

ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

УДК 159.92

Иванов Д. А.

О ПОЭТАПНОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ  
ПРИ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Эффективная резонансная психотерапия больных с различными формами невротических расстройств возможна при целенаправленном воздействии на соответствующие функции типов информационного метаболизма. Рассматривается роль воздействия на суггестивную (5-ю), активационную (6-ю), интеллектуальную (1-ю), творческую (2-ю) и другие функции на разных этапах лечения пограничной психопатологии. Обнаружена зависимость гипнабельности от ТИМа пациента. Применение методов соционика повышает эффективность как индивидуальной, так и групповой психотерапии, что влияет на сокращение сроков лечения.

*Ключевые слова:* пограничная психопатология, невротические расстройства, соционика, тип информационного метаболизма, психотерапия, функции информационного метаболизма, гипнабельность.

Адекватность и эффективность психотерапевтического воздействия при пограничной психопатологии, особенно при невротических расстройствах, объясняется самой природой и дизадаптационной сущностью этих психогенных расстройств, где личностная ориентированность составляет патогенетическую основу лечения.

Выбор психотерапевтических методов должен осуществляться не желанием врача-психотерапевта, даже с учетом его опыта и клинического уровня, а исходя из личностного склада пациента.

Успех лечения, прежде всего, зависит от совпадения суггестивных приемов с личностными и психофизиологическими особенностями больного. При этом очень важно учесть и то, что внушаемая информация по-разному воспринимается и реализуется в разные периоды болезни. Подчеркивая это мнение, В. Н. Мясичев [5] писал о необходимости индивидуализации, вариации методов психотерапии на разных этапах лечения. Основой психотерапии он считал знание личности, знание ее слабых уязвимых мест и внешних условий, определяющих состояние декомпенсации.

Выявление и оценка соматических эквивалентов невротических расстройств является важным моментом подготовки к системе психотерапевтического лечения. В связи с этим вспоминаются слова известного психотерапевта С. С. Либих [4]: «Врачи склонны психологизировать невроз, больные — соматизировать его».

Обследованные нами больные (331 человек) с различными формами невротических расстройств в процессе лечения получали рациональную психотерапию, при этом осуществлялось целенаправленное воздействие на соответствующие функции типов информационного метаболизма (ТИМ).

Все обследуемые были военнослужащими срочной службы, однородными по полу, возрасту, социально-бытовому и трудонагрузочным условиям.

Анализ клинических наблюдений позволил организовать процесс индивидуальной психотерапии с учетом базовых личностных структур поэтапно. В пределах каждого этапа учитывались соответствующие нюансы воздействия на болезненную личность, использовались различные методы. Эти методы, пересекаясь, дополняли друг друга. Продолжительность каждого этапа зависела от характера, тяжести заболевания и эффекта проводимого лечения.

**Первый этап** заключался в знакомстве и налаживании контакта врача с больным. Пациент-невротик, обратившийся за помощью, обычно с первых минут должен был находиться под активным влиянием врача. В связи с этим целью данного этапа было укрепление

расположения и доверия больного к врачу, в том числе внушение ему уверенности, что врачу под силу данное заболевание.

При этом оказалось целесообразным включение потенциала *пятой* функции (*суггестивной*) в модели психики больного, что способствовало вхождению в более продуктивный терапевтический контакт с больным. На первом этапе было необходимо предоставить пациенту условия пространно выговориться перед врачом, изложив свои жалобы с собственными предположениями о причинах развития заболевания. В большинстве случаев это приносит некоторое облегчение как от самой психологической разгрузки, так и от восприятия повышенного внимания со стороны лечащего врача.

**В процессе следующего этапа** основное усилие направлялось на успокоение больного, уменьшение невротического напряжения путем обучения его критическому отношению к причинам эмоциональной неустойчивости, страхам, тревоге и т. д.

Допуская, что невротизация возникает преимущественно на основе слабых функций личностного регистра: *третьей* (*адаптационной*), *четвёртой* (*мобилизационной*) и, нередко, *седьмой* (*контролирующей*), — весьма важно было успокоить, «защитить» больного именно по этим функциям. Подобные манипуляции давали возможность пациенту поверить в собственные силы в процессе лечения, что усиливалось положительной оценкой личности по *шестой* (*активационной*) функции.

Задача **третьего этапа** лечения — доступное разъяснение больному причин и механизмов развития его заболевания. Здесь было весьма важно, чтобы пациент проявлял активность в последовательном осмыслении начала своего заболевания, четко осознав его психогенный характер. Содержание болезни больным лучше осмысливалось при использовании потенциала *первой* (*интеллектуальной*) функции.

Ориентируясь на возможности *первой* (*интеллектуальной*) и *второй* (*творческой*) функций, на данном этапе также представлялось необходимым стремиться отметить и подчеркнуть сильные положительные стороны больного, тем самым далее укрепляя веру больного в понимание врачом его страдания.

**На четвертом этапе**, рассчитанном на закрепление психотерапевтического воздействия, осуществлялась стабилизация достигнутого успеха путем более глубокого вовлечения больного в процесс самопомощи с использованием аутогенной тренировки как метода «симптоматической психотерапии» [2]. Это достигалось через осмысление больным возможностей личностной самокоррекции. Здесь была целесообразна стимуляция регистра *первой* (*интеллектуальной*) функции.

**На пятом, заключительном, этапе**, необходимо добиваться стойкой установки больного на полное выздоровление. При этом желательно эксплуатировать возможности *второй* (*творческой*) и, отчасти, *восьмой* (*демонстрационной*) функций модели психики личности (рисунок 1).

В рамках индивидуальной психотерапии в большинстве случаев нами применялась гипнотерапия. По мнению И. В. Стрельчука, гипнотический сон легче вызывается путем воздействия через ту сигнальную систему, которая более тормозима у данного больного. Аналогичная закономерность наблюдалась при лечении наших больных: у лиц с тормозимой первой сигнальной системой невербальные компоненты оказались более действующими факторами в процессе внушения (монотонные, ритмические, световые, звуковые, тепловые и другие раздражители).

Такие типы информационного метаболизма (ТИМы), как СЭЭ и СЭИ, с преимущественно тормозимой второй сигнальной системой, более эффективно поддавались гипнотическому воздействию с помощью чистого словесного внушения. Формула внушения программировалась с учётом характерных потенциалов функций в модели психики исследуемых больных.

Лица с ТИМами ЭСЭ и ЭСИ составляли исключение потому, что, будучи, в основном, также второсигнально тормозимыми, чаще оказывались слабогипнабельными. С другой стороны, такие ТИМы, как ЭИИ и ЭИЭ без явного преобладания той или иной сигнальной системы также обнаруживали вербальный эффект.

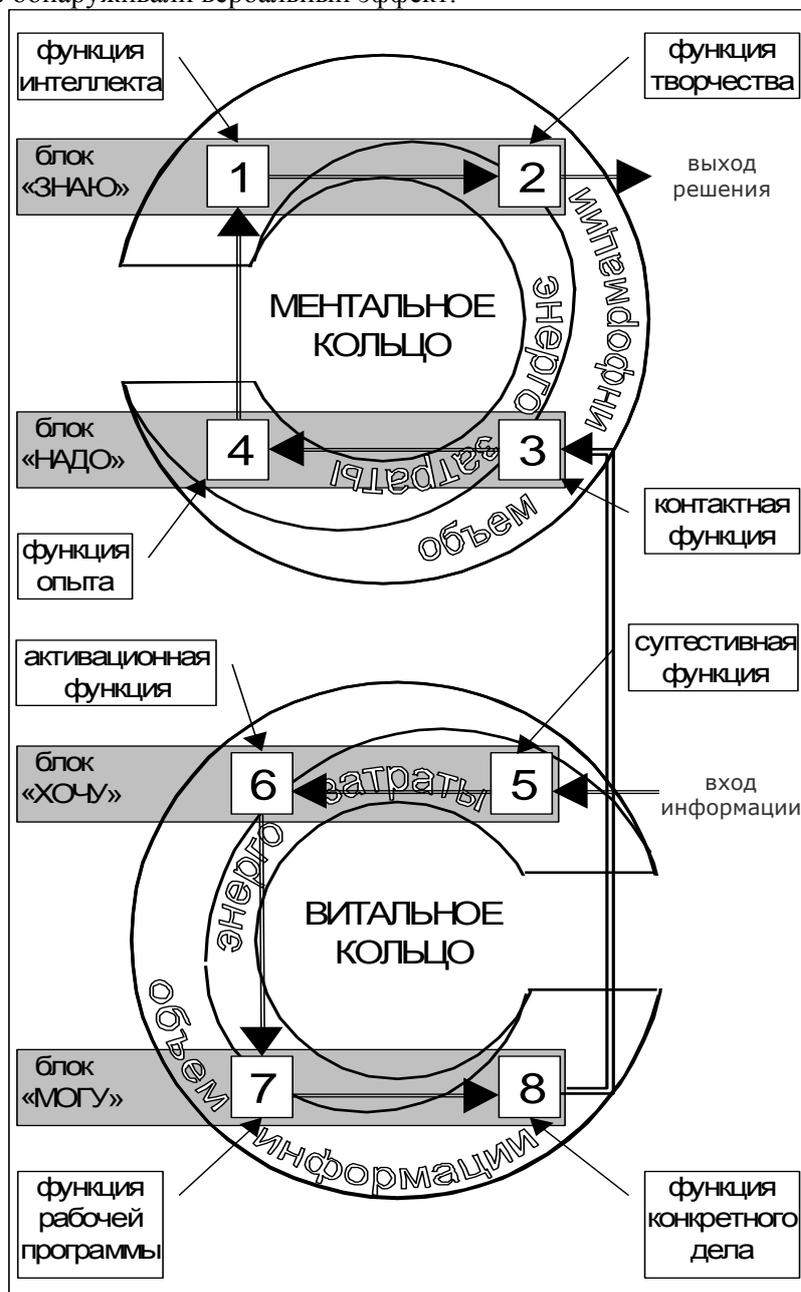


Рис. 1. Схема модели психики человека.

При воздействии на больных с ТИМами ЛИИ и ИЛИ в связи с тормозимостью у них первой сигнальной системы в качестве релаксирующих факторов применялись метроном, блестящий шар, аппарат «электросон», тепловые раздражители в сочетании со словесным внушением (таблица 1).

Полученные данные обрабатывались с помощью статистического метода процентных отношений с использованием критерия t Стьюдента.

Из таблицы видно, что в первой группе (гипнабельные больные) преобладали *интуитивно-этические интроверты* (ИЭИ) — они составили 88,5% (23 чел. из 26 чел.), эти-

ко-интуитивные интроверты — 84,8%, 28 чел. из 33 чел. и этико-интуитивные экстраверты (ЭИЭ), составившие 77,1%, 27 чел. из 35 чел. (проценты исчислялись от общего числа соответствующих ТИМов). Во второй группе (слабогипнабельные больные) количественное преимущество имели этико-сенсорные экстраверты (ЭСЭ) — 92,3%, 24 чел. из 26 чел., этико-сенсорные интроверты (ЭСИ) — 87,0%, 20 чел. из 23 чел. и сенсорно-логические экстраверты (СЛЭ) — 85,7%, 18 чел. из 21 чел. (проценты исчислялись от общего числа соответствующих ТИМов).

**Таблица 1. Распределение больных с невротическими расстройствами по уровню гипнабельности в зависимости от ТИМа.**

ТИМ	Количество больных				Оценка значимости различия, р	Всего, n
	гипнабельных (I группа)		слабогипнабельных (II группа)			
	n	%±ошибка	n	%±ошибка		
ИЛЭ	5	3,2±1,4	6	3,4±1,4	>0,05	11
СЭИ	21	13,5±2,7	4	2,3±1,1	<0,001	25
ЭСЭ	2	1,3±0,9	24	13,7±2,6	<0,001	26
ЛИИ	11	7,1±2,0	18	10,3±2,3	>0,05	29
ЭИЭ	27	17,3±3,0	8	4,6±1,6	<0,001	35
ЛСИ	2	1,3±0,9	14	8,0±2,0	<0,01	16
СЛЭ	3	1,9±1,1	18	10,3±2,3	<0,001	21
ИЭИ	23	14,7±2,8	3	1,7±1,0	<0,001	26
СЭЭ	9	5,8±1,9	6	3,4±1,4	>0,05	15
ИЛИ	5	3,2±1,4	7	4,0±1,5	>0,05	12
ЛИЭ	2	1,3±0,9	16	9,1±2,2	<0,01	18
ЭСИ	3	1,9±1,1	20	11,4±2,4	<0,001	23
ЛСЭ	2	1,3±0,9	15	8,6±2,1	<0,01	17
ЭИИ	28	17,9±3,1	5	2,9±1,3	<0,001	33
ИЭЭ	9	5,8±1,9	4	2,3±1,1	>0,05	13
СЛИ	4	2,5±1,2	7	4,0±1,5	>0,05	11
Всего	156	100%	175	100%		331

Таким образом, наиболее поддающимися гипнотерапии оказались личности с ТИ-Мама ИЭИ и ЭИИ ( $p < 0,001$ ), а наименее поддающимися гипнотическому воздействию оказались обладатели ТИМов ЭСЭ и ЭСИ ( $p < 0,001$ ). По этой причине последние в дальнейшем подвергались наркогипнозу.

