

# Особенности психологической диагностики и коррекции пациентов на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса

ЗЕНЦОВА Н.И.

к.психол.н., руководитель отделения психотерапии, психологической коррекции и ресоциализации отдела реабилитации, ФГБУ "Национальный научный центр наркологии" Минздравсоцразвития России

*Доклад на заседании секции Рождественских чтений "Медицинские, социально-психологические, образовательные и духовные подходы к реализации профилактических программ среди молодёжи".*

Рассматривая феномен зависимости, мы говорим о нем, как о био-психо-социо-духовном явлении. Фактически у химически зависимого человека нет такой сферы, которая в той или иной мере не подверглась бы разрушительному воздействию наркотиков. Как можно определить, насколько человек поражен этим заболеванием, насколько разрушена личность по всем сферам.

Для диагностики биологической составляющей с целью постановки клинического диагноза мы используем Международную классификацию болезней 10-го пересмотра, в психологии мы можем говорить о постановке так называемого психодинамического функционального диагноза (ПДФД). В процессе развития наркологического заболевания формируется особый синдромокомплекс психологических нарушений, имеющий свои когнитивные, эмоционально-волевые, поведенческие, морально-этические проявления, степень выраженности и динамику. Определение синдромокомплекса психологических нарушений и постановка ПДФД являются важной составляющей при диагностике наркологического заболевания. Симптомы в структуре данного синдромокомплекса сформулированы таким образом, чтобы сохранить достаточную гибкость диагностических решений в практике клинического психолога, особенно в тех ситуациях, где требуется установление ПДФД, до того, как станет полностью ясной клиническая картина заболевания или будет собрана полная информация. ПДФД может быть поставлен при выявлении не менее четырех симптомов в структуре синдромокомплекса психологических нарушений.

Он включает в себя:

1. Особенности восприятия внутренней картины болезни (наличия синдрома зависимости) с характерными для пациента проявлениями: неадекватное осознание болезни, анозогнозия и пр.;

2. Специфическая мотивационная установка (с учетом ее структурных особенностей и смыслового

содержания, включающих в свою структуру и первичное влечение к ПАВ), т.е. определенную предуготованность действовать так, чтобы постоянно, в любом случае были обеспечены приобретение и прием ПАВ. Установка, как и любая другая, имеет структуру следующего характера:

а) познавательный компонент, который состоит из сформированных собственных ощущений, взглядов, чувственного опыта приема спиртного и состояния опьянения;

б) эмоциональный компонент — личностное отношение к употреблению ПАВ, к состоянию опьянения, достижение таких эмоциональных состояний, как чувство собственной правоты, уверенность, подъем настроения и т.п.;

в) поведенческий компонент — поведение зависимых больных в любых ситуациях (например, налаживание контакта — для этого надо ввести себя в состояние опьянения, радостное событие — надо его закрепить употреблением ПАВ и т.д.);

3. Сформированные механизмы психологической защиты своей наркоманической позиции (рационализация, вытеснение, проекция, низведение, изоляция, всемогущество, реактивное образование, парадоксальность);

4. Смещение, переход реализации своей концепции "Я" и перенос значимой жизнедеятельности в состояние опьянения;

5. Сформированный наркоманический стиль жизни;

6. Приобретенные личностные девиации (деградация, морально-этическое снижение и пр.);

7. Эмоциональные нарушения (снижение или колебания настроения, неспособность описания своих чувств, апатия, потеря психического тонуса, активности, снижение эмпатии, чувство неудовлетворенности, ощущение потери "точки опоры" и др.).

Синдромокомплекс психологических нарушений (СКПН) имеет также свою специфику в период на-

ркотического опьянения, проявлений абстинентного синдрома, в постабстинентном периоде и в ремиссии. Он сопровождается интеллектуально-мнестическими, аффективными, поведенческими особенностями, морально-этическими нарушениями, мотивационной ригидностью и неустойчивостью, отсутствием критики к заболеванию, патологическому влечению и пр. СКПН имеет свою динамику и в процессе оказания лечебно-реабилитационной помощи, многие проявления этого синдрома в значительной мере нивелируются, а при прогрессировании заболевания — усиливаются.

