

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА  
ИНДЕКСА ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ

Пособие для психологов и врачей

Санкт-Петербург  
2005

Авторы: Л.И.Вассерман, О.Ф.Ерышев, Е.Б.Клубова, Н.Н.Петрова, И.Г.Беспалько, М.А.Беребин, М.И.Савельева, Л.М.Таукенова, А.В.Штрахова, Т.А.Аристова, И.М.Осадчий.

Научный редактор: д.м.н., профессор Л.И.Вассерман

Пособие обосновывает необходимость исследования индекса жизненного стиля (ИЖС) - механизмов психологической защиты в различных областях медико-психологической и психотерапевтической практики. Раскрывается история и теория вопроса изучения защитных механизмов личности, концептуальные подходы к конструированию методики ИЖС. Приведен адаптированный специализированный опросник и диагностические правила на основе отечественных нормативных данных. Анализируется опыт применения методики ИЖС на большом материале исследования больных с различными формами нервно-психической, психосоматической и соматопсихической патологией в соотношении с хорошо апробированной методикой «Тип отношений к болезни».

Предназначено для врачей-психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов, а также преподавателей соответствующих кафедр ВУЗов, институтов усовершенствования врачей и факультетов психологии университетов.

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

## ВВЕДЕНИЕ

Необходимость совершенствования здравоохранения в период сложных социально-экономических перемен в нашей стране привлекает особое внимание к тем научным дисциплинам, объектом которых является человек. Среда них ведущее место занимает медицинская психология, которая рассматривается как фундаментальная основа для гуманизации клинической медицины, привнесения личностного подхода в лечебно-диагностический процесс, организацию психопрофилактических и психогигиенических мероприятий. В силу этих обстоятельств медицинская психология в настоящее время становится общемедицинской дисциплиной, социально необходимой и значимой областью профессиональной деятельности психологов в различных областях медицинской практики для удовлетворения потребностей различных слоев населения в квалифицированной психологической, психотерапевтической, консультативной и социальной помощи.

Одной из наиболее важных областей совместной деятельности психологов, психотерапевтов, психиатров, врачей других специальностей является диагностика, квалификация и коррекция пограничных нервно-психических и психосоматических нарушений, состояний психической дезадаптации и социально-стрессовых расстройств, а также саморазрушающего поведения и личностных реакций на эмоционально-напряженную профессиональную деятельность.

В особенности остро встает вопрос об исследовании факторов риска указанных расстройств и состояний, выявлении донозологических (предболезненных) форм с целью первичной профилактики, учитывая многообразие причин снижения качества жизни людей.

Следует отметить, что неумение самостоятельно разрешать кризисные ситуации, внутриличностные и семейные конфликты также нередко приводит психически здоровых людей к парциальной психической дезадаптации, которая проявляется в субклинических формах, чаще в виде невротоподобных расстройств с полиморфной слабовыраженной симптоматикой, которая, по данным Ю.А.Александровского (1992), встречается в 57%. Диагностика упомянутых состояний вызывает подчас существенные трудности, особенно у врачей общего профиля, а этиопатогенез остается невыясненным.

Психическая дезадаптация под влиянием социальной фрустрированности или социально-стрессовых расстройств (Александровский Ю.А., 1992) может с высокой вероятностью привести не только к невротическим или психосоматическим расстройствам с клинически очерченной симптоматикой (тревожными, депрессивными,

астеническими и т.п. проявлениями), но и к дестабилизации ремиссий при психической патологии.

Современное понимание этиопатогенеза нарушений психической адаптации на основе системной биопсихосоциальной модели (Березин Ф.Б., 1988; Березин М.А., Вассерман Л.И., 1994; Вассерман Л.И., Березин М.А., 1997) предполагает адекватное использование методов психологической диагностики скрытых эмоциональных нарушений, доминирующих социально-фрустрирующих факторов и межличностных конфликтов, индивидуальных механизмов переработки стресса и психологической защиты, которые в специальной литературе обозначаются понятием "индекс жизненного стиля" (Plutchik R., 1979; Клубова Е.Б. 1994).

Важность изучения ИЖС - механизмов психологической защиты особенно возрастает в связи с развитием психотерапии, ее внедрением практически во все области клинической и профилактической медицины. Поиск содержательных "мишеней" для психологической коррекции личности и ее патогенных поведенческих стереотипов - одна из наиболее сложных и ответственных задач медицинского психолога и психотерапевта, особенно при анализе отношения к болезни.

Отношение к болезни (с позиций теории личности В.Н.Мясшцева как системы отношений (1960)) интегрирует многие психологические категории, в рамках которых анализируется понятие "внутренняя картина болезни" (реакции личности на болезнь, концепция болезни и т.п.).

