. В результате формируется смысловая диспозиция, конституируемая как «крейвинг-черта» личности. В свою очередь, данная черта, задавая «зону» повышенной перцептивной активности в отношении ПАВ и ассоциированных с ними раздражителей, побуждает субъекта активно выискивать социальные ситуации, способствующие её актуализации, а значит, предполагающие высокую вероятность встречи с релизерами, актуализирующими крейвинг.

Появление «крейвинг-черты» требует своего погружения в миф, который создаст образ действительности, соответствующий ценностным ожиданиям её носителя. Этот миф должен задавать систему базовых ориентиров, позволяющих представителю конкретной культурной общности твёрдо знать, какие факторы оправдывают его отказ от эффективного управления собственным поведением и психическими функциями в ситуациях, связанных с ПАВ.

Мы полагаем, что таким мифом стал *миф одержимости крейвингом*, сформированный на основе существующего в любом обществе мифа одержимости. Миф – обеспечивающий механизм бегства от социальных требований с обретением определённой степени свободы действий, путем проявления утраты способности эффективно управлять желаниями, связанными с ПАВ.

Как известно, классический миф одержимости, существующий в примитивных обществах, на поведенческом уровне проявляется в виде транса одержимости. Это психическое состояние перекладывает ответственность на духов и предоставляет тем самым «одержимому» человеку определённую степень свободы действий. Данный транс обычно встречается в обществах, где подчёркивают «женские» ценности послушания, ответственности и заботы о младших и слабых – одним словом, уступчивости [18, 19]. Чаще всего он проявляется в культе предсказателей, где предсказатель, обнаруживающий одержимого субъекта, принимает его в свою культовую группу, чтобы исцелить. При этом дух, являющийся причиной болезни, часто не изгоняется, а обращается в союзника, а некоторые бывшие «одержимые» со временем сами становятся лидерами культов.

Мы полагаем, что миф одержимости крейвингом полностью соответствует описанным выше характеристикам классического мифа одержимости. Являясь также этиологическим мифом, то есть, объясняя причинность явлений и процессов окружающей реальности. [13], он определяет тот характер архаического мышления, который мы назвали «тотемическим» [8].

Тотемизм – представление о связи человека с окружающим миром, предполагающее воображаемый родственный союз человека с тем или иным природным объектом – тотемом: животным, растением, неодушевленным предметом, природным явлением или ПАВ (например, вино, как напиток-тотем для французов [4]). Тотем является символом социальной группы, рода или племени. При этом главным средством для общения с тотемом считается вкушение тела его (теофагия).

Под влиянием мифа одержимости крейвингом, тотемическое мышление наделяет ПАВ особой влекущей силой, противостоять которой самому субъекту не хватает сил. При этом носители данного мифа начинают воспринимать друг друга как «родственные души» и с трепетом относиться к людям, которых они считают способными налагать запрет на употребление ПАВ (аналогичный «табу» –

религиозному запрету первобытных народов) или проводить «терапевтические» сеансы, по «освобождению» от тяги к ПАВ (аналогичные религиозным обрядам).

Помимо людей, проявляющих устойчивое поведенческое предпочтение ПАВ, миф одержимости крейвингом также стал обеспечивать механизм бегства от социального давления и иным категориям лиц, считающим себя зависимыми от сладостей, секса, отношений, работы и многого другого. При этом, с каждым годом всё больше становится как врачей и психологов, желающих за скромные (иногда не очень) деньги лечить своих клиентов от этих «нехимических зависимостей», так и различных групп самопомощи «Анонимных трудоголиков», «Анонимных сексоголиков», «Анонимных шопоголиков» и других.

В целом, скрытый уровень идеологических иллюзий мифа одержимости крейвингом определён трансляциями «мягких» семантических механизмов, оправдывающих интересы медицинских и фармакологических корпораций, а также интересы многочисленных государственных и общественных организаций, оказывающих различную помощь наркологическим больным и членам их семей. Создание препаратов, способных подавлять крейвинг (anti-craving drugs), а также предоставление многочисленных социально-психологических услуг, ориентированных на помощь аддиктам, как людям со слабой волей, приводят к тому, что разнообразие медицинских, психологические и социальные проблемы, не имеющие прямого отношения к поведенческому предпочтению ПАВ, начинают рассматриваться, как это отношение имеющие. В результате, миф одержимости крейвингом обогащается новыми факторами внешнего мира, контакт с которыми начинает вызывать у его носителей актуализацию когнитивных схем и семантических сетей, порождающих желание ПАВ и блокирующих волевою регуляцией поведения, связанного с его употреблением или оправдывающих данное поведение.