В системе реабилитации ПДФД заключается в установлении выраженности психологических нарушений, определении уровня психического развития, изучении личностных особенностей, оценке уровня реабилитационного потенциала и мотивационной готовности на участие в лечебно-реабилитационном процессе. ПДФД помогает выявить как уже нарушенные, так и еще не подвергшиеся разрушению психические функции, "мишени" направленного психологического воздействия на сохраняющиеся и эффективно функционирующие структуры психики. Кроме того, он позволяет индивидуализировать программы медико-социальной реабилитации и психотерапии, актуализирующие внутренние адаптивные возможности пациентов, формирующие функциональное копинг-поведение и здоровый жизненный стиль.

Постановка диагноза включает проведение комплекса исследований: клинико-биографического, нейро- и патопсихологического, диагностики эмоционально-личностной сферы (психологического состояния пациента), наблюдения и клинической беседы, а также беседы с близкими пациента. Психолог помогает составить объективную картину дисфункциональной ситуации, выявить и сформулировать проблему (или ряд проблем) и механизмы ее поддержания, а также увидеть направления поиска ресурсов для разрешения данной ситуации, составления плана психологической реабилитации.

#### Задачи ПДФД:

- получение информации психологом о больном. Это позволит составить объективный взгляд на проблему, воздействовать на ситуацию, в целом, составить эффективную коррекционную программу;
- использование информации для обсуждения с больным, на основании результатов диагностических методик, которая просто не была бы воспринята в другой форме (наглядность, образность и т.д.);
- рекомендации для специалистов, принимающих участие в реабилитационной бригаде;
- подготовка служебных документов (выписки из медицинской документации, заключения) для официальных структур (других медицинских учреждений).

Необходимо отметить, что подобные заключения не должны включать конфиденциальную информацию, способную повредить больному.

После установления ПДФД начинается процесс психологической реабилитации, т.е. системы мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций и состояний, включая когнитивную, поведенческую, эмоциональную и личностную сферы пациента.

Опыт в реализации психосоциальных реабилитационных программ для наркозависимых дает основание для утверждения, что процесс лечения наркозависимого является прежде всего функцией:

- продолжительности реабилитационного курса,
- внутренних условий,
- индивидуального отношения к реабилитации наркозависимого,
- количества и качества предлагаемых услуг в лечении.

Успех психологической реабилитации зависит от:

1. Внутренних условий, в том числе: организационных, методологических (концепция и программа реабилитации), административных и финансовых;
2. Количества и качества психологических услуг:

- доступность,
- принципиальность,
- адекватность,
- привлекательность,
- эффективность,
- стоимость;

3. Профессионализма в оказании психологических услуг:

- подготовка кадров (работа над их развитием, обучение и т.п.)
- обновление методов и техник,
- этический кодекс,
- мониторинг и оценка.

Данные изменения в психологической сфере пациента могут произойти при условии, только если в реабилитационной среде пациента действуют следующие психотерапевтические факторы:

1. Обретение надежды на выздоровление. Внушение надежды и укрепление в ней является решающим лечебным фактором во всех психотерапевтических системах не только потому, что это позволяет удерживать пациента в группе и, следовательно, лечить его, но еще и потому, что сама вера в исцеление может быть терапевтически эффективной. Исследования показали: чем больше пациент надеется на то, что ему помогут, тем результативнее терапия. В каждой терапевтической группе есть люди, стоящие на разных ступенях на пути к выздоровлению. Пациен-

ты длительное время контактируют с членами группы, у которых произошло улучшение. Они также часто сталкиваются с пациентами, имеющими сходные проблемы и достигшими больших успехов в их преодолении. Не менее важной является вера психотерапевта в себя и в эффективность лечения пациентов своей группы. Программы избавления от наркотической зависимости, как правило, вселяют надежду в пациентов тем, что лидерами групп становятся излечившиеся от этой зависимости люди. Благодаря контакту с теми, кто прошел тот же путь и нашел дорогу обратно, члены таких групп воодушевляются, а их ожидания растут;

2. "Чувство, что ты не один" — обобщение. Переживание и понимание пациентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфликты, переживания, симптомы. Такое внимание способствует преодолению эгоцентрической позиции и выявлению чувства общности и солидарности с другими, повышает самооценку;

3. Снабжение новой информацией. Получение пациентом в ходе групповой психотерапии разнообразных сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликтах, нервно-психическом здоровье; выяснение причин возникновения нарушений; информация о сущности психотерапии и ходе психотерапевтического процесса; информационный обмен между участниками группы. Самоэксплорация — самораскрытие, предельная откровенность, обсуждение в группе своих скрытых мыслей, желаний и переживаний;