Психологический анализ проблем "болезнь - личность" и "личность - болезнь" с позиции теории отношений должен учитывать системные взаимодействия когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов: знание о болезни, ее осознание личности, понимание роли и влияния болезни на личностное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. Одним из самых существенных факторов, влияющих на отношение к болезни, осознание ее фрустрирующего (блокирующего основные потребности личности) характера, является угроза личности и связанная с этим тревога. На преодоление фрустрирующего влияния болезни (в особенности это касается психосоматической патологии) и сложного комплекса тревожных переживаний направлены механизмы психологической защиты, которым R.Lazarus (1970) отводит роль контроля над угрожающими состояниями. Именно к таким механизмам относится, в частности, "вытеснение", способное вытеснить из сознания фрустрирующее событие и угрозу личности в результате болезни. Не случайно, впервые вводя более 100 лет назад понятие "защитные механизмы", З.Фрейд определял их как "защиту Я" в

конфликтных ситуациях, порождающих тревогу и, как следствие, невротический симптомокомплекс. Механизмы психологической защиты (МПЗ) по своим сущностным проявлениям бессознательной психической активности, формирующейся в онтогенезе на основе взаимодействия генотипических свойств с индивидуальным, конкретно-историческим опытом развития личности в определенной социальной среде и культуре, способны усугубить, смягчить или нейтрализовать личностные реакции на эмоционально значимые стимулы, к которым в высшей мере относится болезнь.

Отношение к болезни, несомненно, определяет стратегию адаптивного или дезадаптивного поведения больных в настоящем и будущем. Эта стратегия может проявляться в различных формах: игнорирование или отрицание болезни, принятие "роли" больного и развитие симбиотических установок, активная борьба с болезнью и угрозой социального благополучия, "уход" в работу и т.п. деструктивные или конструктивные механизмы совладения. Различные механизмы психологической защиты и копинг-поведения (близкие, но не тождественные понятия и категории) несомненно, следует учитывать лечащим врачам, психотерапевтам и психологам в любой области клинической медицины. Современный арсенал психотерапевтических методов, включая личностно-ориентированную реконструктивную психотерапию (при адекватной психофармакологической поддержке) могут существенно корректировать "масштабы переживания болезни", учитывая различные механизмы защиты личности создавать у больных более реалистические (адаптивные) установки на лечение, восстанавливать внутрисемейные и более широкие социальные связи, предупреждать дистрессы в целях вторичной и третичной профилактики.

Опыт разработки и практического применения тестовой методики "Тип отношения к болезни" (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Л., 1987; Вассерман Л.И. с соавт., 1991) показал на материале исследования более 2000 больных с различными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, что различные варианты (типы) отношения к болезни (анозогнозический, зрнопатический, тревожный, сенситивный и др.) раскрывают преимущественно определенные клинико-психологические феномены. Это чрезвычайно важное обстоятельство, однако выделение психотерапевтических "мишеней" и реализация тех или иных психотерапевтических "техник" требует более глубинного понимания механизмов формирования этих феноменов. Иными словами, очевидно, что внутренняя картина болезни (отношение к болезни) формируется в защитных цепях, и ее сущностные характеристики не могут быть полностью осмыслены без анализа механизмов психологической защиты. Между тем

диагностика особенностей психологической защиты - новая и весьма непростая задача для психологов и психотерапевтов. До сравнительно недавнего времени для этой цели использовались преимущественно проективные методики (тест Роршаха, ТАТ, "тест руки" и др.), реже - специальные опросники. Заметим, что большинство из известных опросников, направленных на определение механизмов психологической защиты (чаще всего составлены из вопросов ММРІ), ограничены измерением и квалификацией только некоторых из них (одного или двух). Чаще всего это "отрицание", "проекция" и "рационализация". При этом валидность и надежность таких опросников, как правило, не обсуждается.

Представляется, что одним из способов диагностики механизмов психологической защиты является моделирование в эксперименте различных ситуаций на вербальном уровне с помощью специализированного опросника, разработанного на концептуальной (а не эмпирической) основе и стандартизованного в соответствии с принятыми правилами.

С нашей точки зрения, наиболее адекватным в этом отношении инструментом в настоящее время является методика "индекс жизненного стиля" (Life style index)<sup>1</sup>.

Установление научных контактов с авторами методики позволило одному из авторов пособия Е.Б.Клубовой получить авторский вариант методики для ее адаптации и клинической апробации в социо-культуральных условиях нашей страны. Эта работа проводится последние 5 лет в институте им.В.М.Бехтерева. Одновременно проводилась апробация методики в целях профотбора (Романова Е.С., Гребенников Л.Р., 1996).

Настоящее методическое пособие содержит материалы адаптации методики ИЖС, отечественные нормативные данные, модифицированную технологию получения решающих правил диагностики МПЗ и их содержательные характеристики, а также результаты апробации опросника ИЖС на большой выборке больных с различными формами нервно-психической и психосоматической патологии. При этом предпринята попытка соотнесения результатов диагностики МПЗ с данными психологической диагностики типов отношения к болезни и другими тестовыми методиками для уточнения ее внешней валидности.

Работа по адаптации методики ИЖС полностью еще не завершена. Большой эмпирический и клинический материал требует дополнительного анализа на основе методов многомерной статистики. Вместе с тем, приводимые в пособии материалы позволят врачам и психологам не только расширить свои представления о сферах применения методики ИЖС, но и реально использовать ее для диагностики механизмов

<sup>1 1</sup> R.Plutchik, R.Keflemian and H.Coute. A structural theory of ego defenses and emotions- )n: EJsard " Emotions hi personality and psychopathology". N.Y., 1979, p.229-257.

психологической защиты в научных исследованиях и клинической, психотерапевтической практике. Несомненно, однако, что изолированное использование этой методики (как и других специализированных опросников) не дает исчерпывающей информации о механизмах психологической защиты личности. Большая надежность и эффективность психологической диагностики личностных защитных механизмов, вероятно, будет достигнута при сочетанном использовании ИЖС с проективными методиками.

