

УДК 159.9:615.03:364-786-056.83

Старков Д.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РАЗВИВАЮЩЕЙ МОДЕЛИ ТЕРАПИИ АДДИКЦИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

Старков Д.Ю. Застосування інтегративної особистісно-орієнтованої розвивальної моделі терапії адикцій в умовах амбулаторної реабілітації осіб, залежних від алкоголю. У статті розглянута авторська інтеграційна особистісно-орієнтована розвивальна (ІООР) модель терапії залежностей. У якості методологічної основи прийнята модель особистості як інтеграційного центру психічних процесів і трирівнева модель психіки. Визначені рівні розвитку особистості, що відповідають рівням організації особистості в психодинамічній теорії. Розвиток залежності розглядається як регрес особистості на нижчий рівень функціонування. Етапи терапії залежності в ІООР моделі відповідають зворотному руху вгору за рівнями функціонування. Розглянуто практичне застосування ІООР моделі в центрі реабілітації для алкозависимых "Сенс" і наведені статистичні дані. Показано, що тривалість реабілітації має вирішальне значення для становлення тривалої безперервної ремісії.

Ключові слова: адикція, реабілітація, мотивація, ІООР

Старков Д.Ю. Применение интегративной личностно-ориентированной развивающей модели терапии аддикций в условиях амбулаторной реабилитации лиц, зависимых от алкоголя. В статье рассмотрена авторская Интегративная личностно-ориентированная развивающая (ИЛОР) модель терапии зависимостей. В качестве методологической основы принята модель личности как интегративного центра психических процессов и трехуровневая модель психики. Обозначены уровни развития личности, соответствующие уровням организации личности в психодинамической теории. Развитие зависимости рассматривается как регресс личности на более низкий уровень функционирования. Этапы терапии зависимости в ИЛОР модели соответствуют обратному движению вверх по уровням функционирования. Рассмотрено практическое применение ИЛОР модели в центре реабилитации для алкозависимых «Сенс» и приведены статистические данные. Показано, что длительность реабилитации имеет решающее значение для становления длительной непрерывной ремиссии.

Ключевые слова: аддикция, реабилитация, мотивация, ИЛОР

Вступление. Проблема химических зависимостей в мире, как показывают отчеты международных организаций [1-7], к сожалению, не только не уменьшается, но с каждым годом все усугубляется. Так, примерно 271 миллион человек (5,5% населения мира) в возрасте 15-64 лет употребляли наркотики в 2017 году. В общем употребляющих наркотики в настоящее время на 30 процентов больше, чем в 2009 году. От 15,3 до 35 миллионов человек во всем мире страдают от расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) и нуждаются в лечении [1; 6]. 11 миллионов человек во всем мире употребляли наркотики инъекционным путем, из них 1,4 миллиона человек живут с ВИЧ и 5,6 миллиона - с гепатитом С. В 2017 году 585 000 человек погибло из-за употребления наркотиков, из них 2/3 в результате употребления опиатов. Злоупотребление алкоголем ежегодно приводит к 2,5 миллионам смертельным случаям. 320 000 молодых людей в возрасте 15-29 лет умирают от причин, связанных с алкоголем, что составляет 9% всех случаев смерти в этой возрастной группе. Профилактика и лечение по-прежнему терпят неудачу во многих частях мира, и только каждый седьмой человек с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, получает лечение.

При этом, несмотря на то, что проблема зависимостей изучается давно и так же давно предпринимаются попытки разработать эффективную терапевтическую программу, особых успехов на этом поле пока не наблюдается. Предлагаемые международные стандарты ВОЗ и ООН по

лечению зависимостей [8], выглядят, мягко говоря, неубедительно, если не вообще жалко. А некоторые авторитетные организации, например, National Institute on Drug Abuse (NIDA) вообще заявляют, что нет предпочтения в программе терапии, важнее индивидуальный подход и длительность лечения [9]. Заключение об отсутствии предпочтений в выборе программы терапии основано на исследовательских данных, например, известного проекта MATCH [10], результаты которого показывают, что все программы терапии зависимостей имеют примерно одинаковые результаты эффективности (при этом, не особо высокие). Хотя в 2020 году появился кокрайновский обзор, свидетельствующий о некотором преимуществе «12-ти шаговых» программ, но как пишут сами авторы обзора, на самом деле невозможно однозначно выделить как фактор эффективности саму программу «12 Шагов», так как по сути сравниваются долгосрочные (12 Шагов) и краткосрочные (КПТ, усиление мотивации и др.) подходы, и большую эффективность мог дать как раз фактор длительности [11]. В академически ориентированной медицинской и психотерапевтической литературе также далеко от согласия в выборе подхода к терапии зависимостей. Так, распространенным является мнение, что ведущую роль в терапии зависимостей должны играть психологические и социальные подходы, но какой-либо унифицированной модели научное сообщество предложить не может. Каждый психотерапевтический подход предлагает свое видение (и далеко не единственное даже в разрезе этого одного подхода). Является очевидной необходимость в интеграции различных подходов в некую общую интегративную модель, однако пока создание такой интегративной модели психотерапии зависимостей (как, в принципе, и интегративной модели психотерапии вообще) далеко от завершения. В итоге, практики, работающие с зависимостями, обычно не опираются на один выбранный метод, а чаще всего используют эклектический подход из различных моделей и психотерапевтических технологий, пытаются создать свою интуитивную интегративную модель психотерапии зависимостей. При этом они естественно не могут опереться на некую интегративную метатеоретическую модель в виду ее отсутствия. Возможно, именно из-за отсутствия унифицированной эффективной программы терапии зависимостей (как медицинской, так и психокоррекционной) произошло мощное смещение к модели отказа от терапии опиатных наркоманий и предоставлению вместо этого паллиативной помощи в виде заместительной терапии.

ИЛОР модель терапии зависимостей.