В этой связи, ослабление (разрушение) мифа одержимости крейвингом предстаёт как необходимое условие обретения субъектом смысла управления своим поведением, прямо или косвенно связанным с ПАВ. И хотя мифы уничтожить практически невозможно (они снова и снова возрождаются), однако, по мнению Барта, ослабить их власть можно. С этой целью надо произвести мифологизацию самого мифа. Для этого достаточно сделать первичный миф отправной точкой семиологической системы, превратить его значение в первый элемент вторичного мифа. С этой целью, вначале необходимо разоблачить сам миф – выявить его идеологическую составляющую. Затем – разрушить и сам знак: «Теперь нужно уже не разоблачать мифы, а раскачивать сам знак как таковой – не выявлять латентный (скрытый) смысл высказывания, различительного признака, рассказа, но расщеплять репрезентацию смысла как таковую; не заменять или очищать символы, а подвергать критике символическое как таковое» [5].

Для этой цели мы предлагаем использовать разработанную нами краткосрочную, стратегически-партнёрскую, структурированную, симптомо-ориентированную стратегию активизации самоисследования и изменений когнитивных и смысловых структур Я, связанных с мифом одержимости крейвингом, с подтверждением изменений на поведенческом уровне – *когнитивно-смысловую антикрейвинговую терапию (КСАКТ)*.

#### **Техники и методики когнитивно-смысловой терапии**

В операциональном плане, *КСАКТ* представляет собой комплекс смыслообразующих технологических воздействий и дидактических приёмов психологической ориентации, идущих от создаваемой ситуации, либо производимых малозаметным способом, позволяющих в обход психологических защит клиента побудить его выполнить операции по изменению смысловых и когнитивных схем, нарушающих способность осознавать себя в качестве независимого самостоятельного индивида, который может управлять собственными желаниями, связанными с ПАВ.

В качестве основного терапевтического метода используется модифицирующая дискурсивная практика, которая позволяет терапевту осуществить активную целенаправленную трансляцию смыслов, разрушающих миф одержимости крейвингом. Иницируемый терапевтом семиозис (смысловые трансформации, позволяющие заново организовать субъективное семиотическое пространство пациента, свободное от вдохновляющих активность маркеров ПАВ), постепенно формирует новые ориентиры поведенческих паттернов. Поскольку семиотическое моделирование реальности осуществляется, в том числе и посредством бессознательного смыслообразования, у пациента не возникает навязчивого ощущения внешнего управления контролем.

Если управление желаниями, связанными с ПАВ, становится для пациента «своим», лично значимым, если оно вводится в субъективный опыт, то след такого введения, след взаимодействия, должен быть зафиксирован в сдвиге отношения (на уровне субъективной семантики) к переживаниям и патологическим симптомам, связанным с поведенческим предпочтением ПАВ. Для объективизации сдвига отношения и подтягивания семантики пациентов к семантике терапевта, используется метод семантического контроля эффективности обучения [1, 2]. При этом, установление семантических кодов и смысловых конструкторов, отражающих принятие субъектом себя в качестве индивида, способного управлять собственными желаниями, связанными с ПАВ, выступает объективным критерием готовности к данной форме регуляции поведения.

*Антикрейвинговая* модифицирующая дискурсивная практика строится на принципах построения дискурса, лежащих в основе лингвистической психотерапии [10]:

- **принцип субъективности** – процесс высказывания, преобразующий язык (существовавший до этого только как возможность) в дискурс. Подразумевает доминирующую роль субъекта не только в прагматике, но и в семантико-синтаксических отношениях.

«**Кто говорит?»**, «**почему?»** и «**зачем?»** – вот основные вопросы, которые задаёт себе, слушая клиента, лингвистически ориентированный терапевт. От ответов на них зависит стратегия и тактика консультативного воздействия.

«**Кто слушает?»**, «**почему?»** и «**зачем?»** – основные вопросы, которые задаёт себе терапевт, работающий в когнитивно-смысловой антикрейвинговой парадигме, и исходя из ответов на которые, определяет направление и характер смыслов, транслируемых в процессе обучающего общения.