В сборе нормативных данных и экспериментального материала при обследовании больных принимали участие аспиранты и соискатели Института им.В.М.Бехтерева из Санкт-Петербурга, Ярославля, Челябинска и Нальчика. Все участники этой многолетней и трудоемкой работы по праву считаются ее соавторами.

Авторский коллектив пособия с благодарностью примет замечания и конструктивные предложения по усовершенствованию нового психодиагностического инструмента.

## **2. Механизмы психологической защиты: краткий очерк истории и теории**

Понятие психологической защиты обязано своему происхождению психоаналитической теории и ее основателю - З.Фрейду. Впервые оно было введено в 1894 г<sup>2</sup>. С тех пор более 100 лет идея защитного механизма является наиболее часто и продуктивно используемой как в психотерапевтической практике, так и при построении и анализе различных теорий личности. В преобразованных формах идея психологической защиты используется практически во всех психотерапевтических школах. З.Фрейд относил ПЗ к вторичным психическим процессам, противопоставляя их в определенной степени первичным (воображение, сновидение, грезы)<sup>2</sup> Первоначальная разработка этой темы связана с изучением генеза невротических симптомов и либидо. Механизмы психологической защиты выступали как средства разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. Впоследствии, исходя из разработанной теории личности (Оно, Эго, Супер-Эго), МПЗ рассматривались как функции Эго, отвечающие за интеграцию и адаптацию при угрозе целостности личности. По З.Фрейду защитные механизмы являются врожденными; они запускаются в экстремальной ситуации и выполняют функцию "снятия внутреннего конфликта". Дочь З.Фрейда Анна Фрейд попыталась обобщить и систематизировать знания о МПЗ, накопившиеся к середине 40-х годов 20 века. В базовую концепцию З.Фрейда были внесены определенные коррективы:

---

<sup>2</sup> Цит. по А.Фрейд "Психология "Я" и защитные механизмы", М., 1993.

акцентировалась роль механизмов защиты в разрешении внешних, т.е. социогенных конфликтов: механизмы защиты рассматриваются как продукты развития и научения; наконец, формируется представление о том, что набор защитных механизмов индивидуален и характеризует уровень адаптированности личности. А.Фрейд, К.Хорни (1993), Е.Александр (1950, 1980) реконструируют теорию МПЗ без обращения к понятию "Оно" с его инстинктивными влечениями, на его место они ставят борющиеся между собой стремления к безопасности и удовлетворению, конфликт между которыми вызывает вытеснение. При этом К.Хорни использует МПЗ А.Фрейда, которые она классифицирует по рубрикам реактивных образований и проекций.

Современное психоаналитическое понимание МПЗ строится в основном на теориях личности динамического направления. Классически ориентированные психоаналитики одной из движущих сил личности признают страх (тревогу). Эта традиция берет свои истоки у З.Фрейда и его последователей и продолжается до сегодняшних дней. Различают три вида страха: страх реальности (страх Эго перед внешним миром), невротический страх (страх Эго перед Оно) и страх нравственного порядка (страх Эго перед Супер-Эго). Страх заставляет человека предпринять что-либо, либо эффективными способами избежать тревожащей зоны, подавить опасный импульс, подчиниться голосу совести, либо в случае травматического страха человек прибегает к иррациональным способам, так называемым защитным механизмам (А.Фрейд, 1993).

Несмотря на то, что многие авторы выделяют общие аспекты, теории МПЗ, до сих пор не существует систематизированных знаний об этих глубинно-личностных свойствах. Ряд авторов вообще говорят о том, что психологическая защита - наиболее противоречивый вопрос психоанализа, приводя следующие аргументы: отсутствие общепринятых определений и классификаций, единого мнения по поводу их количества, критериев разделения, дифференцированности на нормальные и патологические, понимания их роли в формировании расстройств личности и невротических симптомов (Якубин А., 1982; Савенко Ю.С., 1974). В качестве примера ниже приводится список из тридцати четырех типов психологической защиты, составленный после обобщения всего лишь 2 классификаций (Урсано Р. и др., 1992; Блюм Г., 1996): вытеснение, отрицание, перемещение, обратное чувство, подавление (первичное и вторичное), идентификация с агрессором, аскетизм, интеллектуализация, изоляция аффекта, регрессия, сублимация, расщемление, проекция, прожективная идентификация, всемогущество, девальюация, примитивная идеализация, реактивное образование (реверсия или формирование реакции), замещение или субституция (компенсация или сублимация), смещение,



интроекция, уничтожение, идеализация, сновидение, рационализация, отчуждение, катарсис, творчество в качестве защитного механизма, инсценирование реакции, фантазирование, "заговаривание", аутоагрессия и др.

По мнению многих авторов, защитные механизмы имеют следующие общие свойства: они действуют в подсознании, индивид не осознает, что с ним происходит, они отрицают, искажают или фальсифицируют действительность, они действуют в ситуации конфликта, фрустрации, психотравмы, стресса. Цель психологической защиты - снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения, сознания и психики в целом. МПЗ обеспечивают регуляцию, направленность поведения, редуцируют тревогу и эмоциональное поведение (Березин Ф.Б., 1988). В этом участвуют все психические функции личности, но каждый раз в качестве МПЗ выступает преимущественно одна из них и берет на себя основную часть работы по преодолению негативных переживаний.