Автором данной статьи с коллегами (В.А. Ивановым и Ю.М. Бессмертным) было предложено в свое время видение интегративной модели терапии зависимостей (Личностно-ориентированная интегративная развивающая модель – ИЛОР) и было достаточно подробно описано ее практическое применение для амбулаторной реабилитации [12]. Однако, как кажется, тогда в описании ИЛОР модели недостаточное внимание было уделено теоретико-методологической ее составляющей (в угоду практической) и, кроме того, сами теоретические взгляды ИЛОР модели за последнее время претерпели некоторую эволюцию. Поэтому видится необходимость нового рассмотрения ИЛОР модели уже с упором на ее методологическую и теоретическую часть.

Как известно, все психотерапевтические подходы можно отнести к четырем основным парадигмам: психодинамической (где ведущая роль в симптом-образовании отдается подсознательным процессам), гуманистически-экзистенциальной (где главным является субъективное проживание целостного экзистенциального опыта «здесь и сейчас»), когнитивно-поведенческой (где психологические проблемы рассматриваются сквозь призму когнитивно-поведенческих схем реагирования), системной (где личность человека рассматривается как подсистема более широких систем). Пока, как уже говорилось выше, интеграция этих подходов в один интегративный не завершилась каким-либо окончательным успехом. В основном мы видим достаточно успешные попытки интеграции других подходов на основе одного уже существующего (например, модель терапии,

основанной на ментализации можно в чем-то назвать интеграцией когнитивно-поведенческого подхода в психодинамический, а схема-терапию – наоборот, интеграцией психодинамического подхода в когнитивно-поведенческий). Однако метатеоретическая модель пока еще ждет своего завершения.

В ИЛОР модели проблема интеграции решается (или обходится) «преимущественно» – предлагается интеграция основных четырех парадигм в форме временной последовательности их применения (а не интеграция в прямом смысле этого слова, как возможность одновременного системного рассмотрения психического феномена, включающего в себя объединенные представления четырех парадигм). Так, на первом этапе ремиссии (для алкогольной зависимости до 3 месяцев) предлагается рассматривать зависимость сквозь призму системной модели. На втором этапе терапии (от 3-х месяцев до года) сквозь призму когнитивно-поведенческого подхода. На третьем этапе (от года до 2-3 лет) применяется гуманистический подход, а на четвертом этапе – психодинамический. Далее идет завершающий этап (при длительной предыдущей работе его длительность может составлять от полугода до года). Также предлагается условный духовно-философский посттерапевтический этап, где происходит практическое осмысление главных философских вопросов жизни («Кто Я?», «Где Я?», «Зачем Я?») и развитие отношений с собой, другими людьми, миром (Богом) на осмысленной «духовной» основе. Кроме того, посттерапевтический этап может выполнять поддерживающую функцию. Собственно, последний посттерапевтический этап не является психотерапией как таковой и не проводится специалистом, скорее это этап, на который человек выводится всей предыдущей психотерапевтической работой с ним. Изначально эти шесть этапов были названы следующим образом: 1.) принятие ответственности за выздоровление; 2.) остановка компульсии; 3.) эмоциональная стабилизация; 4.) социальная стабилизация; 5.) личностная идентификация; 6.) нравственная стабилизация. Эти названия были сформированы под влиянием модели Дойль Питы, однако с сегодняшней временной перспективой становится очевидной их неудачность – в этих названиях никоим образом не отображена суть происходящего на каждом этапе. Поэтому в этой статье эти этапы терапии зависимости будут называться стабилизационным (принятие ответственности за выздоровление в старом названии), психокоррекционным (остановка компульсии), реинтегрирующим (эмоциональная стабилизация), глубинным (социальная стабилизация), завершающим (личностная идентификация) и посттерапевтическим соответственно (нравственная стабилизация).

Сама идея этапной модели психотерапии зависимостей, где каждый новый этап принципиально отличается от предыдущего, не нова и восходит еще к программе «12 Шагов», где каждый шаг, по сути, является новым этапом выздоровления. В профессиональную работу идею этапности вводил Т. Горский [13], Д. Пита [14], Д. Прохазка [15] и др. Для практиков достаточно очевидным является, что в процессе терапии происходят некоторые «фазовые переходы» в изменениях личности. Это же показывают некоторые исследования. Так, например, Д. Шустов вводит понятие «уровни ремиссии» (которые соответствуют переходам между стадиями выздоровления) [16, с. 98-103].

Для методологического обоснования идеи этапности, где происходят не столько континуальные, сколько фазовые изменения, необходима соответствующая модель фазовых изменений личности. При этом эта модель личности должна охватывать как патогенез, происходящий при развитии аддикции, так и саногенез, происходящий в процессе терапии. Платформой для разработки такой модели личности было взято рассмотрение личности как интегративного центра психических процессов (в противовес рассмотрению личности как социальной составляющей психической реальности). Представителем такого взгляда на личность является, например, Л.М. Веккер, который в последней главе своей монографии «Психика и реальность» высказывается, что «конечным результатом процессов внутриклассовой и межклассовой психической интеграции, охватывающим все горизонтальные и вертикальные все трех иерархий в их внутренних и внешних связях, является личность» [17]. На научный потенциал рассмотрения личности как интегративного центра

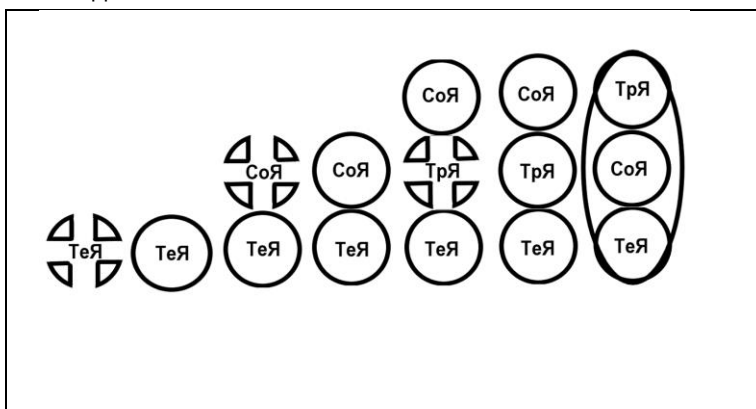
психических процессов также указывает Л.М. Веккер «психология личности как общепсихологическая дисциплина должна выводить свойства из способов организации их носителя, поскольку в этом именно состоит всякое подлинное научное объяснение, а не только описание свойств» [17]. То есть, центральной является идея, что различные структуры личности различаются способами интеграции психических процессов, и из этих различных способов организации вытекают различные свойства личности. Мы, вслед за Л.М. Веккером, считаем, что только через такое определение личности можно опереть психотерапию на научный базис теории психических процессов и преодолеть существующий разрыв между академической психологией как наукой и практической психотерапией как клинической дисциплиной.