- **принцип диалогичности** (учёт присутствия Другого) – основан на понимании того, что дискурс всегда пронизан бессознательным вследствие того, что структурно внутри субъекта имеется Другой. Согласно лингвистической терапии, «*клиенты говорят больше, чем знают, не знают, что говорят, говорят не то, что произносят и т.п.*» В контексте предлагаемого нами когнитивно-смыслового антикрейвингового подхода данная формула звучит как «*клиенты думают больше, чем знают, не знают, что думают, думают не то, что осознают и т.п.*». По этой причине, трансляция смыслов в процессе обучающего общения может быть обращена к субъекту, или Другому, или адресоваться им обоим. Учитывая то, что под Другим нами всегда подразумевается внутренний дискурс, порождаемый мифом одержимости крейвингом, дейктическая позиция психотерапевта, при всей внешней партнёрской форме построения отношений с пациентом, директивна и активна. Основная цель – не слушать то, что говорит клиент, а побудить *его* слушать, и на коннотативном уровне побудить «услышать» и принять то, что сообщает ему терапевт.

- **принцип идеологичности** – заключается в том, что искусство терапевта должно быть выше способности клиента жонглировать скрытым смыслом своего дискурса, иначе терапевт не сможет проводить осознанную стратегию воздействия и рано или поздно окажется в плену бессознательных намерений своего собеседника. Учитывая коннотативные смыслы, терапевт лучше понимает, совокупность каких бессознательных идей (содержаний, мотивов), связанных с мифом одержимости крейвингом, пропитывает речь пациента и может прямо указать на них, осуществив тем самым демистификацию совместного дискурсивного пространства.

- **принцип интенциональности** – предполагает понимание сознательных и учёт бессознательных интенций клиента в качестве полиморфного субъекта высказываний. Как правило, даже небольшие по объёму фрагменты дискурса могут содержать множество различных, часто противоположно направленных и даже взаимоисключающих намерений и стремлений. Их правильная феноменологическая квалификация позволяет терапевту в ходе обучающего общения ориентировать в нужном направлении трансляцию смыслов.

Как было отмечено выше, миф одержимости крейвингом рассматривается нами как когнитивно-семантическая универсалия, специфический антропологический феномен, лежащий в основе индивидуального сознания. Поэтому антикрейвинговое модифицирующее общение одновременно направлено на исправление когнитивной составляющей этой универсалии и изменение её семантики.

В отличие от рационально-эмоциональной психотерапии (А. Ellis) и когнитивной психотерапии (А. Бек), в которых свойственно «рассматривать любого обычного человека, решающего свою проблему, как своего рода учёного-исследователя, но такого, который недостаточно хорошо осознаёт свои методы и возможности» [10], в предлагаемом нами подходе клиент рассматривается как субъект, неумышленно допустивший ошибку в «расчётах» соответствия образа (представления) объекта или явления, связанного с ПАВ, своим потребностям. В своём понимании личности мы полностью разделяем точку зрения М. Erickson, согласно которой в основе любого поведения человека лежит положительное намерение, а потому он всегда делает наилучший выбор из всех ему доступных [по: 3].

Если субъект сформировал некий образ, то этот образ несёт в себе результат данного выбора. В определённый момент, под влиянием мифа одержимости крейвингом, личность может допустить ошибки в квалификации и обработке информации, касающейся ПАВ. В итоге, в сознании будет сформирован образ (представление), объясняемый мифом одержимости крейвингом, но не соответствующий реальным потребностям личности.

С целью устранения влияния данного образа объекта или явления на процесс мышления и поведение субъекта мы формируем в его сознании систему смыслов, отменяющих первоначальное значение образа. Подобно аналогичному приёму исправления неправильных расчетов в бухгалтерии, мы называем данный приём *сторнированием*.

В отличие от когнитивной психотерапии в варианте Бека, в КСАКТ проведение структурированного обучения, эксперимента и тренировки в ментальном и поведенческом планах – призванные помочь клиенту овладеть операциями по обнаружению своих негативных автоматических мыслей, нахождению

связей между знаниями, аффектами и поведением, нахождению фактов «за» и «против» этих автоматических мыслей, выявлению и изменению дезорганизующих убеждений, ведущих к искажению навыков и опыта – выступают дополнительными инструментами, ослабляющими влияние образов связанных с ПАВ, сформированными под влияние мифа одержимости крейвингом.