Единой классификации механизмов психологической защиты не существует, хотя имеется множество попыток их группировки по различным основаниям.

Механизмы защиты можно разделить по уровню зрелости на протективные (вытеснение, отрицание, регрессия, реактивное образование и т.п.) и дефензивные (рационализация, интеллектуализация, изоляция, идентификация, сублимация, проекция, смещение). Первые считаются более примитивными, не допускают поступления конфликтной и травмирующей информации в сознание. Вторые допускают травмирующую информацию, но интерпретируют ее как бы "безболезненным" для себя образом.

Отметим также различные интерпретативные подходы к функции МПЗ и связанные с этим классификации. Так, например, Grzegolowska<sup>3</sup>, понимая под защитным механизмом "познавательный процесс, который характеризуется нарушением восприятия или преобразования информации в случае сверхоптимальной активации тревожного характера", выделяет 2 уровня защиты.

1) Уровень "перцептивной защиты" (термин введен J.Bruner, 1948), проявляющийся в увеличении пороги чувствительности к негативной информации при несоответствии поступающей информации закодированной, а также вытеснении, подавлении или отрицании. Общий принцип очевиден: удаление неприемлемой для личности информации из сферы ее сознания.

2) Уровень нарушения переработки информация за счет ее перестройки (проекция)

<sup>3</sup> Цит. по А.Якубик "Истерия", М., 1982

изоляция, интеллектуализация) и переоценки-искажения (рационализация, реактивное образование, фантазирование); общий принцип - переструктуризация информации. M.Jarosz<sup>3</sup> пытается интерпретировать МПЗ в рамках реагирования на психологический стресс, фрустрацию. Выделяются следующие типы реакций:

- 1) попытки устранения препятствия;
- 2) попытки обойти препятствие;
- 3) замена цели, ставшей недостижимой, на более достижимую;
- 4) прямая агрессия;
- 5) перемещенная на другой объект агрессия;
- 6) регрессия;

7)отказ (смирение), а также 2 типа направленности реакций: на устранение напряжения, сопровождающее стрессовое напряжение, и на удаление причин стресса.

Ф.Б.Березин (1988) выделяет четыре типа психологической защиты: препятствующие осознанию факторов, вызывающих тревогу, или самой тревоги (отрицание, вытеснение); позволяющие фиксировать тревогу на определенных стимулах (фиксация тревоги); снижающие уровень побуждений (обесценивание исходных потребностей); устраняющие тревогу или модифицирующие ее интерпретацию за счет формирования устойчивых концепций (концептуализация).

Отечественная психоаналитическая традиция разделила участь психологической науки и в 30-е гг. практически прекратила свое существование до 60-х годов. Однако, начиная со статьи Ф.В.Бассина, "О "силе Я" и "психологической защите"" (1969), в нашей стране делаются попытки переосмыслить с позиций "материалистической" психологии и ее методологического аппарата теоретические представления психоанализа, В области проблемы психологической защиты отечественными авторами выдвигается ряд терминов, обозначающих понятия МПЗ: защитные процессы, защитные механизмы, невротическая психологическая защита и психотическая защита. Следует заметить, что представления о психологической защите привлекаются как объяснительные категории в довольно широком кругу психологических теорий отечественной психологии: теорий отношений личности (Карвасарский Б.Д., 1985; Ташлыков В.А., 1984,1992), переживания (Васильюк Ф.Е., 1984), самооценки (Стопин В.В., 1984) и др.

Целесообразно обратить внимание на ряд определений МПЗ, данных в отечественной литературе в последние десятилетия. Наиболее медико-психологически ориентированными представляются

- 1) Психическая деятельность, направленная на спонтанное изживание последствий

психической травмы (В.Ф.Басоин, 1969, 1970).

2) Частные случаи отношения личности больного к травматической ситуации или поразившей ее болезни (Банщиков В.М., 1974. Цит. по В.И.Журбину, 1990).

3) Механизм адаптивной перестройки восприятия и оценки, выступающий в случаях, когда личность не может адекватно оценить чувство беспокойства, вызванное внутренним или внешним конфликтом, и не может справиться со стрессом (Ташлыков В.А., 1992).

4) Механизмы, поддерживающие целостность сознания (Ротенберг В.С., 1986).

5) Система, стабилизирующая личность, которая проявляется в устранении или сведении к минимуму отрицательных эмоций, чувства тревоги, возникающих при критическом рассогласовании картины мира с новой информацией (Грановская Р.М., 1997).

6) Механизмы компенсации психической недостаточности (Воловик В.М., Вид В.Д., 1975).

7) Особым образом осмысленная психотерапевтическая практика, особенность которой и том, что внешний конфликт (пациента с врачом или пациента с другим человеком) служит основанием полагать существование в психике сил, находящихся в конфликте друг с другом, и существующих механизмов МПЗ (Журбин В.И., 1990).

К сожалению, проблемы понимания природы и сущности МПЗ в отечественной психологии осложняются неоднозначностью и путаницей в переводе на русский язык оригинальной терминологии иностранных авторов и сложившейся традицией следовать собственным определениям, нередко рассогласующимся с общепринятыми.