4. Альтруизм (нравственная солидарность с окружающими), или мотивация стремления "жить не только для себя". Возможность в процессе групповой психотерапии помогать друг другу. Поведение, направленное на оказание бескорыстной помощи другому члену группы, делает пациента более уверенным в себе, формирует у него ощущение себя полезным и нужным;

5. Корректировка неадаптивных шаблонов поведения в первичной семье. Множественный перенос. Любые трудности в области общения и социальной адаптации, будучи детерминированными событиями настоящего и прошлого, обязательно проявляются в групповом общении. Эмоциональная привязанность пациента к психотерапевту и к другим участникам группы рассматривается, исследуется и при необходимости подвергается оценке;

6. Развитие адаптивных социально-коммуникативных навыков;

7. Апробация новых адаптивных способов поведения;

8. Инсайт — осознание, понимание неосознаваемых ранее связей между особенностями своей

личности и неадаптивными способами поведения в тех или иных жизненных ситуациях;

9. Катарсис. "Отреагирование", бурное проявление аффектов, происходящее в результате осознания пациентом своей проблемы и приносящее значительное психологическое облегчение;

10. Сплоченность группы;

11. Принцип "здесь-и-сейчас";

12. Экзистенциальные факторы. В экзистенциальной терапии говорится о четырёх основных измерениях бытия-в-мире человека: физическом, социальном, психологическом и духовном (E.van Deurzen-Smith, 1984). Человек "встречается" с миром одновременно в каждом из этих измерений и на основе этого формирует основные свои жизненные предпосылки и установки. Мы постоянно находимся под воздействием этих измерений — наша жизнь подчиняется физическим, природным, биологическим законам; мы неизбежно находимся в каком-нибудь социально-культуральном контексте; наши действия регулируют психические процессы, образ жизни зависит от характера, особенностей выражения чувств; наши основные установки формируют действия, мотивируют смыслы и ценности, которые обнаруживаем в своём жизненном мире. Наряду с пониманием человека как бытия-в-мире другая фундаментальная особенность экзистенциальной терапии — стремление понять жизнь человека через призму универсальных экзистенциальных факторов (экзистенциальных данностей). Наряду со специфическими, индивидуальными экзистенциальными факторами, составляющими суть уникальности каждого человека, они составляют "рамку" понимания жизни конкретного человека.

Хотя в экзистенциальной психологии нет единого мнения об определяющих человека онтологических факторах, мы склонны выделить 7 таких универсальных экзистенциальных факторов:

- 1) чувство бытия;
- 2) свобода, её ограниченность и ответственность за неё;
- 3) конечность человека или переживание Ничто;
- 4) экзистенциальная тревога;
- 5) экзистенциальная вина;
- 6) существование во времени;
- 7) смысл и бессмысленность.

*Чувство бытия.* Его ещё называют переживанием "Я есть" или переживанием собственной экзистенции. Это та интегрирующая внутренняя структура человека, развитие и усиление которой является основополагающей целью психотерапии.

Чувство бытия само по себе не разрешает наших проблем, но является предварительным условием такого решения, так как охватывает установления отношения с самим собой и с миром, переживание своей иден-

тичности, а это и является основой решения конкретных жизненных проблем. В экзистенциальной терапии не ведётся поиск мистического "истинного Я", не пытаются помочь человеку быть "самим собой", а помогают открыться жизни, что соответствует истинной природе человека, которая состоит в раскрытии мира и открытости по отношению к нему.

Для переживания чувства бытия очень важно доверие к кому-нибудь. Принятие другим человеком открывает возможность принять самого себя. В этом исключительная важность отношения терапевта к индивидуальному клиенту или участникам группы.

*Свобода, её границы, ответственность.* Свобода является главной экзистенциальной ценностью, но многовариантность её понимания и способы её использования создают много проблем в жизни человека. Хотя экзистенциальная психология отвергает возможность обуславливания человека внешними силами и обстоятельствами, она не признаёт и абсолютной свободы человека. Как говорил S.Kierkegaard (1941), "реальность — это единство возможного и необходимого". Каждый человек обладает ситуационной свободой, т.е. его ограничивают ситуации, в которых он находится. Другими словами, наши возможности контролировать свою жизнь ограничены. Таким образом, наряду с фундаментальным фактом, что мы как люди являемся свободными существами, существует не менее фундаментальный фактор — признание того, что наша свобода ограничена.