Возможность доведения до более глубокой степени гипнотического сна (что в принципе для лечения необязательно) обнаружена у большинства таких ТИМов, как ЭИЭ и СЭИ.

Следует также отметить, что так называемый «отцовский» вариант внушения (твёрдый, императивный) более предпочтительнее для больных-невротиков с ТИМом ЭИЭ, а «материнский» (мягкий, убаюкивающий) — оказался эффективнее в отношении больных с ТИМом ЭИИ.

При необходимости индивидуальная психотерапия в ряде случаев превращалась в коллективную. Н. В. Иванов [3] подчеркивал, что работа больного над собой поддерживается, стимулируется и обогащается влиянием других участников, если оно приобретает для него эмоциональное значение.

При формировании психотерапевтического коллектива мы основывались на теории интертипных отношений А. Аугустинавичюте. Было организовано 24 малые группы, состоящие из 2–3-х человек: с зеркальными отношениями — 11 групп, с отношениями дополнения — 6, активации — 5, тождественными — 2.

В исследуемых коллективах в значительной мере отрицательное психогенное влияние накапливалось депривацией эмоционально-положительно заряженного общения. Иначе говоря, люди, лишенные возможностей иметь близких товарищей, значительно тяжелее переносят психотравмирующую ситуацию. Этот феномен подлежит самостоятельному исследованию.

По мнению А. Аугустинавичюте [1], люди, имея определенным образом односторонне развитую психику, для нормального психосоматического развития остро нуждаются в дополнении недостающих сторон личности в виде партнера, который компенсировал бы их слабые функции своими сильными.

По нашим наблюдениям, больные невротическими расстройствами, особенно возникшими на почве психического инфантилизма, временно сгруппированные с терапевтической целью по принципу наиболее оптимальных взаимоотношений, испытывали по настоящему радость общения.

Каждый друг друга взаимно благоприятно индуцировал и лучше воспринимал и осмысливал вопросы сущности и причины невротических расстройств, значение личностных особенностей в их развитии, роль взаимопомощи в преодолении заболевания. Также больные с удовольствием проявляли совместно тягу к творческим мероприятиям оздоровительного плана. На всём протяжении обследования и лечения эти пациенты активно поддерживали дружеские симпатии.

Психотерапевтическое воздействие на соответствующие функции модели психики на разных этапах лечения больных невротическими расстройствами, психическим инфантилизмом особенно положительно сказывалось на нормализации сна, купировании ощущений тревоги, уменьшении эмоциональной напряженности, оптимизации настроения, после чего больные стали активно интересоваться доступными развлечениями, строить реальные оздоровительные планы на будущее. Всё это совместно с коррекцией некоторых форм поведения, активацией психических ресурсов способствовало улучшению состояния больных, сокращению периода полного восстановления их работоспособности.

Из описанного следует, что учет соционических данных в клинике невротических расстройств дает возможность целенаправленно использовать личностный потенциал больного, рационально индивидуализировать психотерапевтические приемы, умело регулируя их, повысить эффект лечения с ограниченным количеством лекарственных препаратов.

Эффективность использования соционических данных в системе психотерапевтического лечения больных с пограничной психопатологией сказалось и в сокращении сроков лечения.

#### Л и т е р а т у р а :

1. Аугустинавичюте А. О дуальной природе человека // Соционика, ментология и психология личности. — 1996. — №№ 1-3.
2. Воробейчик Я. Н., Литвакова Г. И. Тезисы докладов VII съезда невропатологов и психиатров Украинской ССР. Ч. 2. — Винница, 1984. — С. 45.
3. Иванов Н. В. Основные методики коллективной психотерапии неврозов // Вопросы психотерапии. — М., 1958.
4. Либих С. С. Психотерапия и психология // Руководство по психотерапии. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 60.
5. Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973. — С. 7-20.