

ческой сфер ограничивается. Именно интеграция групповой динамики, «заточенной» под цели и задачи патогенетической психотерапии, выравнивали этот дисбаланс, повышая тем самым (среди прочих лечебных факторов, привносимых групповой психотерапией) эффективность системы, которая преобразовывалась теперь в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию.

3. Сама же индивидуальная форма оставалась недостаточно разработанной в техническом отношении, уступая современным западным технологиям. Создатели патогенетической психотерапии (В.Н. Мясищев, Е.К. Яковлева, Р.А. Зачепицкий, Б.Д. Карвасарский) подчеркивали, что процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности. Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не ограничивается когнитивной сферой (не сводится к так называемому «интеллектуальному осознанию»). Для подлинного понимания психологических механизмов болезни интеллектуальное осознание должно дополняться осознанием эмоциональным.

4. Аналитико-катартическая терапия методологически основываясь на теории психологии отношений В.Н. Мясищева, в методическом плане, преломляя концепции «педагогического взрыва» А.С. Макаренко и «незавершенных действий» Б.В. Зейгарник, преобразует разговорный метод («беседы-дискуссии») патогенетической психотерапии в диалогический, предлагая технику, в которой ассимилированы приемы психодрамы, гештальт-терапии, подхода К. Роджерса, в основе которых заключены механизмы «катарсиса».

5. Основная техника АКТА (наряду с беседой терапевта с пациентом) – это разговор пациента с самим собою («диалог-встреча») при активном участии психотерапевта, который обеспечивает эмоциональную поддержку и конфронтацию сопротивлению. Этот диалог приводит в движение ряд связанных воедино механизмов лечебного действия – абреакцию (эмоциональную разрядку), кларификацию (прояснение), «ага-переживание» (завершение незавершенных ситуаций), приводящих к катарсису. Под катарсисом понимается «взрыв» внутри личности индивида, вызванный обострением и столкновением ее противоречивых тенденций и ведущий к реорганизации отношений.

6. Обострение внутреннего конфликта – необходимое условие для создания «критической массы» и последующего «взрыва». Одной аналитической работы недостаточно, если инсайт и возникает, то он рассматривается как «неполный» – подлинного катарсиса, который ведет к личностным изменениям, не происходит. Проработка конфликта должна быть эмоционально насыщенной, энергетически заряженной: эмоции несут в себе энергетический заряд, необходимый для «взрыва».

Обострение конфликта осуществляется с помощью актуализации конфликтной ситуации – ее воспроизведением, проигрыванием в ситуации «здесь и сейчас», с этой целью используются методы монодрамы – монологи и диалоги. Осознанию конфликта способствует применение психотерапевтом конфронтационных приемов, которые служат толчком для «взрыва». Непременным условием катарсиса является предварительный период размышления («размышление предшествует катарсису»), рефлексии, самоанализа, сосредоточения пациента на своей проблеме в поисках ее решения – этап «созревания» пациента, его подготовка к «взрыву». Вся цепочка психотерапевтического процесса («процесса познания себя») включает в себя следующие звенья: размышления – обострение внутреннего конфликта путем актуализации его «здесь и сейчас» – преодоление сопротивления с помощью конфронтации – катарсис, сопровождающийся структурными личностными изменениями.

Литература.

Александров А. А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. Учебное пособие. СПб, СпецЛит, 2014.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Андруша А.Б.

*Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общей практики семейной медицины и внутренних болезней,
г. Харьков, Украина*

Цель исследования – сравнить изменения психологического компонента здоровья пациентов с органической (хронический колит – ХК) и функциональной (синдром раздраженного кишечника – СРК) патологией кишечника, осложненной остеохондрозом позвоночника (ОХ). Обследовано 67 пациентов с хронической патологией кишечника (у 34 больных имел место СРК) на фоне ОХ.

Материалы и методы. Психосоматические изменения у пациентов оценивали с помощью общего опросника Medical Outcomes Study 36-Item (Mos SF-36), где физический компонент здоровья отражают шкалы с 1 по 4, а психологический компонент – с 5 по 8. Для оценки выраженности гастроэнтерологической симптоматики и качества жизни использовалась русская версия специального опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRs).