Некоторые из границ человеческой свободы являются абсолютными. Самый наглядный пример — рождение и смерть. Существуют и другие физические, биологические ограничения: возможности тела, физические недостатки, генетическая предопределённость и т.п. Нас ограничивают многие психологические факторы: особенности характера, эмоциональное состояние, особенности восприятия ситуаций и способы реагирования в них и т.д. Невозможно избежать социальных границ, так как мы неизбежно живём с другими людьми и должны учитывать свободу друг друга. Наши свободы при "столкновении" ограничивают одна другую. Мы также сталкиваемся с морально-этическими границами, т.е., будучи свободными, сами налагаем запрет на некоторые действия, так как нас ограничивают наша совесть, ценности. Таким образом, о свободе можно говорить настолько, насколько мы осознаём и признаём то, что невозможно, необходимо и возможно (E.van Deurzen-Smith, 1988).

Человеческая природа достаточно гибкая, и, несмотря на разные ограничивающие обстоятельства, человек может достаточно свободно выбирать способы своих действий в разных жизненных ситуациях. Свобода в действительности и означает постоянный

выбор между альтернативами, и, что ещё важнее, свободный выбор требует создания новых альтернатив. Эта идея особенно важна в психотерапии, так как позволяет клиентам увидеть, что они намного свободнее, чем думают, но всегда существует определённая цена свободы: усилия, риск, тревога. Нежелание платить эту цену и делает людей несвободными.

Свобода неотделима от ответственности. Принять ответственность за свою жизнь означает выбор будущего, несмотря на риск, сопровождающий выбор. "Чтобы выиграть возможность триумфа, важно знать, что можно и проиграть. Ответственный выбор будущего не означает выигрыша триумфа — а только выигрыш возможности" (S.Kobasa, S.Maddi, 1977).

*Конечность жизни (смерть).* Небытие является неотделимой частью бытия. М.Heidegger (1962) писал, что, когда думаем, что смерть нас поджидает где-то далеко в будущем, мы пытаемся отмежеваться от своей фундаментальной связанности со смертью — она воплощена в нас. Она является не внешним феноменом, а внутренним фактом. Поэтому смерть и является самым глубоким и неиссякаемым источником экзистенциальной тревоги.

Когда пытаемся не замечать смерть, мы не замечаем, что она является самой большой нашей потенциальностью. Говоря словами М.Heidegger (1962), она является элементом процесса постоянного изменения, а не концом чего-то. Хотя это звучит парадоксально, жизнь приобретает смысл только благодаря своей конечности — некогда откладывать реализацию своих возможностей. Без осознания смерти жизнь была бы поверхностной, плоской, ей не хватало бы сознательности и ответственности. Конечность жизни предоставляет ей максимально позитивную реальность, а каждому часу настоящего — абсолютную значимость.

*Экзистенциальная тревога.* В экзистенциальной терапии тревога определяется шире, чем в других психотерапевтических школах. В ней выделяется невротическая и экзистенциальная (онтологическая) тревога. Причиной последней является наше стремление выжить, защитить и утвердить своё бытие; тревога появляется вместе с появлением угрозы экзистенции, с осознанием возможности потерять себя и свой мир.

Сама по себе тревога ни позитивна, ни негативна. М.Heidegger (1962) утверждал, что тревога открывает человеку, что реально существует — свобода, возможность небытия, — и напоминает об одиночестве. Тревога пробуждает совесть человека и поэтому является необходимой для его духовного существования.

Тревоги нельзя избежать, не заплатив за это — либо ещё глубже погружаясь в неё, либо теряя чувствительность к экзистенции. При постоянном стремлении сохранения *status quo* в жизни отвергаются раскрывающиеся возможности, человек становится пассивным, безответственным, зависимым от других, ищущим безопасности в авторитетах, ими навязываемых смыслах. Постоянные попытки уменьшить или устранить тревогу становятся причиной фрагментации личности, беспомощности, отказа от свободы.

**Экзистенциальная вина.** Её предпосылки кроются в самой структуре нашей экзистенции. Как говорил М.Восс (1963), человеческая вина состоит из его неспособности реализовать все свои возможности. Так как мы обязаны выбирать, являемся постоянно виноватыми из-за того, что не выбираем. Это только одно из проявлений экзистенциальной вины.

Можно также говорить о неизбежной межличностной и экологической вине.