Медико-психологическая трактовка понятия МПЗ, на наш взгляд, опирается на понимание проблемы психической адаптации как родовой категории. По определению Ф.Б.Березина (1988), – это процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, которая позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели при сохранении психического и физического здоровья, обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды. Соответственно этому определению механизмом интрапсихической адаптации является психологическая защита. Механизмы психологической защиты развиваются в онтогенезе как средства адаптации и разрешения психологических конфликтов, наиболее мощным критерием эффективности действия МПЗ является ликвидация тревоги.

В свете психологии отношений В.Н.Мясищева (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1997) механизмы ПЗ понимаются как система адаптивных, как правило, неосознаваемых реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений - когнитивного, эмоционального, поведенческого с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на больного.

В психотерапевтической и медико-психологической литературе психологическая защита, как психологическая категория, нередко рассматривается как понятие, близкое копинг-поведению.

Автор концепции совладающего (coping ) поведения Р.Лазарус (1970) выделяет три типа стратегий совладания с угрожающей ситуацией: механизмы защиты Эго; прямое действие-нападение или бегство, которое сопровождается гневом или страхом; совладание ("копинг") без аффекта, когда реальная угроза отсутствует, но потенциально существует. В нашей стране понятия МПЗ и механизмов совладания (копинг-поведение) рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации (Ташлыков В.А., 1992). Ослабление психического дискомфорта осуществляется в рамках неосознанной деятельности психики с помощью МПЗ. Копинг-поведение используется как стратегия действий личности, направленной на устранение ситуации психологической угрозы.

Для различения МПЗ и механизмов совладания предложена, в частности, следующая схема анализа.

1. МПЗ не приспособлены к требованиям ситуации и являются ригидными: техники эмоционального самоконтроля являются пластичными и приспособлены к ситуации.

2. МПЗ стремятся к возможно более быстрому уменьшению возникшего эмоционального напряжения; при использовании эмоционального самоконтроля человек, напротив, часто сам приносит себе мучения (антигедонистический характер техник самоконтроля).

3. МПЗ "близоруки", создают возможность только разового снижения напряжения (принцип действия - "здесь" и "сейчас"), тогда как механизмы совладания рассчитаны на перспективу.

4. МПЗ приводят к искажению восприятия действительности и самого себя; механизмы самоконтроля связаны с реалистическим восприятием, а также способностью к объективному отношению к самому себе.

Таким образом, несмотря на приведенные выше доводы, создается впечатление,

что все многообразие МПЗ близко понятию совладания (coping-поведению), но разъединяют отличия по параметрам - "активности (конструктивности) - пассивности (неконструктивности). Это следует учитывать в психотерапевтической работе с больными, направленной на развитие у больных механизмов совладания с болезнью (Ташлыков В.А., 1984).

Необходимо отметить также анализ соотношений МПЗ с такими понятиями как когнитивный контроль, внутренняя картина болезни, психотерапевтические "мишени". В психологической литературе для обоснования проективного метода в рамках научного направления привлекаются новые психологические категории, такие как контроль и когнитивный стиль. Изучалась связь между содержанием потребности, ее интенсивностью и проективным выражением. Главной целью такого подхода стало определение специфики процессов, детерминирующих проективный ответ и, в частности, заострение внимания на его зависимости от индивидуальной стратегии познания субъекта. Развитие "Я" сопровождается 2 процессами: освобождением когнитивных функций от влияний примитивных эффектов, дифференциацией аффективных структур, автоматизацией их от базальных влечений; вводят понятие контроля, "как функцию "Я", свободную от конфликта". Контроль, с одной стороны, произведен от базальных влечений и рассматривается как "мотивационная структура высшего порядка", а с другой - контроль функции "Я" и его цель - "канализирование энергии влечений в соответствии с требованиями объективной реальности".

Как механизм регуляции влечений контроль сопоставим с защитой, так как защита действует в ситуации угрозы Я, то контроль действует в любых ситуациях, при решении любых познавательных задач. Защита является индивидуальным подходом к разрешению конфликта в аффективно-стрессовых условиях; контроль при аффективно-нейтральных задачах. Относительно стабильный набор механизмов контроля, характеризующий индивидуальный тип адаптации и познавательной деятельности, образует когнитивный стиль, который включает в себя и познавательные и мотивационные компоненты.

### **МПЗ и внутренняя картина болезни.**

Современная концепция психосоматических соотношений исходит из того, что психические (психологические) факторы заболевания определяются личностными структурами и средовыми факторами, опосредующими самосознание больных. Системное взаимодействие биологических и психосоциальных факторов лежит в основе понимания "внутренней картины болезни" или отношения к болезни (Вассерман Л.И. с соавт., 1987).

Как уже говорилось, ВКБ формируется в защитных целях для снижения эмоционального напряжения и преодоления трудностей, вызванных заболеванием. Мотивационно-поведенческий аспект ВКБ (активность или пассивность в переработке личностных конфликтов и психотравмирующих ситуаций, преодоление болезни и стремление к выздоровлению) находит отражение в особенностях конфликта, патогенной ситуации, механизмов психологической защиты и копинг-поведения.