В КСАКТ субъекту в наглядной и логически обоснованной форме сообщается о том, как представляется тот или иной объект или явление, связанное с ПАВ, людям, не имеющим проблем с поведенческим предпочтением ПАВ и не являющихся носителем мифом одержимости крейвингом. После чего дальнейшая коммуникация и взаимодействие с клиентом происходит исключительно в контексте данного понимания. Параллельно терапевт приближает семантику клиента к своей, путём использования разнообразных дискурсивных приёмов, в том числе основанных на различных языковых моделях, получивших распространение в театре авангарда: диалогах расщепленного сознания, минус-приёме, антиповедении, паратракции, вербальной визуализации, языковой игре, неканонизированной импровизации, абсурдистских дискурсивных приёмах, деавтоматизированном остраении и других [16].

**Терапевтический «диалог расщепленного сознания»** используется для привлечения внимания пациента к телесным проявлениям и реакциям организма, свидетельствующим о борьбе биологического за своё выживание в условиях поведенческого предпочтения ПАВ.

Например, в терапевтическом действии представляется одинокий мозг, нескончаемым потоком создающий различные защитные барьеры перед наркотиком и при этом становящийся все более незащищённым перед ним. В этом случае данная борьба приобретает характер абсурда, теряет свою оболочку, принимает форму потока сознания и открывает клиенту его «Я», способное остановить эту бессмыслицу.

**Терапевтический «минус-приём».** Ю. М. Лотман под «минус-приёмом» понимал отсутствие в тексте тех или иных значимых элементов, наличие которых ожидается читателем [15]. Терапевтический «минус-приём» заключается в том, что терапевт, при рассуждениях на темы, связанные с употреблением ПАВ, сознательно опускает моральные нормы, этические принципы, религиозные заповеди, духовные соображения. В результате клиенту выдаётся образец мировоззрения, воспринимающего этические ритуалы как мешающие или избыточные для решения задачи по изменению поведения, связанного с употреблением ПАВ, а также отрицающее такие мотивы поведения, как долг, сострадание, жалость, стыд, сочувствие и др., как несоответствующие истинной проблеме.

**Терапевтическое «антиповедение»** – приём нарушения речевого и поведенческого этикета. Психотерапевтический текст демонстрирует не просто отсутствие логики, а скорее возможную «наоборотную» логику. Антиповедение здесь выражается в следующем: поступить не так, как это делают, сказать не так, как говорят, представить явление иным, чем оно видится окружающим, которые смотрят на него сквозь призму мифа одержимости крейвингом.

**Паратракция** – операция сопряжения несовместимого, порождающая нестандартные смыслы [6]. Паратрактивные конструкции в КСАКТ играют ключевую роль, так как позволяют не только привлечь внимание клиента к ключевым вопросам, иронизировать или выражать экспрессивную оценку, но и значительно экономить речевые средства. Нестандартность выражения достигается либо за счёт бессмысленности фразы (живой труп, эпидемия глупости, психоделическая революция), либо путём неадекватного применения связующего оператора («заместительная терапия метадоном – это лечение наркомании при помощи наркотика»). Использование подобных средств усиливает процесс осмысления не только самого выражения, но и текста в целом. Таким образом, в построении терапевтического дискурса, присутствует паратрактивное переплетение невозможного с достоверным, игра явных и скрытых противоречий, обострённое представление абсурдных сторон самой реальности, связанной с употреблением ПАВ.

**Терапевтическая вербальная визуализация,** осуществляется посредством приёма *словесной декорации*. Эта модель проявляется в условности, принимаемой клиентом: ему самому надо вообразить тот или иной процесс, обстоятельство, место их возникновения, и при этом быть способным произвести их немедленную трансформацию после специального указания. Для этого в ходе обучающего общения терапевт подчеркивает те или иные слова и фразы особым тоном, движением головы, усилением голоса, интонацией. В результате вербальное дискурсивное начало начинает тесниться иконическими способами арт-коммуникации, смещая терапевтический дискурс в сторону семиотических опытов «текстов без слов».

**Терапевтическая «языковая игра».** Согласно Л. Витгенштейну, «языковой игрой» являются все случаи использования продуцентом речи средств языковой выразительности [7]. Терапевт допускает использование «языковой игры» с целью обрушения представлений клиента о привычных понятиях («малопьющий – это тот, кто пьёт, пьёт, и ему все равно мало»). Наиболее часто с этой целью используется зевгма – соединение разноплановых элементов в качестве однородных членов, что обычно привлекает внимание и создаёт комический эффект («как известно, настоящий мужчина должен быть чисто выбрит и слегка пьян»).