Мы являемся неизбежно (т.е. экзистенциально) виноватыми перед своими близкими, друзьями и, в целом, перед другими людьми, так как, пытаясь понять их, постоянно искажаем их настоящую сущность, всегда только частично можем понять их, их потребности. Эта вина является неизбежным результатом нашей индивидуальности, уникальности, потому что у нас нет другого выхода, как рассматривать других людей и их потребности через призму своих потребностей. Поэтому невозможна полная эмпатия, идентификация с миром другого человека — даже находясь с другими, мы всегда остаёмся отдельными. Переживание такой вины может стать источником нашего смирения, толерантности по отношению к другим.

Особенно сложным является переживание *экологической вины*. Мы все как люди участвуем в игнорировании естественного природного порядка, в деструктивных попытках приспособить среду к своим потребностям. Другими словами, человек является виноватым, что, будучи частью природного мира, присваивает роль единовластного его хозяина.

Экзистенциальная вина делает нас более чувствительными по отношению к себе и окружающим.

**Существование во времени.** Мы живём во времени, которое не зависит от нас, но вместе с тем и делаем время таким, каким оно является для нас. Обязаны считаться со временем, которое над нами, но в то же время и распоряжаемся временем согласно своему ритму и темпу.

В экзистенциальной психологии имеется в виду другое, чем физическое, "часовое" время. Наше время является субъективным — может расширяться и сокращаться в зависимости от содержания жизни. Иногда секунда может оказаться равной вечности и,

наоборот, вечность может быть продолжительностью в секунду. Например, любовь нельзя измерить количеством месяцев или лет, которые два человека знают друг друга. Здесь намного важнее внутренний смысл событий, который и определяет их протяженность.

**Смысл и бессмысленность.** Нередко возникает вопрос, если мы сами обязаны создавать свой мир, если по существу являемся одинокими, если должны умереть, то какой смысл имеет жизнь, почему живём и обязаны жить? Экзистенциальная терапия, реализуемая, по сути, в духовно-ориентированных реабилитационных общинах, основывается на предпосылке, что независимо от видимого хаоса и абсурда человек может найти смысл в жизни. Насколько дезорганизованной не казалась бы жизнь, а человек не чувствовал бы себя в водовороте противоречий и абсурда, всегда можно найти ясность и порядок, если *a priori* существует вера в осмысленность жизни.

При реализации всех или большинства вышеуказанных факторов в условиях реабилитационного центра наиболее вероятна следующая динамика восстановления пациента и в последующем более вероятное успешное завершение программы с выходом наркологического пациента в состояние устойчивой ремиссии:

- адаптационный этап (до 2-х месяцев):
  - принятие своего заболевания;
  - усиление мотивации на участие в реабилитационном процессе;
  - обретение надежды на выздоровление;
  - начало трансформации ценностно-смысловой сферы;
  - формирование навыков стрессоустойчивости.
- интеграционный этап реабилитации (1—6 мес.):
  - угасание синдрома влечения;
  - формирование навыков межличностного взаимодействия;
  - формирование навыков ответственного поведения;
  - налаживание семейных взаимоотношений;
  - формирование планирования жизненных целей и поддержание активности в их достижении;
- стабилизационный этап реабилитации (6—12 мес.):
  - изменение (трансформация) смысловых ориентаций;
  - формирование новых ценностей;
  - закрепление коммуникативных навыков;
  - формирование навыков планирования будущего;
  - закрепление навыков социальной компетентности;
  - приобретение навыков жизни в открытой реабилитационной среде.

Конечной целью психологической реабилитации является обретение психологического здоровья.

Мы рассматриваем психологическое здоровье в рамках холистического подхода.

*Психологическое здоровье* — это динамическое состояние полноценно функционирующей личности, важным критерием которого является сформированность характеристик самоактуализации, отражающих стремление человека к наиболее полному выявлению и развитию своего личностного потенциала.

Психологическое здоровье обеспечивает самоактуализированное вхождение человека в мир бытия, создание гармонии с окружающим миром (миром природы), миром общения (социальным), собственным миром (субъективным миром самосознания), поиск индивидуального смысла жизни. Основными критериями яв-

ляются: соответствие субъективных образов отражаемым объектам действительности и характера реакций внешним раздражителям, значению жизненных событий, адекватный возрасту уровень зрелости личностных эмоционально-волевой и познавательной сфер, адаптивность в микросоциальных отношениях; способность к самоуправлению поведением, разумному планированию жизненных целей и поддержанию активности в их достижении, к духовному росту, самопознанию и саморазвитию.

Если прошедший реабилитационную программу человек обладает этими навыками, то мы можем говорить о полноценной её реализации и успешном её завершении.