### **МПЗ как психотерапевтическая мишень.**

Условно МПЗ можно разделить на те, которые возникают в психотравмирующей ситуации, так называемые ситуационные, они являются переходящими и не нуждающимися в коррекции, и стилевые, которые характеризуются временной устойчивостью, генерализованностью. Вероятно, стилевые механизмы связаны с хронической психотравматизацией, которая приводит к формированию у пациентов различных интерперсональных конфликтов. Таким образом, стилевые механизмы являются формой псевдоразрешения внутренних конфликтов. Тем самым, МПЗ выступают в роли своеобразной мишени, в процессе психотерапии. В настоящее время в психотерапии существует два диаметральных подхода, предполагающих различные тактики терапевтического процесса по отношению к МПЗ. Причиной этих альтернативных подходов является различие в понимании природы психологической защиты.

1. Первый подход выступает за оптимизацию стилевых МПЗ личности больного в процессе психотерапии. МПЗ рассматриваются как вполне нормальные; если же происходит срыв механизма, то возникает невроз. При этом необходимо учитывать индивидуальную склонность к использованию тех или иных механизмов. Принцип специфичности состоит в том, что оптимизируются формы защиты, адекватные личности (у истероида – вытеснение, репрессия, отрицание и т.п.; у психастеника - дереализация, интеллектуализация, рационализация). В этом подходе сила "Я" связывается с наличием зрелых механизмов ПЗ.

2. Второй подход заключается в срыве МПЗ и формировании механизмов совладения в трудных ситуациях. Психологическая защита рассматривается как механизм пассивно-оборонительного типа, как свидетельство слабости, неспособности человека противостоять неблагоприятным условиям действительности. На первом этапе личность пациента становится незащищенной перед угрозой, а отсюда вытекает рост тревоги и напряжения. Личность становится перед необходимостью осознания

своих нарушенных

жизненных отношений. Вместе с тем реализация этого подхода дает значительный стратегический эффект. Реализация второго подхода требует высокого профессионализма психотерапевта, рассчитана на длительную и кропотливую работу, чревата ухудшением межличностных отношений между терапевтом и пациентом до их полного разрыва. Однако такой подход является более предпочтительным, так как редукция тревоги и напряжения при действии МПЗ достигается ценой дезинтеграции различных уровней психологического функционирования, что в результате находит проявление в болезненных симптомах.

### **3. Методика для психологической диагностики МПЗ (индекс жизненного стиля - LSI)**

В области диагностики защитных механизмов первостепенную роль изначально отводили проективным методам исследования. При этом наиболее серьезное изучение возможностей измерения проводилось с помощью методики Роршаха. Однако, учитывая, что с помощью проективных методик невозможно систематизировано оценить полный спектр защитных механизмов, ряд исследователей предпринимали попытки создания опросников, измеряющих защитные механизмы, основанных либо на самоотчете испытуемого, либо с учетом мнения интервьюера (экспертная оценка). Из более десятка существующих методик, все, кроме нескольких, ограничены измерением только отдельных способов защиты. Чаще всего это "отрицание", "рационализация", "проекция". Некоторые опросники просто перестроены из утверждений ММРІ. Проблема диагностики механизмов психологической защиты осложняется также и тем, что авторы методик придерживаются различных теоретических ориентации, что порождает большое количество терминологических неточностей и проблему несопоставимости данных, полученных разными авторами.

На этом фоне методику LSI, описанную в 1979 году на основе психоэволюционной теории R.Plutchik и структурной теории личности H.Kellerman, следует признать наиболее удачным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему МПЗ, выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого механизма ПЗ.

Неоспоримыми плюсами этой методики являются ее теоретическая обоснованность и валидность, целенаправленная многомерность и конструктивная простота. В качестве системообразующего фактора рассматривается связь отдельных видов ПЗ с различными эффективными состояниями и диагностическими концепциями.



Теория эмоций определяет эмоции как комплексный ответ, соответствующий одному из адаптивных биологических процессов, общих для всех живых организмов. При составлении опросника авторами использовались несколько источников, включая как психоаналитические труды, так и работы по общей психопатологии и психологии. Из этих источников выделили предполагаемые характеристики 16 МПЗ, которые и составили основу защиты "Я". Это были: импульсивное поведение, компенсация, отрицание, замещение, фантазирование, идентификация, интеллектуализация, интроекция, изоляция, проекция, рационализация, реактивные образования, регрессия, вытеснение, сублимация, уничтожение содеянного. Затем были предложены ряд утверждений с целью конструирования шкал. Предполагалось, что испытуемый, выбирая для себя приемлемые утверждения опросника, преимущественно бессознательно отражает определенную модель защиты личности. Например, заявление: "Если я сержусь на своего товарища, я, вероятно, сорву злобу на ком-нибудь другом", отражает защиту по типу "замещение". Утверждения были сгруппированы таким образом, чтобы выявить каждый из 16 механизмов защиты и в сумме составили 224 утверждения. После первичного обследования и статистической обработки первичных результатов основной текст был сокращен до 184 наиболее репрезентативных пунктов. В результате факторного анализа оказалось возможным сократить число МПЗ до 8, некоторые из них теперь представляли совокупность нескольких МПЗ (так, например, компенсация включала утверждения, представляющие идентификацию и фантазирование). После этого утверждения каждой шкалы вопросника предлагались для экспертной оценки 17 клиницистам, которые оценивали их с точки зрения соответствия тому или иному МПЗ. Затем были отобраны наиболее значимые, с точки зрения авторов, утверждения и, таким образом, окончательный вариант опросника составил 97 вопросов, измеряющих 8 видов МПЗ: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию и регрессию. Каждому из этих 8 МПЗ соответствовало от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, которые обычно возникают в различных ситуациях. Ответы на эти утверждения фиксировались на бланке по типу "верно-неверно" и затем подсчитывалось количество баллов по каждому виду МПЗ. Сырые оценки затем переводились в проценты и на специальном профильном бланке строился профиль защитной структуры индивида. После завершения работы по исследованию психометрических данных теста авторами были проведены исследования по получению нормативных данных и различий на разных клинических группах испытуемых, которые