**Терапевтический перформенс** – приём, в котором подчеркивается скорее сам процесс терапевтического творчества, нежели его завершенность. Является лечебным представлением, ориентированным на аудиовизуальное восприятие клиентом. Его цель – подарить клиенту яркие эмоции, заставить его полностью погрузиться в происходящее. В процессе проведения терапевтического перформенса, клиент становится главным действующим лицом целого лечебно-театрализованного действия.

**Абсурдистские дискурсивные приёмы.** Они мистифицируют реципиента, ставят загадки, подлежащие решению по мере продвижения от начала к финалу, насыщены различного рода маркерами, на которые клиент должен так или иначе реагировать. Эти тексты амбивалентны, в них присутствует установка на многовариантное прочтение, принцип недостоверного повествования.

#### **Терапевтическое деавтоматизирующее остранение.**

Остранение – эстетический приём, устанавливающий дистанцию по отношению к изображаемой реальности, в результате чего она предстаёт в новой перспективе, открывающей невидимые или ставшие привычными черты [17]. Акт деконтекстуализации, то есть вырывания предмета из его привычного окружения, помогает взглянуть на него «новыми» глазами.

Терапевтическое деавтоматизирующее остранение открывает клиенту две или несколько точек зрения на тот или иной аспект употребления ПАВ. Эта намеренная многозначность «дозировается» терапевтом так, чтобы ни один из предложенных взглядов не доминировал над остальными, а центральная часть эстетического эффекта, задающего толчок к формированию новых смыслов, заключалась в постоянном его мерцании.

#### **Психотерапевтические взаимоотношения**

Характерной особенностью дискурса когнитивно-смысловой антикрейвинговой терапии являются короткие динамичные сеансы, разрушающие привычное переживание естественности и очевидности семиотической модели действительности, совпадающего с ценностными ожиданиями носителя мифа одержимости крейвингом. При этом, действенная позиция терапевта активна и ненавязчиво директивна, за счёт предлагаемого партнёрского формата общения. Процесс порождения речевых высказываний опирается на развитые навыки управления скрытым смыслом своего дискурса, образное мышление и склонность к наглядному рассмотрению проблемы. Позиция клиента является подчинённой и маркирована низким уровнем развития рефлексивных способностей. Внеязыковая действительность, лежащая в основе дискурса клиента, постоянно находится в фокусе внимания терапевта и во всех случаях, когда тот считает её проявлением мифа одержимости крейвингом, корректируется посредством направленной трансляции насыщенного паралингвистическими эффектами предметного содержания, отражающего иной опыт. Особый аспект коммуникативного взаимодействия терапевта и клиента составляет смысловое взаимодействие, в процессе которого содержание терапевтического модифицирующего общения начинает восприниматься как личностная ценность, имеющая личностный смысл, как «преодоление глухоты к чужой экзистенции» (К. Ясперс).

Разработка специальных терапевтических коммуникаций, направленных на смыслообразование и смыслоактуализацию у клиентов в процессе терапевтического обучающего общения, основана на механизмах смыслотехнического воздействия [12]. В этом случае объектом изменения выступает сам смысл, который трансформируется либо в результате включения в структуру смыслов новых источников (подключение дополнительных мотивов; подключение смысловых конструкторов через специфическое означивание объекта или объектов; подключение смысловых диспозиций), либо через изменение или актуализацию смысловых связей.

Ослабляя миф одержимости крейвингом, разоблачая его, нарушая при помощи смыслотехнических приёмов сходство между его *знаком* и *замещаемой им реальностью*, терапевт побуждает пациента сменить установку с «я должен контролировать и управлять своими желаниями ПАВ» (как инкорпорация внешнего «ты должен»), на установку «я считаю для себя естественным управлять данным состоянием». Ослабление / разрушение мифа одержимости крейвингом возвращает человеку способность думать о себе как о независимом самостоятельном существе, которое может управлять собственными действиями. Как следствие, он утрачивает смысл пользования методами лечения лишь потому, что их предлагает врач или они повсеместно приняты, или популярны, зато для него обретают смысл исключительно реальные способы и методы управления желаниями, связанными с ПАВ, в чьей эффективности клиент может убедиться на практике. Поэтому вопрос оказания медицинской и психологической помощи начинает им рассматриваться не через постановку вопроса «почему?», а через вопрос «как?».

