

© 1998

Иванов Д. А.

**О ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ И АКТИВАЦИИ
СООТВЕТСТВУЮЩИХ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ
В ПРОЦЕССЕ ПОЭТАПНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ**

Эффективная резонансная психотерапия больных с различными формами неврозов возможна при целенаправленном воздействии на соответствующие функции соционических 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 соционического типа пациента. Применение методов соционики повышает эффективность как индивидуальной, так и групповой психотерапии, и сокращает сроки лечения.

Ключевые слова: пограничная психопатология, невроз, соционика, тип информационного метаболизма, психотерапия, функции информационного метаболизма, гипнабельность, сокращение сроков лечения.

Адекватность и эффективность психотерапевтического воздействия при пограничной психопатологии, особенно при неврозах, объясняется самой природой и дисадаптационной 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, В. Н. Мясичев [5] писал о необходимости индивидуализации, вариации методов психотерапии на разных этапах лечения, он считал основой психотерапии знание личности, её отношений, её слабых уязвимых мест, определяющих для неё к моменту декомпенсации сторону внешних условий. Выявление и оценка соматических эквивалентов невроза 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».

Обследованным нами 94 больным с различными формами неврозов в процессе лечения проводилась рациональная психотерапия, при этом осуществлялось целенаправленное воздействие на соответствующие функции типов информационного метаболизма (ТИМ).

В силу определенных условий обследуемые были однородными по полу, социально-бытовым условиям и возрасту.

Анализ клинических наблюдений позволил процесс индивидуальной психотерапии организовать с учетом базовых личностных структур в нескольких последовательных этапах, каждому из которых подбирались соответствующие методы воздействия на болезненную личность. Эти методы, будучи разными, нередко перекрывались, дополняя 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 являлось укрепление расположения и доверия больного к врачу, в том числе вселение ему уверенности, что врачу под силу данное заболевание. При этом целесообразно включение потенциала пятой функции (*суггестивной*) в модели психики больного. Тут же возможно вхождение в более продуктивный терапевтический контакт с больным. Здесь необходимо предоставить ему

условия пространно выговориться перед врачом, изложив свои жалобы с собственными предположениями о причинах развития заболевания, что нередко приносит некоторое облегчение как от самой психологической разгрузки, так и от восприятия повышенного внимания со стороны лечащего врача.

На следующем этапе основное усилие прилагалось на успокоение больного, уменьшение невротического напряжения путем обучения его критическому отношению к причинам эмоциональной неустойчивости, страхам, тревоге и т. д.

При всем этом, допуская, что невротизация возникает преимущественно на основе слабых функций личностного регистра (*третьей — адаптационной, четвертой — мобилизационной* и, нередко, *седьмой — контролирующей*), необходимо, влияя именно на эти функции, успокоить, «защитить» больного, тем самым дав ему возможность в процессе лечения поверить в собственные силы, что усиливается положительной оценкой личности по *шестой (активационной)* функции.

Задача третьего этапа лечения — доступное разъяснение больному причин и механизмов развития его заболевания. Важно, чтобы пациент проявлял активность в последовательном и осознанном восприятии начала своего заболевания, четко выявлял 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 необходимо стремиться находить и отмечать сильные положительные качества больного, тем самым дальше укрепляя веру 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, использования метод аутогенной тренировки как метода «симптоматической психотерапии» [2] через осмысление им возможностей личностной самокоррекции. При этом целесообразна стимуляция регистра *первой (интеллектуальной)* функции.

В пятом, заключительном этапе, необходимо добиться установки на полное выздоровление. Здесь эксплуатировались возможности *второй (творческой)* и, отчасти, *восьмой (демонстрационной)* функций модели психики личности.

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 второй сигнальной системой невербальные компоненты оказались более действующими факторами в процессе внушения (монотонные, ритмические, световые, звуковые, тепловые и другие раздражители).

Такие типы информационного метаболизма (ТИМ), как ●◻ (СЭЭ), ◻◻ (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 ТИМ ◻● (ЭСИ) и ◻○ (ЭСЭ) составляли исключение потому, что, будучи, в основном, также второсигнально тормозимыми, чаще оказывались слабогипнабельными. С другой стороны, такие ТИМ, как ◻△ (ЭИЭ), ◻▲ (ЭИИ) без явного преобладания той или иной сигнальной системы также обнаруживали вербальный эффект (см. табл.).