подтвердили диагностические возможности методики<sup>4</sup>.

Методика для диагностики МПЗ, которая представлена ниже, сконструирована на основе теоретических исследований Г.Келлермана и Р.Плутчика.

Психозволюционная теория эмоций Роберта Плутчика и структурная теория личности Генри Келлермана предлагают специфическую сеть взаимосвязей между различными уровнями личности: уровнем эмоций, защитой и диспозицией (наследственные предрасположенности к психическим заболеваниям). В теории Келлермана пересекаются психоаналитические и социобиологические концепции, которые отражены в следующих положениях о взаимосвязи защитных механизмов и эмоций. Определенные механизмы защиты предназначены для регуляции определенных эмоций. Существуют восемь основных механизмов защиты, которые взаимодействуют с восемью основными эмоциями. Восемь основных механизмов защиты проявляют качества и полярности, и схожести. Существуют механизмы защиты другого типа, участвующие главным образом в формировании черт характера (так называемые идентификационные защиты). Основные диагностические типы образованы характерными для них стилями защиты, личность может пользоваться любой комбинацией механизмов защиты, все защиты в своей основе имеют механизм подавления, который первоначально возник для того, чтобы победить чувство страха.

Связь между личностными чертами, расстройствами личности и механизмами психологической защиты представлены в табл. 1.

---

<sup>4</sup> Предварительная работа по сбору нормативных данных, адаптации текста и других элементов LSI была выполнена Е.Б.Клубовой (1994)

Таблица 1

Предполагаемые взаимосвязи личностных черт, расстройств личности и механизмов защиты

| Личностные черты | Расстройства личности                | Механизмы              |
|------------------|--------------------------------------|------------------------|
| Робкий           | Пассивно-агрессивный пассивный тип   | Вытеснение             |
| Агрессивный      | Пассивно-агрессивный агрессивный тип | Замещение              |
| Общительный      | Маниакальный тип                     | Реактивные образования |
| Унылый           | Депрессивный тип                     | Компенсация            |
| Доверяющий       | Истероидный тип                      | Отрицание              |
| Подозрительный   | Параноидный тип                      | Проекция               |
| Контролирующий   | Обсессивно-компульсивный тип         | Интеллектуализация     |
| Бесконтрольный   | Психопатический тип                  | Регрессия              |

### Психодиагностическая система Келлермана-Плутчика.

Эти исследователи при изучении связи между эмоциями и диагностическими диспозициями исходили из того, что базовый (основной) диагноз, называемый диспозицией, является унаследованным и каждая из личностных диспозиций связана как с определенной эмоцией, так и с определенным защитным механизмом. Вместе они образуют систему, структурированную таким образом, что соседние секторы обозначают сходные диспозиции, например мания и истерия, а противоположные - противоположные, например мания и депрессивная.

Диспозиция мании. Личность этого типа насыщена энергией, ее цель участвовать во всевозможных мероприятиях и проектах. Для нее характерно хорошее отношение к людям, дружелюбие, общительность и гипертрофированная социальность; преобладающая эмоция - радость; врожденная потребность к избытку приятных стимулов - гедонизм. Защитным механизмом являются реактивные образования (формирования реакций), его целью является только управление поведением. Супер-Эго подавляет привлекательность приятных стимулов, особенно это касается объектов, влечение к которым социально неодобряемо.

Диспозиция истерии. Характерны: большая внушаемость, отсутствие критичности, селективное невнимание, преобладающий тип защиты - отрицание. Эмоция принятия и защита отрицанием, являющиеся элементами истерического функционирования, позволяют этому типу идеализировать объект реагирования (например, истерики часто

влюбляются, эмоционально незрелая жизненная позиция сводится к полному совпадению собственного "Я" и ролевой позиции).

Агрессивная диспозиция. Поведение прямо противоположно поведению пассивного типа. Основная эмоция - гнев (раздражение), основная защита - замещение, служащая для управления гневом агрессией. При отсутствии этого механизма такая личность напрямую выражала бы свою агрессивность, что привело бы к возникновению серьезных конфликтов. Этот механизм позволяет направить реакцию агрессии на более безопасный объект.

Диспозиция психопатии. Противоположность обсессивной диспозиции. Выражена потребность оставаться во внеподконтрольном состоянии и необходимость которого выражения своих импульсов. Защита регрессией дает возможность такой личности для постоянной разрядки импульсов, возвращаясь, время от времени, к более или менее зрелым моделям удовлетворения потребностей. Личность этого типа стимулируется чем-либо избыточным из внешней среды, чтобы нейтрализовать внутренний эмоциональный "паралич" и чувство оцепенения, который возвращает ее к детской незащищенности, а также сама способна неосознанно провоцировать конфликтные ситуации с целью получить этот избыток стимулов. Основная эмоция - удивление.