Исходя из этого, последующая терапевтическая работа строится на симптомах поведенческого предпочтения ПАВ, патологических симптомах имманентных злоупотреблению ПАВ, а также поведенческих симптомах, связанных с проявлением крейвинг-черты личности. Терапевт, замечая все их аспекты (частоту проявления, интенсивность и т.д.), в процессе последующей терапевтической смыслообразующей коммуникации, помогает клиенту сформировать личностный смысл данных симптомов. Анализируя влияние медикаментозных и немедикаментозных методов лечения на

имеющуюся у клиента патологическую симптоматику, раскрывает ему смысл опосредованного управления психическими состояниями, влияющими на отношение к ПАВ. В свою очередь клиент, осваивая новые способы управления желаниями, связанными с ПАВ, переживая их связь с собственными интересами и целями, ассимилирует и интегрирует этот опыт, в результате чего управление перестает переживаться им как «борьба с самим собой».

Успешное проведение КСАКТ требует от терапевта опоры на здравый смысл, а значит всегда обращено к индивидуальной позиции и надеждам, с которыми к нему приходит клиент. Поэтому, несмотря на то, что значительная часть пациентов с проблемой поведенческого предпочтения ПАВ не настроена на полное воздержание от ПАВ, а хочет лишь сократить его потребление, стратегическая цель КСАКТ остаётся неизменной – формирование личностной ценности эффективного самоуправления желаниями, связанными с ПАВ, и уверенности в достаточности для этого внутренних ресурсов.

Для интенсивного нарушения сходства между *знаком* мифа одержимости крейвингом (зависимость от ПАВ) и *замещаемой им реальностью* (неэффективное самоуправление желаниями, связанными с ПАВ) используются регулярные психотерапевтические интервенции, построенные на языковых моделях театра авангарда. Каждая консультация клиента превращается в модифицирующее общение, когда он неожиданным для себя образом вовлекается в создание новых когниций, позволяющих начать лучше понимать те или иные проблемные аспекты употребления ПАВ. В то же время, терапевт, при помощи смыслообразующих технологических воздействий и дидактических приёмов, осуществляет целенаправленную трансляцию смыслов, ориентирующих клиента на сдвиг отношения к рассматриваемым проявлениям поведенческого предпочтения ПАВ, таким образом, чтобы его семантика подтянулась к семантике терапевта.

Практика показывает, что первые занятия лучше начинать проводить в группе. При этом для этого не требуется формирования устойчивой группы больных, объединённых общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга. Поощряется присутствие родственников больных и просто людей, интересующихся наркологией. Единственным обязательным условием является отсутствие в данной группе лиц, находящихся в опьянении или состоянии синдрома отмены ПАВ.

Последующая индивидуальная терапевтическая работа строится на патологических симптомах поведенческого предпочтения ПАВ, симптомах имманентных злоупотреблению ПАВ, а также поведенческих симптомах, связанных с проявлением крейвинг-черты личности. Кроме того, основанием для встречи с терапевтом являются:

- снижение/отсутствие уверенности в своей способности управлять желаниями, связанными с ПАВ;
- отсутствие уверенности в достаточности внутренних ресурсов для эффективного самоуправления желаниями, связанными с ПАВ;
- сомнение в ценности самоуправления желаниями, связанными с ПАВ;
- желание овладеть различными методами самоуправления желаниями, связанными с ПАВ;
- желание овладеть различными методами самоуправления патологическими симптомами, имманентными злоупотреблению ПАВ.

Время, частота и продолжительность индивидуальных терапевтических сеансов определяются исключительно теми задачами, которые необходимо решить во время встречи.

Эффективность КСАКТ оценивается исходя из объективных критериев произвольной регуляции поведения и самоуправления желаниями, связанными с ПАВ. Эти критерии определяются, исходя из условий, в которых осуществляется терапия (амбулаторное или стационарное лечение; круглосуточный или дневной стационар и т.д.).