Результаты. Суммарный балл по шкале суммарного определения опросника GSRS был $2,51 \pm 0,31$ и $2,5 \pm 0,34$ соответственно у пациентов с СРК и ХК на фоне ОХ. Психологический компонент здоровья был значительно ниже по соответствующим шкалам у пациентов с СРК и ОХ по сравнению с ХК и ОХ ($p < 0,05$), низкие значения также выявлены по шкалам ролевого физического и социального функционирования, что указывает на ограничения повседневной деятельности больного клиническими проявлениями СРК, влияющими также на эмоциональное состояние. В группе больных СРК и ОХ низкий балл по шкале «ролевое эмоциональное функционирование» ($33,3 \pm 4,8$ балла) обусловлен как частотой и выраженностью симптомов, так и негативной эмоциональной окраской, которую они вызывают. Значение физического компонента здоровья по шкалам физического функционирования и интенсивности боли у больных СРК на фоне ОХ и пациентов с ХК в сочетании с ОХ не отличались ($p > 0,1$). В то время как достоверно ухудшалось качество жизни у больных СРК в сочетании с ОХ по шкалам общее здоровье и ролевое физическое функционирование ($p < 0,05$).

Выводы. У обследованных пациентов выявляется значительное изменение основных показателей по всем шкалам как неспецифического опросника SF-36, так и специфического для патологии желудочно-кишечного тракта опросника GSRS, что указывает на «вклад» как ХК, СРК, так и ОХ на психологический компонент здоровья больных. Сочетание болезней кишечника и ОХ ограничивает социальные контакты, снижает уровень общения, увеличивает тревожные переживания и уровень депрессии. Ухудшение компонентов психологического здоровья более выражено в группе больных с СРК и ОХ, чем у пациентов с ХК и ОХ.

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ, КАК ФАКТОРА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Анкин А.Н.

*ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный университет»,
кафедра специальной и клинической психологии, г. Челябинск*

Актуальность исследования обусловлена снижением нервно-психической устойчивости населения в связи с глубокими социальными, политическими, экономическими, культурными преобразованиями в стране и в мире. Я. Рейковский определяет нервно-психическую устойчи-

вость как способность эмоционально возбужденного человека сохранять определенную направленность своих действий, адекватное функционирование и контроль над выражением эмоций [4]. Оптимальный уровень нервно-психической устойчивости связан с возможностью вероятностного прогнозирования, способностью предвосхищать ход и результаты событий, поведение свое и других людей, то есть с антиципационной состоятельностью.

Под антиципационной состоятельностью понимается способность личности с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них, действовать с временно-пространственным упреждением [2].

Способность к антиципации является необходимым элементом регуляции деятельности, поведения и эмоциональных состояний человека и целом участвуют в процессах адаптации личности к меняющимся условиям среды. Согласно антиципационной концепции неврозогенеза В.Д. Менделевича, нарушения прогностической способности относятся к числу ведущих факторов в этиологии неврозов [2].

Ряд данных свидетельствуют о взаимосвязи актуального эмоционального состояния и стратегии прогностической деятельности в ситуациях неопределенности. Так, повышение эмоционального напряжения часто приводит к доминированию стратегии максимизации, а его снижение – к стратегии вероятностного безразличия [1]. По данным В.Г. Рагозинской, снижение антиципационных способностей индивида лежит в основе формирования у него устойчивой склонности реагировать эмоционально-негативными состояниями (тревожностью, депрессией, гневом и т.п.), в том числе в тех ситуациях, которые не несут объективной угрозы его жизни, здоровью и социальному благополучию. Повторяемость эмоционально-негативных состояний и сопровождающее их хроническое гиперторможение вегетативной нервной системы являются одним из факторов психосоматических расстройств [3].

Таким образом, данные современных исследований свидетельствуют о важной роли антиципационной состоятельности индивида в обеспечении его нервно-психической устойчивости. Вместе с тем, особенности антиципационной состоятельности здоровой личности, как фактора ее нервно-психической устойчивости, изучены недостаточно.

Цель исследования – изучить половозрастные особенности антиципационной состоятельности, как фактора нервно-психической устойчивости.

Группы испытуемых и методы. В исследовании приняли участие 15 лиц пожилого возраста (от 62 до 72 лет), не имеющих психических нарушений и выраженного когнитивно-мнестического сниже-