Автор: admin
02.07.2010 11:09 -

Л. В. Пименова,
городской наркологический диспансер, Ленинград (1990).
Опубликовано: "Соционика" (информационный бюллетень), Киев – Новосибирск, 1990, 1, с. 43 – 45;
повторно: «Соционика, ментология и психология личности», 1996, 1, с. 66-68;
повторно: "Психология и соционика межличностных отношений", 2004, 6.

Современные психотерапевтические концепции к важным факторам лечебного воздействия относят информационный обмен между врачом и пациентом. Теория, предложенная Аугустинавичюте, позволяет приблизиться не только 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 аноэогнозии (т.е. некритичного отношения к собственному заболеванию), решение внутренних и межличностных проблем пациентов.

Наблюдение показало, что для преодоления первого недоверия и непонимания между пациентом и психологом является эффективной положительная оценка качеств больного, затрагивающая его творческую функцию – Ф2. Пациент воспринимает врача как человека, который его понимает и начинает свободно рассказывать о себе. Совершенно противоположный эффект наступает, если пытаться положительно оценивать больного, используя особенности информационной структуры Ф4, т.е. адаптивной функции типа Пациент, как правило, теряется, перестает рассказывать о себе, начинает ждать, что скажет психотерапевт, но при этом он плохо воспринимает сказанное

Сниженное настроение хронического или приступообразного характера – чаете явление у пациентов наркологических больниц. Для его снятия наиболее быстрый эффект дает беседа, затрагивающая инструктивную функцию типа (Ф5). Построение общения с использованием положительной оценки качеств характера пациента, функцией Ф5 повышает внимание слушателя. Более трудной и более ценной оказывается беседа в форме положительной критики, в форме наставлений, советов и резких требований, затрагивающих Ф5. Результатом такой беседы является не выполнение советов, а мгновенное улучшение настроения, воспринимаемое больным как совершенно естественное, чего часто не бывает при приеме лекарств. Больные начинают улыбаться, смеяться, такое выравнивание эмоционального фона может сохраняться до двух дней.

Положительная оценка творческой функции Ф2 больного часто побуждает пациента рассказывать о себе Возможность выговориться перед врачом является необходимым элементом психотерапевтической беседы и там, где пациент затрудняется это сделать, ему можно помочь, затрагивая темы, близкие к Ф2 больного.

Когда беседа устанавливается, начинается поток жалоб на окружающих и на себя, больной ищет сочувствия у психолога. Но любые советы оказываются лишними, пока пациент не выговорит вес свои обиды важно увидеть основные жалобы, которые могут быть описаны как нарушения той или иной функции типа.

Как правило, это бывает постоянное напряжение адаптивной функции Ф4. Несамостоятельность (из-за частой критики со стороны окружающих) творческой функции Ф2, неуверенность в себе, порождаемая недостатком инструктирующей информации Ф5, пессимизм, безразличие (вызванное невозможностью изменить тягостную ситуацию по Ф6).

Восьмиэлементная модель типа позволяет достаточно точно классифицировать жалобу исходя из этого, строить дальнейшую беседу, опираясь на полутакты 'эго' (Ф1-Ф2) – если нарушены, творческая и адаптивные функции, или полутакты 'суперид' (Ф5-Ф6) – если больной демонстрирует напряжение по инструктивной Ф5 и регулятивной Ф6 функциям типов.

Часто возникают темы (которые подымают сами пациенты), касающиеся жизненных целей и смысла. Сенсорики жалуются, что они не знают к чему и для чего стремится, при этом, однако, перечисляют в беседе свои цели и стремления, так что психологу остается лишь 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 знак, что пациент очень напряжен и не может достаточно расслабиться для доверительной беседы. Но тактика должна оставаться прежней – сенсорный тип следует ориентировать на цели, интуитивный – на смысл.

Изложенное дает возможность создать рабочую схему, показывающую значение информационного фактора в настройке психологического контакта

а) на первом этапе, когда пациент определяет, насколько психотерапевт его понимает, значимой оказывается информация о ценности творческой функции больного (Ф2);

б) на этапе, когда больному надо выговориться, лучше выбрать тему беседы соответственно жалобам, те информировать "эго" или "суперид" больного;

в) когда пациент поднимает вопрос о целях и смысле жизни (не в экзистенциальном, а в обыденном их значении), более эффективно разделение тем: сенсорным – о целях, интуитивным – о смысле жизни.

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

Преодоление аноэогнозии (некритического отношения к заболеванию, отрицание у себя алкоголизма) – одна из основных задач лечения наркологических больных, решение которой осуществляется только психотерапевтическими методами. Наблюдения показывают, что для определённых типов преодоление аноэогнозии с использованием традиционной темы – "алкоголизм – это болезнь, я болен" неприемлем. Сюда относятся все типы, у которых белая сенсорика стоит в продуктивных (четных) полутактах. Особенно трудно воспринимают информацию об алкоголизме в такой формулировке логико-сенсорные экстраверты (ЛСЭ) и логико-интуитивные интроверты (ЛИИ).

Для тех же типов, у которых белая сенсорика находится в акцептных 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 инструктивную функцию типа Ф5. С учетом этого, для формирования установки на трезвость могут быть рекомендованы 8 тем-формулировок, в зависимости от типа больного.

СЛИ, СЭИ – "трезвость – моя скрытая черта характера".

ИЛИ, ИЭИ – "трезвость для меня – это свобода и независимость".

ЛИИ, ЛСИ – "трезвость дает мне эмоциональное раскрепощение".

ЭИИ, ЭСИ – "трезвость – это изобретательность и опыт моей жизни".

ИЛЭ, ИЭЭ – "трезвость для меня здоровое приятное состояние'

ЭИЭ, ЭСЭ – "трезвость – основное правило моей жизни'

СЛЭ, СЭЭ – "трезвость – моя судьба, моё предназначение".

ЛИЭ, ЛСЭ – "трезвость – это моё честное отношение к людям".

Изложенное – лишь предварительный анализ имеющейся практики использования информационного фактора в психокоррекционной работе и требует более подробных научно-прикладных исследований.