Далее, для разработки соответствующей модели личности была использована идея о трех уровнях психических процессов. Так, в поведенческой сфере можно выделить уровни деятельности, действий, операций (деятельностный подход). В эмоциональной сфере уровни чувств (или обобщенные чувства), эмоций (или предметных чувств), аффектов (или эмоционально-аффективной чувствительности) (теория А. Леонтьева и С. Рубинштейна). В когнитивной сфере можно рассматривать уровень аутистического мышления (соответствующего конкретному мышлению в психиатрии), эгоцентрического мышления и понятийного мышления (теория Ж. Пиаже). Если перейти от психических процессов к личностному рассмотрению, то и в ценностной сфере также можно выделить доконвенциональный, конвенциональный и постконвенциональный уровни (теория Л. Кольберга). Итак, мы можем говорить про трехуровневую организацию психических процессов. Но, если исходить из рассмотрения личности как центра интеграции психических процессов, то и, собственно, таких центров интеграции должно быть три. В работе [12] мы назвали эти три субличности как «Телесное Я», «Социальное Я» и «Личностное Я». Название «Личностное Я» выглядит неудачным, так как выходит тавтология «личностная субличность» (мы тогда хотели уйти от названия «Духовное Я» из-за перенагруженности различными смыслами понятия «духовность»). Как альтернативу предлагается в этой работе название «Трансцендентное Я» («Я» способное к самотрансценденции и, как следствие, образованию понятий о себе же самом, или, иначе говоря, «Я», способное к децентрическому мышлению, в отличие от эгоцентрического мышления «Социального Я»).

Далее предполагается, что в процессе развития человек проходит постепенно этапы формирования каждой субличности (естественно, в последовательности «Телесное Я», «Социальное Я», «Трансцендентное Я»), причем формирование каждой субличности проходит две стадии: стадию «дефрагментированного Я» (где не сформирован целостный образ себя и мира на соответствующем уровне) и «целостного Я» (где представления о себе и мире интегрированы в целостный образ). Итак, можно выделить шесть этапов (или уровней) развития личности: «дефрагментированное Телесное Я», «целостное Телесное Я», «дефрагментированное Социальное Я», «целостное Социальное Я», «дефрагментированное Трансцендентное Я», «целостное Трансцендентное Я». Кроме того, можно выделить седьмой этап (уровень) развития, где происходит межструктурная интеграция трех субличностей под «руководством» «Трансцендентного Я». Ключевая идея для психотерапии как клинической дисциплины заключается тут в том, что индивиды могут не проходить все этапы развития личности и «застывать» по тем или иным причинам на каком-то из уровней (или регрессировать туда с более высоких уровней).

Одним из путей понимания, насколько данная научная теоретическая гипотеза, выведенная из теории общих психических процессов, клинически применима в психотерапевтической практике, является поиск соответствий в различных психотерапевтических теориях. И одно такое соответствие сразу же бросается в глаза – это известная психодинамическая теория уровней организации личностей [18, с. 38-50]. Необходимо для проведения полной аналогии между этими

двумя моделями сделать некоторые важные замечания. Классически модель уровней организации личности включает четыре уровня: психотический, пограничный, невротический и зрелый. Однако один из ключевых авторов этой модели О. Кернберг еще в своей книге «Тяжелые личностные расстройства», критикуя модель нарциссизма, предложенную другим известным психоаналитиком Х. Кохутом, делает интересную ремарку о том, что Х. Кохут рассматривает не нарциссическое расстройство, а уровень организации личности, лежащий между пограничным и невротическим уровнем: «По сути, Кохут утверждает, что существует группа пациентов, психопатология которых находится между психозами и пограничными состояниями, с одной стороны, и невротизмом и легкими расстройствами характера — с другой» [19, с. 233] (и на некоторых обучающих психоаналитических семинарах раньше рассматривали дополнительный нарциссический уровень организации личности). Гораздо позже, пограничный уровень в теории О. Кернберга разбивается на два подуровня – низшая пограничная организация и высшая пограничная организация [20, с. 19, 26], где в высшую пограничную организацию личности, по сути, имплицитно включаются «кохутовские нарциссы». Кроме того, О. Кернберг при рассмотрении своего структурного интервью [19] в области невротической организации выделяет в ней две подобласти – область симптоматических невротизмов и невротизмов характера (иначе – расстройств личности). Можно продолжить эту мысль, что и невротическую организацию можно разделить на два подуровня, – низшую и высшую невротическую организацию, – где к низшей невротической организации относятся люди с нетяжелыми личностными расстройствами, а к высшей – без таковых. По аналогии и психотическую организацию можно разбить на два уровня: психотическую в прямом смысле этого слова (с наличием продуктивных или негативных симптомов) и субпсихотическую (без наличия психотических продуктивных и негативных симптомов, однако с потерей тестирования социальной реальности). Размышления о различиях в психиатрическом и психотерапевтическом понимании психотической личности и диапазоне ее функционирования смотри [18, с. 45]. Итак, после этих размышлений мы можем несколько расширить классическую модель организации личности до семи уровней: психотический, субпсихотический, низший пограничный, высший пограничный, низший невротический, высший невротический, зрелый. В таком варианте модель семи уровней организации личности (выведенную из клинической психотерапевтической практики) можно напрямую сопоставить с моделью семи уровней развития личности (выведенную из теоретических положений общей психологии) (Рис. 1). Более широкое рассмотрение этого вопроса требует написания отдельной работы, а тут, из-за требований к объему, дальнейшие рассуждения необходимо отставить.



Психотическая организация личности
Субпсихотическое организация личности
Низшая пограничная организация личности
Высшая пограничная организация личности
Низшая невротическая организация личности
Высшая невротическая организация личности
Зрелая организация личности

Рис. 1. Этапы развития и соответствующие уровни организации личности

Для того, чтобы развести базовый уровень организации личности, как он понимается в психодинамической теории, и регресс личности с более высокого уровня на более низкий введем похожее понятие уровень функционирования личности. Уровень функционирования от уровня организации отличается тем, что уровень организации описывает ядерную структуру личности, а уровень функционирования – достаточно стабильный (т.е. не ситуационный) регресс личности вследствие различных причин. Хотя по внешним проявлениям эти уровни функционирования и организации личности идентичны, при регрессе на более низкий уровень функционирования возможно достаточно быстрое возвращение на более высокий изначальный уровень организации (иногда, даже при простом устранении регрессирующих причин), в то время как при работе с уровнями организации необходима глубокая и достаточно длительная психотерапия с ядерной структурой личности.

Ключевая гипотеза изложенной выше концепции для терапии зависимостей заключается в том, что в процессе развития аддикции вследствие нейробиологических и патопсихологических причин происходит регресс личности на более низкие уровни функционирования личности.

Как основные нейробиологические причины аддиктивного регресса личности можно выделить развитие специфической дисфункции префронтальной коры головного мозга [21-24], а также так называемый постабстинентный синдром (ПАС), имеющий в своей биологической основе дистресс-подобные механизмы [25]. Как основные патопсихологические причины аддиктивного регресса личности можно выделить травматические последствия употребления, а также ослабление более высоких личностных структур вследствие их системного незадействования (решение жизненных задач с опорой на более низкие личностные уровни). При тяжелых формах зависимости происходит регресс на субпсихотический уровень. То есть, индивида с тяжелой зависимостью, находящегося на первом периоде ремиссии (иногда до 3-х месяцев), можно рассматривать как «квазисубпсихотического». В дальнейшем, при правильно подобранной помощи (а возможно и просто благодаря воздержанию от употребления психоактивных веществ) он может перейти на низший пограничный уровень функционирования и т.д. На этой идее и построена ИЛОП модель психотерапии зависимостей. Для клиента, который изначально (до начала злоупотребления) был как минимум на высшей пограничной организации, первый этап (стабилизационный) предлагает рассматривать и работать с клиентом как с находящимся на субпсихотическом уровне функционирования, второй этап (психокоррекционный) – как с низшим пограничным уровнем функционирования, третий этап (реинтегрирующий) – как с высшим пограничным уровнем функционирования. Дальнейшие этапы ИЛОП модели не так тесно связаны с уровнями функционирования. При возможности перехода клиента на невротические уровни организации предлагается проработка глубинных проблем в классическом психоаналитически ориентированном подходе. В других случаях проработка глубинных внутренних конфликтов может происходить в рамках более экспрессивных психотерапевтических моделей. Собственно, четвертый и

последующие этапы – это задачи уже индивидуальной психотерапии, не относящейся напрямую к организации работы реабилитационного центра.

Следует заметить, что снижение уровня функционирования личности – это только одна из осей изменений личности при развитии аддикции. Вторая ось – это развитие аддиктивной диссоциации личности. Расщепление личности на аддиктивную и нормативную часть достаточно хорошо рассмотрено в существующей литературе, начиная с работ Ю.В. Валентика [26-27] и заканчивая более современными работами, например, Д.И. Шустова [16]. Рассматривая эти две оси, мы можем видеть различные изменения личности при развитии аддикции. Например, большая степень аддиктивной диссоциации при меньшей степени снижения уровня личностного функционирования (как при патологическом гэмблинге), и наоборот, меньшая степень аддиктивной диссоциации при большей степени снижения уровня личностного функционирования (как при алкоголизме). Взгляд автора данной статьи по работе с аддиктивным расщеплением на каждом этапе психотерапии зависимости тезисно изложен в работе [28].

Следующим шагом необходимо подробно рассмотреть каждый из этапов ИЛОП модели. Следует отметить, что все параметры, приведенные ниже, являются в большей степени следствием осмысления собственного опыта психотерапии зависимых клиентов и не подтверждены строгой исследовательской базой, поэтому их нужно рассматривать только как гипотезу, а не как строгие рекомендации. Во-вторых, следует обратить внимание на то, что рекомендации приведены для алкозависимых клиентов (как база апробации ИЛОП модели был Центр амбулаторной реабилитации алкозависимых «Сенс», г. Киев). Однако ИЛОП модель успешно применяется для всех видов зависимостей с соответствующими модификациями. Так, например, длительность первого этапа определяется длительностью острого периода ПАС, и соответствует трем месяцам. Для других зависимостей могут быть другие длительности первого этапа. Так, длительность субпсихотического состояния (причем, скорее всего, чаще обусловленным не столько ПАС, сколько вяло текущим затяжным органическим субпсихотическим состоянием) для потребителей «дизайнерских» стимуляторных наркотиков (известных также как «соли») может быть более трех месяцев. Кроме того, эта группа клиентов отягощена коморбидными процессуальными заболеваниями и, возможно, рекомендации первого этапа ИЛОП модели к ним необходимо применять достаточно длительный период. Менее выражен ПАС по остроте и длительности у потребителей «классических» стимуляторов (амфетамин, ММДА, кокаин). Наименее выражен ПАС у потребителей опиумных наркотиков, кроме того у этих клиентов этот синдром выражается скорее в манифестации сомато-вегетативных симптомов (манифестирует состояние аналогичное «ломке»), чем в нарушениях мышления (как это происходит у алкозависимых), и таким образом мало влияет на регресс личности. Итак, рекомендуемая длительность первого этапа терапии в ИЛОП модели для алкозависимых клиентов 3 месяца, для «солевых» потребителей – может продолжаться до четырех месяцев и более, для потребителей «классических» стимуляторов – может быть до двух месяцев. Для потребителей опиатов – по усмотрению, но в принципе этот этап может быть сокращен до 1-2 месяцев. Естественно в гетерогенной группе стационарного реабилитационного центра, дабы не нарушать групповой процесс, лучше не делать сильный разброс во времени прохождения первого этапа для потребителей различных наркотиков и сделать его приблизительно равным 3 месяца для всех (с возможностью индивидуальной коррекции).