#### **Пример использования КСАКТ в условиях наркологического дневного стационара**

Всего пациентов, прошедших КСАКТ, – 120 человек (диагнозы F10.2-19.2). Из них:

- больные, нуждающиеся в активном лечении, состояние которых не требует обязательной госпитализации в наркологический стационар, сохраняющие вместе с тем упорядоченность поведения и положительную установку на лечение – 10 чел.;
- больные, нуждающиеся в коррекции и поддерживающей терапии, требующей ежедневного наблюдения врача – 35 чел.;
- больные в начальной стадии наркологического заболевания или его обострения с целью диагностики, лечения, а также профилактики рецидива – 40 чел.;
- труднокурабельные наркологические больные, нуждающиеся в коррекции, поддерживающей терапии и мотивировании на приём блокаторов опиоидных рецепторов – 25 человек (F11.2 – 15 чел.; F10.2 – 10 чел.). Все они ранее неоднократно проходили стационарное и амбулаторное лечение и проявляли явное негативное отношение к методам лечения, побуждающим к полному отказу от приёма ПАВ

**Психологическим критерием эффективности терапии** является отказ клиента от специфических защитных манипуляций (игр), позволяющих ему сохранить поведенческое предпочтение ПАВ и связанных с доминирующей защитой, направленной на избегание действительных перемен в жизни.

**Клиническими критериями эффективности КСАКТ** выступают формирование приверженности к участию в программе стационарного лечения; появление заинтересованного отношения к выполнению врачебных назначений; заинтересованное согласие пациента на прием блокаторов опиоидных рецепторов; заинтересованное участие в групповой и индивидуальной психотерапевтической и психокоррекционной работе.

Таблица 1. Игры пациентов до и после проведения КСАКТ (по Carrol J.F., 1980)

Вид игры	В начале терапии, % из группы в 120 чел.	В конце терапии, % из группы в 120 чел.
1. Игра в «гориллу», или запугивание и шантаж окружающих возможностью рецидива	5,0	0
2. Игра в «вечного шутника», или «клоуна», у которого нет серьезных проблем.	21,7	0
3. Разыгрывание «сумасшедшего», сопровождающееся бравированием и аггравацией симптомов психопатологических расстройств.	5,8	0
4. Проецирование на себя образа крайне хрупкого, слабого, ранимого, беспомощного и нерешительного человека.	28,3	7,0
5. Разыгрывание роли образцового пациента с атрибуцией ответственности за свое исцеление врачам и персоналу, либо, наоборот, оспаривание всех правил и предписаний со скрытым или явным стремлением уклониться от лечения.	25,0	0
6. Разыгрывание роли помощника врача по отношению к проблемам других больных и частичная идентификация себя с этой ролью, с целью избежать отношения к себе со стороны окружающих, как к обычному наркологическому больному.	4,2	0
7. Поглощенность спортом, музыкой, телепередачами или иным занятием в период нахождения на лечении, и демонстрация посредством этого своих, отличных от общих, целей пребывания в больнице.	3,3	0
8. Нарушение режима лечения (уклонение от сдачи необходимых анализов, отказ от приема лекарственных препаратов и др.)	6,7	3,0

Таблица 2. Результаты оценки эффективности КСАКТ по клиническим критериям

Критерий	Объективный показатель	% из группы 120 чел.
Формирование приверженности к участию в программе стационарного лечения.	Прохождение полного срока стационарного лечения	91,6
Появление заинтересованного отношения к выполнению врачебных назначений.	Прием препаратов без нарушений схемы, составленной врачом	91,6
Заинтересованное согласие пациента на приём блокаторов опиоидных рецепторов	Регулярный приём блокаторов опиоидных рецепторов	80

<p>Заинтересованное согласие на обучение управлению симптомами поведенческого предпочтения ПАВ, симптомами, имманентными злоупотреблению ПАВ, а также поведенческими симптомами, связанными с проявлением крейвинг-черты личности.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формирование навыка рефлексии патологических симптомов, изменения их интенсивности и динамики под влияние фармако- и психотерапии.</li> <li>• Определение и отработка наиболее эффективных способов управления патологическими симптомами при помощи фармакологических средств и психологических приёмов саморегуляции.</li> </ul>	<p>91,6</p>
--	---	-------------

Отражённую в таблицах положительную динамику изменения отношения пациентов к лечению можно объяснить тем, что лежащая в основе КСАКТ когнитивно-смысловая модель поведенческого предпочтения ПАВ сближает позиции врачей психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов и медицинских психологов в отношении подходов и методов лечения зависимости от ПАВ. В результате создаются благоприятные условия для организации деятельности различных специалистов в составе полипрофессиональной многопрофильной бригады для оказания психотерапевтической помощи – форме коллективной работы, которая определена для наркологических учреждений приказом МЗ РФ № 391 от 26.11.1996 г.

