

© 1996

Пименова Л.В.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ АСПЕКТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (клинико-психологический анализ)

Описывается соционическая методика психоинформационной терапии больных алкоголизмом с формированием установки на трезвость.

Ключевые слова: соционика, психотерапия, наркология, лечение алкоголизма, установка.

Современные психотерапевтические концепции к важным факторам лечебного воздействия относят информационный обмен между врачом и пациентом. Теория соционики, предложенная А.Аугустинавичюте, позволяет не только приблизиться к пониманию роли информационных факторов в общении, но и использовать их в психотерапевтической практике.

В клинике алкоголизма психотерапия считается основным методом лечения, задачи которого формирование у больных установки на трезвость, преодоление анозогнозии (т.е. не критичного отношения к собственному заболеванию), решение внутри- и межличностных проблем пациентов. В связи с этим имеется немало научных работ, посвященных изучению факторов, влияющих на успешность установления психотерапевтического контакта между врачом и пациентом. Одним из таких общепризнанных и малоизученных факторов является обмен информацией. Клинико-психологический анализ поведения больных во время бесед с психотерапевтом позволил проследить роль информационного обмена в установлении продуктивного контакта. Под информацией в данном случае мы имеем в виду темы бесед.

Наблюдение показало, что для **преодоления первого недоверия и непонимания между пациентом и психологом необходима эффективная положительная оценка качеств больного, затрагивающая его творческую (2-ю) функцию.** Если пациент в ходе проводимой беседы получил информацию, содержащую положительную оценку творческих возможностей, согласно его типу, то он воспринимает врача как человека, который его понимает, и начинает свободно рассказывать о себе. Совершенно противоположный отрицательный эффект происходит, если пытаться положительно оценивать больного, используя особенности информационной структуры адаптивной (4-й) функции типа. Пациент при этом как правило теряется, перестает рассказывать о себе, начинает ждать, что скажет психотерапевт, но при этом плохо воспринимает сказанное.

Одним из сложных вопросов в клинике алкоголизма является лечение эмоциональных расстройств. Сниженное настроение хронического или приступообразного характера — частое явление у пациентов наркологических больниц. Решение этой проблемы психологи оставляли врачам с их богатым арсеналом лекарственных препаратов. Наблюдения показали, что в некоторых случаях имеется возможность воздействовать словом для улучшения эмоционального состояния больного и не интуитивно, вслепую искать те слова, которые нужны расстроенному человеку, а, используя знания модели информационного метаболизма целенаправленно выравнивать эмоциональный фон пациента. Наиболее быстрый эффект дает беседа с больным, которая затрагивает инструктирующую (5-ю) функцию типа. **Если психолог строит общение, используя положительную оценку качеств характера пациента, определяемых 5-й функцией, он получает внимательного слушателя.** Более трудной и более ценной оказывается беседа в форме положительной критики, в форме наставлений, советов и резких требований, затрагивающих 5-ю функцию. Результатом такой беседы является не выполнение советов, а мгновенное улучшение настроения, которое воспринимается больным как совершенно естественное, чего часто не бывает при приеме лекарств. Чем более снижено настроение, тем больше виден эффект словесного воздействия, больные начинают улыбаться, смеяться. Чем меньше снижено настроение, тем меньше выражен эмоциональный подъем. Повышение настроения в первые часы после беседы иногда дает выравнивание эмоционального фона в течение двух дней. Описанные феномены прямо вытекают из теоретических

положений соционики.

Положительная оценка творческой (2-й) функции типа больного часто приводит к тому, что пациент начинает рассказывать о себе. Возможность выговориться перед врачом является необходимым элементом психотерапевтической беседы, и там, где пациент затрудняется это сделать, психолог может помочь ему, взяв за тему беседы то, что близко творческим функциям типа больного. Когда беседа устанавливается, начинается поток жалоб на окружающих и на себя, больной ищет сочувствия у психотерапевта. Но любые советы оказываются лишними, пока больной не выговорит свои обиды. Важно увидеть основные жалобы больного, которые могут быть описаны как нарушение той или иной функции типа. Это, как правило, бывает — постоянное напряжение адаптивной (4-й) функции, несамостоятельность из-за частой критики со стороны окружающих творческой (2-й) функции, неуверенность в себе, порождаемая нехваткой инструктирующей информации (5-я функция), пессимизм, безразличие, вызванное невозможностью изменить тягостную ситуацию (6-й функция). Восьми-элементная модель типа позволяет достаточно точно классифицировать жалобу и исходя из этого строить дальнейшую беседу, опираясь на функции Эго, если нарушены творческая и адаптивная функции, или на функции СуперИд, если больной демонстрирует напряжение по инструктивной и регулятивной функциям типа.