Перейдем теперь к более подробному рассмотрению каждого из этапов терапии алкогольной зависимости высокой и средней степени тяжести в ИЛОП модели.

Первый этап ИЛОП модели – стабилизационный.

Длительность – 3 месяца. Ведущий нейробиологический синдром – ПАС (проявляется в нарушениях мышления по форме напоминающих опьянение; эмоциональном уплощении и

лабильности гипоманиакальных и дисфорических эмоциональных проявлений; неврологических нарушениях внимания, памяти, координации; астеническом состоянии; вообще же обострение ПАС напоминает полуопьяненное/полупохмельное состояние). В сфере мышления также кроме паралогичности и хаотичности мышления (похожего на «пьяное» мышление), мышление таких клиентов достаточно конкретно (у некоторых вплоть до полной неспособности применять абстрактное мышление к любым личностным отношениям) с соответствующими достаточно выраженными симптомами обстоятельности, ригидности, резонерства, шаблонности (лозунговое мышление). Режим ментализации – психической эквивалентности. Осмысление отношений с алкоголем похоже на стадию шока в стадиях проживания потерь Э. Кюблер-Росс – при формальном признании проблем с употреблением, эти клиенты не могут эмоционально «включиться» в эмоциональное проживание этих проблем, что порождает такое же формальное, несерьезное отношение. В целом клиентов на этом этапе предлагается рассматривать как находящихся на субпсихотическом уровне функционирования и применять соответствующие рекомендации (поддерживающая работа, открытость терапевта, социализация и психоэдукация).

В ИЛОП модели на первом этапе терапии зависимостей для рассмотрения клиентов предлагается применять системный подход. Так, в данной концепции, мы можем рассматривать психику клиента как неустойчивую подсистему (соединенной циклическими обратными связями с внешней метасистемой), находящуюся в точке бифуркации. Данный взгляд дает нам важное понимание, что поиск каких-либо каузальных связей и работа с ними бесполезна (в точке бифуркации выбор спонтанен и его невозможно предсказать и предопределить), поэтому работать необходимо не столько с причинами симптомов и их пониманием клиентом, сколько с общим уравниванием и стабилизацией системы. Хорошей практической мощностью обладают также такие понятия энактивизма, как отелесненные (embodied), расширенные (extended), ситуативные (embedded) и энактивные (enactive) когниции. Так, концепция отелесненных когниций (в этой концепции предполагается отсутствие психо-физической проблемы, а ментальность рассматривается как эмерджентность к физическим процессам) дает нам понимание кардинальной зависимости сознания клиента от телесного состояния. Практическим следствием является приоритет телесных релаксирующих практик над когнитивными вмешательствами (например, взгляд на ситуацию часто удается кардинально изменить простой дыхательной релаксацией). Концепция расширенных когниций (в этой концепции предполагается отсутствие дуализма субъект/объект и то, что когнитивное состояние субъекта обязательно включает в себя состояние объекта не как отражение, а напрямую; то есть сама когниция не «закапсулирована» только в субъекте, но имеет свои корни и в объекте) дает нам концепцию кардинальной зависимости состояния субъекта от среды, в которой он находится. Поэтому критично важно максимальное погружение клиента в поддерживающую терапевтическую среду и максимальное отчуждение его от провоцирующей среды. В общем, состояние клиента в этом смысле будет, опять-таки, не столько зависеть от прямой работы с ним, сколько от экологической ниши, в которой он сейчас находится. Особую важность в этом смысле приобретает не только профессиональная помощь, но работа «равный-равному». Понятие ситуативных когниций (концепция невозможности определения когнитивной деятельности без рассмотрения включения организма в конкретные экологические условия – всякий когнитивный акт расширяется в некую ситуацию, обладающую определенными топологическими свойствами и осуществляется только «здесь и сейчас») дает нам понимание важности нахождения клиента «здесь и сейчас», работы «маленькими шагами», рассмотрения конкретных ситуаций (без их обобщения) – в общем максимально ситуативной работы. И, наконец, понятие энактивных когниций (концепция воплощенности познания напрямую в деятельность организма) дает концепцию «программы действий». Осознание клиентов тех или иных моментов будет зависеть не столько от

его познавательной деятельности, сколько от его социальных действий. В данном случае вспоминается лозунг Анонимных Алкоголиков «делай, а понимание придет потом». Да и вообще, всю программу помощи АА, с их концепциями погруженности в среду, программой действий, трезвостью «день за днем», помощью «равный-равному» и т.д. можно смело рассматривать как практическое воплощение системного подхода в общем и энактивизма в частности.

Рекомендации к психотерапии на этом этапе следующие. Главная цель этого этапа – стабилизация состояния клиента. Терапевту (психологу, консультанту) важно являться фигурой «наставника», при этом быть директивным, поддерживающим, ресурсным, открытым. Для клиента важны поддерживающие, ресурсные симбиотические отношения (в которых он сможет примитивно идеализировать своего «наставника-терапевта»). Предлагаются следующие ограничения в психотерапевтической работе: противопоказаны техники регресса, погружения в чувства, расщепления на субличности, эмпатическое самораскрытие терапевта (но можно применять стабилизирующие самораскрытия: «я верю, что у тебя может получиться!» и т.д.), катарсические техники, конфронтация защит личности, работа с объектными отношениями, работа с контрпереносом, максимально ограничены экспрессивные техники (рекомендуется применять только при работе с тягой), ограничена работа с границами (обычно директивное их обозначение без глубокого обсуждения с клиентом), ограничена работа с метафорой. Рекомендуется применять техники конфронтации зависимости (зависимого мышления, работа с тягой и т.д.), ресурсные и стабилизационные техники, психоэдукация и дидактические директивы, директивные техники установки границ. При этом специалист должен выполнить следующие задачи: установление контакта, установление четких контрактов и границ, внушение надежды, уменьшение тревоги и психологического напряжения, наполнение ресурсами, работа с тягой, психообразование и обучение основам самоанализа. Основные направления работы с клиентом: профилактика рецидива (в виде профилактики тяги), тренинг психологической стабилизации, тренинг психологической и коммуникативной грамотности, ведение дневников самоанализа, психоэдукация по вопросам зависимости.

В центре реабилитации алкозависимых «Сенс» [12] первый этап терапии зависимостей проходил в формате посещения центра шесть раз в неделю с длительностью занятий 3,5 часа (кроме одного сокращенного дня 1,5 часа). Кроме трех психологов-психотерапевтов в центре работали в качестве консультантов по зависимостям волонтеры из прошедших два этапа реабилитации (со сроком трезвости более года), работающих с клиентами в формате «равный-равному» (на сегодняшний день в центре остался, к сожалению, только один психотерапевт Ю.М. Бессмертный, соответственно гораздо большая нагрузка чем раньше оказалась на консультантах-волонтерах). Занятия, проводимые с клиентами на этом этапе: тренинг профилактики рецидива, семейно-коммуникативный тренинг, выполнение мотивационно-аналитических заданий, фильмотерапия, психоэдукационные занятия, терапевтическая группа поддерживающего формата, внутренняя группа взаимопомощи и посещение групп АА.

Второй этап ИЛОР модели – психокоррекционный.

Длительность этого этапа до года, а в случаях клиентов с изначальной базовой пограничной организацией личности может продолжаться и дольше. Переход на этот этап обусловлен уменьшением остроты ПАС и подавления деятельности префронтальной коры, что дает возможность «включиться» абстрактному мышлению. С другой стороны, на этом этапе обостряется синдром аддиктивной ангедонии (связанный, в основном, с уменьшением D2 дофаминовых рецепторов), что приводит к депрессивным переживаниям и гипотимии, пониженной способности получать радость от жизни, мотивационному коллапсу (отсутствие интереса к чему-либо). В сфере мышления обостряется эгоцентризм, приводящий к множеству явно выраженных когнитивных искажений (долженствования, свехобобщения, дихотомическое мышление, мысленный фильтр и

т.д.). Режим ментализации – телеологический. В эмоциональной сфере постепенно снимается уплощение (обусловленное ПАС), у клиентов включаются переживания, но из-за явления алекситимии, а также элементарной эмоциональной неграмотности, они не могут их распознать и адекватно проживать. Также на этом этапе проходит стадия шока и запускается болезненный процесс проживания потери, что приводит к обострению чувств вины, стыда, злости, обиды, жалости к себе и т.д. У клиентов также активизируется система защит более высокого уровня, чем отрицание и примитивная идеализация на прошлом этапе, – расщепление и проективная идентификация. Это провоцирует начало активных «психологических игр» (в понимании Э. Берна) в психотерапии. В целом клиентов на этом этапе предлагается рассматривать как находящихся на низшем пограничном уровне функционирования и применять соответствующие рекомендации (экспрессивная работа, устойчивость терапевта, работа с границами, развитие ментализации и копинг ресурсов).

В ИЛОР модели на втором этапе терапии предлагается использовать когнитивно-поведенческую модель концептуализации. В этом подходе личность клиента рассматривается как информационная система, а проблемы – как нарушения информационных процессов (ментализации, оценки информации, антиципации и прогнозирования, принятия решений и т.д.) и отсутствие адекватных схем реагирования (недостаток копингов, навыков коммуникации, ассертивного поведения и т.д.). Основной целью в этом подходе является восстановление системы регуляции психики (или, как сказали бы психоаналитики, восстановление функций Эго), функцию которой и выполняло употребление алкоголя.

В процессе психотерапии терапевту (как и терапевтической группе) необходимо быть устойчивым и постоянным объектом. Хотя на этом этапе и предлагается использовать для концептуализации КПТ модель, однако при этом крайне важно помнить о такой психодинамической технике как контейнирование – принятие и осмысление «игрового» поведения клиента; осмысление через концепцию контрпереноса и внутренняя проработка чувств, вызванных клиентом; помощь в осмыслении произошедшей терапевтической ситуации и «распутывании» внутренних переживаний клиенту. Главной целью этого этапа является восстановление системы регуляции, в частности ее когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонент. Это достигается с помощью техник самоанализа, в частности ведения дневника самоанализа. Также клиенту необходима помощь в процессе проживания потери (что технически достигается с помощью написания соответствующих заданий по анализу потерь). В профилактике рецидива акценты смещаются с работы с тягой на работу по профилактике стресса. Ограничения в терапии: противопоказаны техники регресса, погружения в чувства, расщепление на субличности, эмпатическое самораскрытие терапевта, глубокие катарсические экспрессивные техники. Рекомендуемые техники: развитие ментализации, конфронтация, работа с границами, экспрессивные техники «здесь и сейчас», метафорические техники, тренинг (копингов, коммуникации и ассертивного поведения, самоанализа), работа с дисфункциональным мышлением. Задачи этого этапа: проработка истории употребления (освобождение от вины и стыда и интеграция нормативной и аддиктивной субличностей в сознательной части), развитие системы регуляции психических процессов, развитие символизации эмоции и их вербализации, развитие ментализации, постановка границ в социальных отношениях, навыки отслеживания нарастающего напряжения и его профилактика.

В центре «Сенс» занятия второго этапа проходили на протяжении 9 месяцев два раза в неделю (группы длительностью по 3 и 2 часа). Группы на втором этапе вели уже исключительно психотерапевты без помощи волонтеров-консультантов. Основными занятиями были работа с дневником самоанализа (по сути тренинг здорового мышления, адекватного эмоционального реагирования и функционального поведения), работа с заданиями проработки опыта употребления, дискуссионная терапевтическая группа.

Третий этап ИЛОП модели – реинтегрирующий.

Третий этап начинается с окончания первого года трезвости и рекомендуемая его продолжительность – 2 года. Нейробиологическая сфера на этом этапе считается восстановленной (не учитываются в работе нейробиологические эффекты). В личностной сфере выходят на первое место проблемы нарциссической регуляции (упрощенно говоря – травмы самооценки), экзистенциальные кризисы (одиночества, бессмысленности, несправедливости и т.д.), проблемы построения отношений. Режим ментализации – псевдоментализация. Этот период можно охарактеризовать кризисом возврата к отношениям с обществом. Смысл названия этого этапа – реинтеграция человека обратно в систему отношений с людьми. Клиентов на этом этапе предлагается рассматривать как функционирующих на высшем пограничном уровне (или на нарциссическом уровне функционирования в понимании Х. Кохута).

В ИЛОП модели на этом этапе предполагается экзистенциально-гуманистический подход. Главная цель – восстановление нарциссического равновесия и способности устанавливать аутентичные отношения. На этом этапе не рекомендуется проводить техники регресса в детство, рекомендуется работать «здесь и сейчас». Предпочтительным на этом этапе, как и на предыдущих, является групповая терапия. Группы предлагается уже делать динамическими, более сконцентрированными на групповом процессе. Приветствуются различные экспрессивные техники эстернализации и проработки внутриличностного и межличностного конфликта (психодрама, арт-терапия и др.). Однако главным целительным фактором является динамика построения аутентичных отношений в группе. Если на предыдущих этапах группы были ротационными, то на этом этапе предлагается делать закрытую группу. В целом работа становится все менее специфической и более похожей на динамическую групповую терапию клиентов без зависимости, однако рекомендуется регулярно делать прояснения как раньше алкоголь решал проявляющиеся сейчас внутриличностные и межличностные конфликты. Кроме этого предлагается глубокая экспрессивная работа с аддиктивной и нормативной субличностью с погружением клиента в данный конфликт (интеграция АЯ и НЯ уже на уровне Селф, а не только на уровне Эго как на предыдущем этапе).

Третий этап в центре «Сенс» проводился двумя способами: 2016-2017 гг. группа проводилась раз в две недели (длительность 3 часа, ведущий – автор данной статьи), стиль работы – глубинная когнитивно-поведенческая терапия с применением экспрессивных техник (психодрамы, арт-терапии, НЛП и др.); 2018-2019 гг. группа проходила раз в неделю (длительность 2 часа, ведущий – Ю.М. Бессмертный). Стиль – экзистенциальная групповая терапия. Следует признать, что экзистенциальный стиль гораздо лучше подходит для этого этапа терапии зависимостей.

Четвертый этап предполагает индивидуальную психодинамическую работу, где решаются вопросы конфликта объектных отношений, который и был изначальной причиной начала употребления. Прохождение этого и последующих этапов уже не является задачей реабилитационного центра (этап реинтеграции является завершающим в реабилитации).

Статистические данные и выводы. Центр «Сенс» начал в полной мере работать по ИЛОП модели с 2014 года (в начале 2014 года программа, составленная на основе модели ИЛОП, получила одобрение министерства социальной политики Украины).

Статистика эффективности центра с 2014 года (данные на март 2018):

В 2014 году на реабилитацию поступило 25 человек, закончило 1-й этап 17, пошло на второй и закончило его 6 (никто не прервал прохождение), на март 2018 достоверно трезвые (трезвость от 3 до 4 лет) 7 человек (из них 5 закончивших 2-й этап и 2 закончивших только 1-й этап).

В 2015 году на реабилитацию поступило 32 человека, закончило 1-й этап 21, пошло на второй и закончило его 8 (никто не прервал прохождение), на март 2018 достоверно трезвые (трезвость от 2 до 3 лет) 10 человек (из них 8 закончивших 2-й этап и 2 закончивших только 1-й этап).

В 2016 году на реабилитацию поступило 32 человека, закончило 1-й этап 20, пошло на второй и закончило его 5 (никто не прервал прохождение), на март 2018 достоверно трезвые (трезвость от 1 до 2 лет) 10 человек (из них 5 закончивших 2-й этап и 5 закончивших только 1-й этап).

В среднем, из поступивших, заканчивают первый этап 65%, непрерывную трезвость из поступивших на протяжении более года обретают 30% (при этом из прошедших 2-й этап реабилитации остаются трезвыми 90%, из прошедших только 1-й этап реабилитации остаются трезвыми 15%).

К сожалению, точное сравнение с работой этого же центра со временем, когда программа в нем была двенадцатишагово-ориентированная и отсутствовал второй этап реабилитации (разработка ИЛОР модели и постепенный переход на нее начался с 2011 года в соавторстве с руководителем центра «Сенс» В.А. Ивановым и психологом Ю.М. Бессмертным), затруднено, так как данные не подлежат восстановлению из-за уничтожения карточек клиентов социальной службы. Остались только общие данные статистики, что в 2009-2010 гг. реабилитацию заканчивало менее 30% поступивших. Данные по дальнейшей ремиссии среди них отсутствуют.

Данные по третьему этапу. В 2016-2017 гг. (ведущий Д. Старков) третий этап прошли 9 человек. Из них у одного вначале прохождение был однодневный срыв с полным возвратом к трезвости и прохождению психотерапии. После окончания группы на сегодняшний день (апрель 2020 г.) 7 участников из всей группы имеют непрерывную ремиссию (средний срок трезвости 5 лет). У одного участника был срыв с возвратом к трезвости, один участник группы вернулся к употреблению. В 2018-2019 гг. (ведущий Ю. Бессмертный) третий этап прошли 8 человек. У одного из них был вначале прохождения длительный срыв (1,5 месяца) с полным возвратом к трезвости и к психотерапии. Вся группа на сегодняшний день достоверно находится в ремиссии.

Если подытожить результаты, то можно сделать выводы, что ИЛОР модель эффективнее 12-шагово-ориентированной модели реабилитации как минимум в качестве удержания клиентов в программе (65% против 30%). При этом следует отметить, что сравнение не идет с деятельностью групп АА (такое сравнение просто неправомерно), а именно с реабилитационной программой, ориентированной на 12 шагов. Второй важный вывод – длительность терапии как минимум до года играют значительную роль в становлении долгосрочной ремиссии (90% против 15%). Третий этап не дает значительного улучшения в статистике длительной ремиссии (во всяком случае до 3-5 лет), однако значительно повышает качество межличностных и внутриличностных отношений.

Spysok vykorystanykh dzherel:

1. UNODC World Drug Report 2019: 1. Executive summary. United Nations publication, 2019. URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/> (дата звернення_10.03.2020).
2. UNODC World Drug Report 2019: 2. Global overview of drug demand and supply. United Nations publication, 2019. URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/> (дата звернення_10.03.2020).
3. UNODC World Drug Report 2019: 3. Depressants. United Nations publication, 2019. URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/> (дата звернення_10.03.2020).
4. UNODC World Drug Report 2019: 4. Stimulants. United Nations publication, 2019. URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/> (дата звернення_10.03.2020).
5. UNODC World Drug Report 2019: 5. Cannabis and hallucinogens. United Nations publication, 2019. URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/> (дата звернення_10.03.2020).
6. Report of the International Narcotics Control Board for 2019. INCB, United Nations publication, 2020. URL: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2019.html> (дата звернення_10.03.2020).
7. WHO Global status report on alcohol and health 2018. URL: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ (дата звернення_10.03.2020).
8. UNODC International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. United Nations Office on Drugs and Crime, 2017. 99 p.

9. NIDA Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3-nd edition). National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2012. 78 p.
10. Longabaugh R. & Wirtz P. Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses. NIH Publication, 2001. 341 p.
11. Kelly J.F., Humphreys K., & Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. Issue 3. A DOI: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
12. Ivanov V.O., Bezsmertnyi Yu.M. & Starkov D.Yu. Pryntsypy roboty ambulatornoi sotsialno-psykholohichnoi reabilitatsii osib zaleznykh vid alkoholiu: naukovo-metodychnyi posibnyk. Kyiv Vipol, 2013. 128 p.
13. Gorski T. & Miller M. Staying sober: a guide for relapse prevention. Aspen: Independence Press, 1986. 227 p.
14. Pita D. Addictions counseling: a practical guide to counseling people with chemical & other addictions. Crossroad Publishing Company. 1994. 144 p.
15. Prochaska J.C., Norcross J.C., & C. Di Clemente. Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Harper Collins, 1995. 307 p.
16. Shustov D.Y. Tuchina O.D. Psikhoterapiia alkoholnoi zavisimosti: Rukovodstvo dlia vrachei. Sankt-Peterburh Spetslit 2016. 415 s.
17. Vekker L.M. Psikhika i realnost edinaia teoriia psikhicheskikh protsessov. Moscow: Smysl, 1998. 685 s.
18. Lingjardi V, McWilliams N. Psychodynamic Diagnostic Manual. Second Edition. PDM-2. NY: Guilford Press, 2017. 1078 p.
19. Kernberg O. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: Yale University Press, 1986. 396 p.
20. Clarkin J., Yeomans F., Kernberg O. Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations. American Psychiatric Publishing, 2006. 411 p.
21. Zilverstand A., Huang A.S., Alia-Klein N., & Goldstein R.Z. Neuroimaging Impaired Response Inhibition and Salience Attribution in Human Drug Addiction: A Systematic Review. *Neuron*. 2018. Vol. 98(5). P. 886-903. DOI: 10.1016/j.neuron.2018.03.048.
22. Goldstein R.Z., Volkow N.D. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *The American journal of psychiatry*. 2002. Vol. 159(10). P. 1642–1652. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1642>
23. Koob G.F., Volkow N.D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, 2016. V.3(8). P. 760-773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
24. Volkow N.D., Koob G.F., & McLellan A.T. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*. 2016. V.374(4). P. 363-371. DOI: 10.1056/NEJMr1511480
25. Koob G.F., Zorrilla E.P. Neurobiological mechanisms of addiction: focus on corticotropin-releasing factor. *Curr Opin Investig Drugs*. 2010. Vol.11, №1. P. 63-71.
26. Valetnik Yu.V. Kontinualnaia psikhoterapiia bolnykh s zavisimosti ot psikhikoaktivnykh veshchestv. *Lektsii po narkologii*. Moscow: Nolij, 2000. S. 341-364.
27. Valetnik Yu.V. Misheni psikhoterapii v narkologii. *Lektsii po narkologii*. Moscow: Nolij, 2000. S. 295-308.
28. Starkov D.Yu. Psikhoterapiia Adyktivnoho Rozshcheplyennia Osobystosti Uzalezhenykh Kliientiv. *Aktualni pytannia psikhoterapii ta psykholohii materialy xxiv naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu* (Chernivtsi, 29 chervnia – 1 lypnia 2018). Chernivtsi, 2018. S. 147-150.
29. Psykholohichni mekhanizmy adaptatsii deviantiv do suchasnoho sotsiokulturnoho seredovyscha / N. Yu. Maksymova ta in.; za red. N.Yu. Maksymovoi. Kyiv: Pedahohichna dumka, 2015. 253 s. URL:<http://lib.iitta.gov.ua/10062> (дата звернення 10.03.2020).

Starkov, D.Yu. Application of integrative personally-oriented developmental model of addiction therapy for out-patient rehabilitation of alcohol-addicted people. *The author's integrative personally-oriented developmental (IPOD) model of addiction therapy is described in the article. The model of personality as an integration centre of mental processes and a three-level model of the psyche were used as its methodological basis. The levels of personality development corresponding to the levels of personality organization were determined basing on the psychodynamic theory. Addiction development is seen as personality regression to lower functional levels. The stages of addiction therapy in the IPOD model correspond to the reverse movement up by functional levels. The IPOD model was used in the practice of "Sense" rehabilitation centre for alcohol-addicted people and the obtained*

statistical data are presented in the article. The data analyses showed that the duration of rehabilitation was crucial for the formation of a long-term continuous remission.

Key words: *addiction, rehabilitation, motivation, integrative personally-oriented developmental model*

Ведомости об авторе:

Старков Д.Ю., младший научный сотрудник лаборатории психологии социально дезадаптированных несовершеннолетних Института психологии имени Г. С. Костюка НАПН Украины, Киев

Starkov, D. Yu., Junior Researcher of the Laboratory of Psychology of Socially Disadapted Minors, G.S. Kostyuk Institute of Psychology, National Academy of Education Sciences of Ukraine, Kyiv

E-mail: votr@ukr.net