Депрессивная диспозиция. Личность такого типа все время страдает из-за утраты воображаемого объекта и потери самоуважения. Основная эмоция - печаль. Основной способ защиты - компенсация, направленная на избегание чувства депрессии, компенсация особенно эффективна для поддержания достаточно высокой самооценки, под влиянием этого механизма происходит выход из состояния подавленности.

Параноидальная диспозиция. Характерно отсутствие внушаемости и высокая критичность, преобладающие эмоции - отвращение или неприятие, в качестве защиты используется механизм проекции. Параноидная личность, ощущая собственную неполноценность, защищается проекцией, которая позволяет ей этого не замечать, объектом критики становится окружающая действительность.

Пассивная диспозиция. Характерны: инертность, пассивность, избегание, отшельничество, уход в себя, безынициативность, склонность быть зависимым от кого-либо. Основная эмоция - страх, основной механизм защиты - подавление (вытеснение).

Обсессивная диспозиция. Выражается в стремлении контролировать окружающую среду, в качестве средств для этого выступают антиципация и ожидание, защита осуществляется посредством интеллектуализации, рационализации и сублимации. Развитие обсессивной личности основано на отчуждении от инстинктов и эмоций, для нее

характерны совесть, опрятность, стремление придерживаться во всем середины, педантичность ж сочетании с неспособностью загадывать человеческие эмоции, за этими чертами скрывается тревога потерять контроль.

Графически система указанных диспозиций приводится на рис. 1.

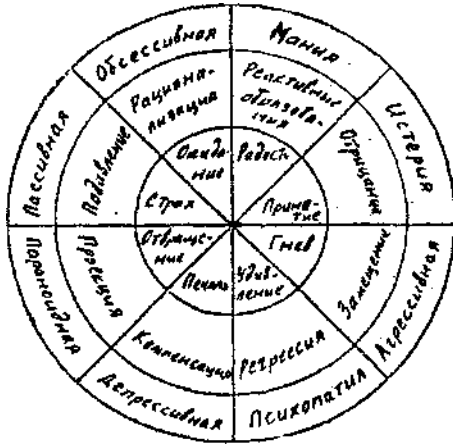


Рис.1 . Система диспозиций (по Келлерману и Плутчику)

Опросник ИЖС (авторский вариант - LSI)<sup>5</sup> базируется на психозволюционной теории Роберта Плутчика и структурной теории личности Генри Келлермана, изложенных выше. Психодиагностическая система Келлермана-Плутчика связывает личностную диспозицию с определенной эмоцией, с определенным защитным механизмом. Вместе они образуют систему, структурированную таким образом, что соседние секторы обозначают сходные диспозиции, например, мания и истерия, а противоположные — противоположные диспозиции, например, мания - депрессия.

Опросник ИЖС (LSI) представляет собой текст инструкции и девяносто семь утверждений (см. приложение 1). Испытуемый должен отметить те высказывания, которые соответствуют его поведению или состоянию. Испытуемому даются следующие

<sup>5</sup> Авторам пособия представляется, что целесообразней в дальнейшем пользоваться английской аббревиатурой - LSI.

инструкции: "Прочитайте приведенные ниже высказывания. Выберите из них только то, которые соответствуют вашему поведению и состоянию, и отметьте их в бланке для ответов. Помните, здесь нет ни плохих, ни хороших ответов".

Бланк для регистрации ответов представляет собой решетку, у которой вертикалям соответствуют номера утверждений, а горизонталям шкалы, соответствующие 8 измеряемым защитным механизмам: А - отрицание, В - вытеснение, С - регрессия, D - компенсация, Е - проекция, F - замещение, G - интеллектуализация, Н - реактивное образование (см. приложение 2). Ответы в нем фиксируются следующим образом: Нет - напротив соответствующего номера утверждения делается отметка в крайней левой графе; Да - отметка делается в одну из колонок справа в круглые скобки. Время заполнения опросника составляет от 15 до 20 минут. Подсчет результатов осуществляется по бланку ответов, который является одновременно и ключом. При этом подсчитываются только положительные ответы по каждой шкале, представляющие собой "сырые" очки, которые в дальнейшем могут быть сравнены со средненормативными показателями по выборке стандартизации, или переведены в процентильные показатели. Последние показывают условное расположение испытуемого в выборке стандартизации в соответствии с ее процентным распределением. Процентильные показатели предложены авторами методики, с их помощью можно получить отражение полученных результатов в удобной графической модели. Она демонстрирует одно из основных теоретических положений, лежащих в основе методики - попарную полярность измеряемых механизмов (см. приложение 3). В качестве дополнительного может использоваться также предложенный нами вторичный показатель, который представляет собой сумму "сырых" баллов по всем шкалам. Он был создан в соответствии с предположением, что в основе своей все защитные механизмы, несмотря на их полярность или дополнительность друг другу, выполняют одну и ту же функцию (в большинстве своем - снижение уровня тревоги) и таким образом в соответствии с этим "общим знаменателем" могут быть объединены в некую общую ЗАