

ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОЦИОНИКИ В РАБОТЕ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ, И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Описывается использование методов соционики в наркологическом лечении.

Ключевые слова: психотерапия, соционика, лечение алкоголизма.

В системе лечения больных алкоголизмом психотерапия обоснованно занимает ведущее место. Она представляет собой «сложную задачу переориентации человека, зависимого от алкоголя, на новый жизненный стиль, другие пути развития личности, перестройки системы отношений, системы жизненных ценностей, мотивов деятельности и т.д.». При проведении психотерапии нужно оказать такое влияние на личность больного, чтобы изменить в ней те реакции, которые способствуют возникновению и закреплению болезненных проявлений. Под влиянием здесь понимается любое воздействие на больного через его эмоциональные реакции, используя интеллектуальные возможности и условнорефлекторные связи с перво- и второ-сигнальным значением. Чтобы осуществить это воздействие, необходимо иметь максимум сведений о личности больного, что предъявляет повышенные требования к психодиагностическим процедурам.

Одним из наиболее эффективных структурных подразделений наркологической службы является дневной стационар при промышленном предприятии. Он предназначен для лечебно-диагностической работы, социальной реабилитации больных алкоголизмом. Всех больных, поступающих в стационар, условно можно разделить на три категории:

- А. Больные, осознающие факт пагубной привычки организма, но не способные самостоятельно справиться с алкогольной зависимостью.
- Б. Больные, которые поступили на лечение под давлением семьи, общественности, по рекомендации врачей и специальному направлению.
- В. Больные, для которых пребывание в наркоотделении предпочтительнее, чем в лечебно-трудовом профилактории (ЛТП). Сюда входят больные с выраженной деградацией личности. Твердая установка на лечение у них отсутствует.

Несмотря на различие мотивов поступления в стационар, в образе жизни больных, в степени выраженности и особенностях отрицательных последствий алкоголизма, в одном они почти всегда похожи - больные не считают, что они больны алкоголизмом. Эта неспособность больного признать себя больным (анозогнозия) связана с функционированием своеобразных механизмов психологической защиты. У наших пациентов формируется целая система доводов, объясняющих и оправдывающих их патологическую потребность в алкоголе. Они теряют способность критически анализировать свое прошлое и не могут найти в этом прошлом главную причину, создающую трудноразрешимые жизненные проблемы, - их алкоголизм. Поэтому, все социальные конфликты, являющиеся следствием алкоголизации, объясняются больными совершенно другими причинами, в которые они не только безоговорочно верят сами, но и настойчиво пытаются убедить окружающих.

Отсюда понятно, почему наряду с традиционными методами лечения алкоголизма основной упор делается на психотерапевтическую и психокоррекционную работу с больными, целью которой является преодоление анозогнозии. Пока эта задача не будет решена, больные будут воспринимать врача-нарколога как представителя администрации наркологического отделения и занимать в общении с ним формально-соглашательскую (в лучшем случае) позицию без внутренней перестройки алкогольных установок.

Таким образом, параллельно с врачом-наркологом, психолог, работающий в наркологическом отделении, проводит соответствующую психокоррекционную работу, также направленную на преодоление анозогнозии и формирование адекватного отношения больных к лечебному процессу и режиму в стационаре.

В связи с этим, для психолога особое значение приобретает задача психодиагностики, которая

становится необходимым элементом практически во всем комплексе реабилитационных мероприятий.

Во-первых, при проведении индивидуальной психокоррекционной работы с тем или иным больным нужно хотя бы приблизительно знать его личностные особенности, чтобы выбрать оптимальную форму психотерапевтического воздействия на него.

Во-вторых, при комплектовании психотерапевтической группы необходимо (наряду с информацией о личности каждого больного - члена будущей группы) учитывать также особенности межличностных взаимоотношений больных, так как психологический климат в группе прямо влияет на ее функционирование.

И, наконец, в-третьих, не секрет, что так называемая «лечебная среда» в наркологическом учреждении существенно влияет на отношение больных к реабилитационным мероприятиям и медицинскому персоналу. В связи с этим, целесообразно комплектовать больных по палатам с учетом, опять же, их психологической совместимости. Предъявляется также ряд требований к медперсоналу, так как благоприятный психологический климат в коллективе медработников стационара - залог уважительного отношения к ним со стороны больных.

Между тем, ни одна из современных типологий личности не позволяет в полной мере решать эти задачи. В связи с этим, определенные надежды мы возлагаем на соционику, поскольку она, в отличие от классических типологий, позволяет:

- выбрать определенную форму психотерапевтического воздействия на индивида, исходя из особенностей конкретного типа его информационного метаболизма (ИМ);
- установить особенности межличностных взаимоотношений типов ИМ. С помощью же ранее существовавших психологических методик можно либо выявить личностные особенности больного (разного рода личностные опросники дают такую возможность), либо установить характер межличностных взаимоотношений (с помощью социометрической процедуры). Соционика решает обе эти задачи одновременно.

Процедура определения конкретного типа ИМ с помощью теста Изабеллы Майерс-Бриггс отличается крайней простотой и не требует специальной обработки, что немаловажно в условиях дефицита времени.

Вместе с тем, при работе с наркологическими больными встречаются определенные трудности как общего, так и специфического характера. К общим трудностям можно отнести функционирование такого психологического механизма как интроекция - приписывание себе качеств других людей. Человек часто приписывает себе черты характера, свойственные другому типу ИМ (чаще - дуалу), что приводит к неверному определению типа.

К специфическим трудностям относятся различного рода защитные реакции. Ряд больных (особенно это свойственно группе В) настороженно относится к лечебным процедурам, включая процедуру тестирования, что также приводит к искажению результатов. Интеллектуальная сниженность некоторых больных приводит к тому, что они часто не понимают значения таких терминов как «коммуникабельность», «рутинный», «дисгармоническая обстановка» и т.п. Наконец, следует заметить, что тест Изабеллы Майерс-Бриггс предназначен для работников умственного труда (программистов), работа же наших больных носит преимущественно физический характер, поэтому некоторые пункты опросника больными попросту опускаются.

В результате при попытке определить выраженность той или иной функции оценки распределяются поровну. В первую очередь это касается первичных функций - «сенсорика-интуиция» и «логика-этика». Реже нет достаточно значимого превалирования оценок по функциям «экстраверсия-интроверсия» и «рациональность-иррациональность».

Кроме того, в первые 10-14 дней пребывания в стационаре у ряда больных наблюдаются различные невротические реакции, аффективные расстройства, что также способствует своеобразному «расщеплению» той или иной, а иногда и двух и даже трех пар функций. В этом случае целесообразно повторить процедуру тестирования спустя некоторое время.

Если же после того, как психическое состояние больных нормализуется, у них по-прежнему наблюдается неясность выраженности той или иной функции, им предлагается набор высказываний с просьбой отобрать те, которые наиболее им подходят.