Независимо от теоретических пристрастий и личных симпатий к тем или иным психотерапевтическим подходам, методология проведения КСАКТ позволяет психотерапевтам и медицинским психологам эффективно применять свои знания, навыки и умения в работе с химическими аддиктами, не входя в полемику с психиатрами-наркологами, ориентированными на фармакотерапию. Когнитивно-смысловая модель поведенческого предпочтения ПАВ исключает возможность чрезмерной психологизации / биологизации проблемы химической зависимости, и при этом побуждает взвешенно относиться к возможностям проявления свободной воли и способности к самоопределению у людей с различным интеллектуальным и личностным потенциалом. Поэтому, КСАКТ выступает как определённая культура общения, растворяющая миф одержимости крейвингом и возрождающая потребность и способность к самоуправлению желаниями, связанными с ПАВ.

### *Литература*

1. *Артемяева Е. Ю., Ханина И. Б.* Семантический контроль эффективности обучения // Применения кибернетики в педагогике и психологии. М.: Изд-во УДН, 1986.
2. *Артемяева Е. Ю.* Основы психологии субъективной семантики / Под ред. И. Б. Ханиной. М.: Наука; Смысл, 1999. 350 с.
3. *Аткинсон М.* Мастерство жизни. Внутренняя динамика развития / Мэрилин Аткинсон, Рае Т. Чойс; Пер. с англ. М.: Альпина Паблишер, 2012. Серия «Трансформационный коучинг: Наука и искусство».
4. *Барт Р.* Мифологии / Пер. с фр., вступ. ст. и коммент. С. Зенкина. М.: Академический Проект, 2008, с. 137.
5. *Барт Р.* Мифология сегодня // Система моды. Статьи по семиотике культуры. М., 2003. С. 477.
6. *Бороботько В. Г.* Принципы формирования дискурса. От психолингвистики к лингвосинергетике. М., 2007 с. 281.
7. *Витгенштейн Л.* Философские исследования (ФИ) // Витгенштейн Л. Философские работы. Ч. 1. М., 1994.
8. *Гребенюк А. А.* Психологическая зависимость от наркотических веществ: для врачей-психиатров, наркологов, психологов, психотерапевтов, социальных работников. Симферополь: Таврия, 1999. 185 с.
9. *Ильин Е. П.* Психология воли. 2-е изд. СПб.: Питер, 2009. 368 с.: ил. Серия «Мастера психологии».
10. *Калина Н. Ф.* Лингвистическая психотерапия. К.: Ваклер, 1999. 282 с.
11. *Кулаков С. А., Береза Ж. В., Корчагина Е. К.* Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей. Психическое здоровье, 2014. № 1 С. 16-22.
12. *Леонтьев Д. А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е, испр. изд. М.: Смысл, 2003.
13. *Мелетинский Е. М.* Поэтика мифа. М.: Наука, 1976. 172 с.

14. Методические рекомендации о работе врача-психотерапевта и медицинского психолога в многопрофильной бригаде специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Приложение 3 к приказу МЗ РФ № 391 от 26.11.1996 г.
15. Структура художественного текста // Лотман Ю. М. Об искусстве. СПб., 1998. С. 14–288.
16. Чипизубова М. И. Дискурсивные приемы театра авангарда как разновидность коммуникативного семиозиса: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.19 / Чипизубова Марина Ивановна. Краснодар, 2004. 161 с.
17. Шкловский В. Б. Искусство как прием, в кн. О теории прозы. М., Федерация, 1929. 11-12 с.
18. Barry H, Bacon M, Child I. A cross-cultural survey of some sex differences in socialization. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1957; 55(3): 327-332. doi:10.1037/h0041178.
19. Barry H, Child I, Bacon M. Relation of Child Training to Subsistence Economy. *American Anthropologist*. 1959; 61(1): 51-63. doi:10.1525/aa.1959.61.1.02a00080.
9. Holton R., Berridge K. Addiction Between Compulsion and Choice. In: Levy N, ed. *Addiction And Self-Control: Perspectives From Philosophy, Psychology, And Neuroscience* (Oxford Series In Neuroscience, Law, And Philosophy). New York: Oxford University Press; 2013: 239-268.
10. Robinson T., Berridge K. The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*. 1993; 18(3): 247-291. doi:10.1016/0165-0173(93)90013-p.