Часто возникают темы, которые поднимают сами пациенты, касающиеся жизненных целей и смысла. Сенсорные жалуются, что они не знают, к чему и для чего стремиться, при этом, однако, в ходе беседы перечисляют, к чему они стремятся и для чего, так что психотерапевту остается повторить уже названные цели и подчеркнуть их как важные и ценные. Интуитивные типы обязательно заговаривают о том, что они не видят смысла в том, как они живут. Даже незначительная информация о смысле всего, что происходит с больным, оказывается для него очень важной и ориентирует его дальнейшую деятельность. Однако нередки и другие случаи, когда сенсорные типы начинают утверждать, что нет никакого смысла в их деятельности, а интуитивные упираются в отсутствие целей. Для психотерапевта это может быть неблагоприятным знаком того, что пациент очень напряжен, не может достаточно расслабиться и довериться психотерапевту. Но тактика бесед должна остаться прежней — **сенсорный тип необходимо ориентировать на цели, интуитивный — на смысл**. Если поддаться эмоциональному напряжению сенсорных и убедить их в существовании смысла, равно как и интуитивных в существовании целей, беседа может превратиться в бесплодную дискуссию, где каждый остается при своем мнении.

На основании вышеназванных наблюдений можно создать предварительную рабочую схему, которая показывает значение информационного фактора в установлении психотерапевтического контакта:

- а) на первом этапе, когда пациент определяет для себя, насколько психотерапевт его понимает, значимой оказывается информация о ценности творческой функции типа больного;
- б) на этапе, когда больному необходимо выговориться, лучше выбрать тему беседы соответственно жалобам, т.е. информировать Эго или СуперИд больного;
- в) когда пациент поднимает вопрос о целях и смысле жизни, не в экзистенциальном их значении, а в обыденном, более эффективно разделение тем: для сенсорных необходима информация о целях, для интуитивных — о смысле.

Конечно, психотерапевтические беседы много сложнее и богаче этой схемы, но такая рабочая классификация позволяет не упускать из внимания три данных пункта, которые во многих случаях позволяют установить продуктивный контакт, что способствует более успешному преодолению анозогнозии и решению внутри- и межличностных проблем больного.

Преодоление анозогнозии (некритическое отношение к заболеванию, отрицание у себя алкоголизма) — одна из основных задач лечения наркологических больных, решение которой осуществляется только психотерапевтическими методами. Наблюдения показывают, что для определенных типов преодоление анозогнозии с использованием традиционной темы бесед «алкоголизм — это болезнь, я болен» неприемлем. Сюда относятся все типы, у кого $\odot 3$ стоит в продуктивных полутактах. Особенно трудно воспринимают информацию об алкоголизме в такой формулировке логико-сенсорные экстраверты и логико-интуитивные экстраверты. Для тех же типов, у кого $\odot 4$ находится в акцепторных полутактах, традиционная формула является желательной и

приемлемой. Попытки формирования установки на трезвость показали правильность теоретических положений соционики: наиболее легко принимается и усваивается информация о необходимости соблюдения трезвости, если она затрагивает инструктирующую функцию типа (5-ю), т.е. должны быть использованы 8 или 16 тем-формулировок для формирования трезвеннической установки, учитывая тип больного:

- (СЛИ), ○■ (СЭИ) — «трезвость — моя скрытая черта характера»;
- △■ (ИЭИ), △■ (ИЛИ) — «трезвость для меня — это свобода и независимость»;
- ▲ (ЛИИ), □● (ЛСИ) — «трезвость дает мне эмоциональное раскрепощение»;
- ▲ (ЭИИ), □● (ЭСИ) — «трезвость — это изобретательность и опыт всей моей жизни»;
- ▲□ (ИЛЭ), ▲□ (ИЭЭ) — «трезвость для меня — здоровое, приятное состояние»;
- △ (ЭИЭ), ■○ (ЭСЭ) — «трезвость — основное правило моей жизни»;
- (СЛЭ), ●□ (СЭЭ) — «трезвость — моя судьба, мое предназначение»;
- (ЛСЭ), ■△ (ЛИЭ) — «трезвость — это мое честное отношение к людям».

Все изложенное — лишь предварительный анализ роли информационного фактора в психокоррекционной работе, некоторые наблюдения могут оказаться недостаточно точными. Требуются подробные научно-прикладные исследования раскрывающие возможности использования в психотерапевтической практике такого фактора как обмен информацией.

Л и т е р а т у р а :

1. Аугустинавичюте А. «Информационно метаболизм моделис» в журн. «Моклас ир техника». — Вильнюс, 1980, _ 4.
2. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. — Л., 1986.