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

Из таблицы видно, что наиболее трудно поддающимися гипнотическому воздействию оказались лица с ТИМ ◻▲ (ЛИИ), ◻● (ЭСИ) ($p < 0,05$), из-за чего они в дальнейшем подвергались наркогипнозу. А наиболее поддающимися гипнотерапии оказались ТИМ ◻▲ (ЭИИ), ◻△ (ЭИЭ) ($p < 0,05$). Возможность доведения до более глубокой степени гипнотического сна (что в принципе для лечения необязательно) обнаружена у большинства таких ТИМ как ◻△ (ЭИЭ), ●◻ (СЭЭ).

Следует также отметить, что так называемый «отцовский» вариант внушения (твердый, императивный) был более эффективен в отношении больных-невротиков с ТИМ $\blacksquare\Delta$ (ЭИЭ), а «материнский» (мягкий, убаюкивающий) — для больных с ТИМ $\square\blacktriangle$ (ЭИИ).

Такие ТИМ как $\blacktriangle\square$ (ИЛЭ), $\square\bullet$ (ЛСИ), $\bullet\square$ (СЛЭ), $\blacksquare\Delta$ (ЛИЭ), $\blacksquare\circ$ (ЛСЭ), $\circ\blacksquare$ (СЛИ) среди данных обследуемых больных не встречались.

Табл. Распределение больных с невротическими расстройствами по гипнабельности в зависимости от ТИМ

ТИМ	Число больных		Всего
	гипнабельные	слабогипнабельные	
$\blacktriangle\square$ (ИЛЭ)	0	0	0
$\circ\blacksquare$ (СЭИ)	9	3	12
$\blacksquare\circ$ (ЭСЭ)	1	4	5
$\square\blacktriangle$ (ЛИИ)	0	7*	7
$\blacksquare\Delta$ (ЭИЭ)	11*	2	13
$\square\bullet$ (ЛСИ)	0	0	0
$\bullet\square$ (СЛЭ)	0	0	0
$\Delta\blacksquare$ (ИЭИ)	1	1	2
$\bullet\square$ (СЭЭ)	4	2	6
$\Delta\blacksquare$ (ИЛИ)	0	1	1
$\blacksquare\Delta$ (ЛИЭ)	0	0	0
$\square\bullet$ (ЭСИ)	0	6*	6
$\blacksquare\circ$ (ЛСЭ)	0	0	0
$\square\blacktriangle$ (ЭИИ)	13*	3	16
$\blacktriangle\square$ (ИЭЭ)	1	2	3
$\circ\blacksquare$ (СЛИ)	0	0	0
Всего	40	31	71

Статистическая обработка осуществлялась с применением критериев знаков.

Показатели, отмеченные звездочкой, достоверно отличались от таковых соседней группы (при $p < 0,05$)

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 интертпных отношений А. Аугустинавичюте. Было организовано 24 малые группы, состоящие из 2–3 человек: с *зеркальными* отношениями — 11 групп, с отношениями *дополнения* — 6, *активации* — 5, *тождественными* — 2.

В исследуемом коллективе в целом в значительной мере отрицательное психогенное влияние накапливалось депривацией эмоционально положительно заряженного общения. Иначе говоря, люди, лишённые 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 его слабые функции своими сильными.

По нашим наблюдениям, больные неврозом, особенно возникшем 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 неврозов, значение личностных особенностей в их развитии, роль взаимопомощи в преодолении заболевания, они также с удовольствием совместно проявляли тягу к творческим мероприятиям оздоровительного плана. На всём протяжении обследования и лечения данные пациенты активно поддерживали дружеские симпатии.

Психотерапевтическое воздействие на соответствующие функции модели психики на разных этапах лечения больных неврозом, психическим инфантилизмом особенно положительно сказывалось на нормализации сна, купировании чувств 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, сократило период полного восстановления их работоспособности.

Из описанного следует, что учет соционических данных в клинике неврозов дает возможность целенаправленно использовать личностный потенциал больного, рационально индивидуализировать, варьировать 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 также в сокращении сроков лечения.

Л и т е р а т у р а :

1. *Аугустинавичюте А.* О дуальной природе человека. — К., МИС. 1997.
2. *Воробейчик Я. Н., Литвакова Г. И.* Тезисы докладов VII съезда невропатологов и психиатров Украинской ССР, часть 2. — Винница. 1984. — С. 45.
3. *Иванов Н. В.* Основные методики коллективной психотерапии неврозов. // В сб.: Вопросы психотерапии. — М., 1958.
4. *Либих С. С.* Психотерапия и психология. // В кн.: Руководство по психотерапии. — Ташкент, «Медицина», УзССР, 1985. — С. 60.
5. *Мясищев В. Н.* Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. // В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973. — С. 7–20.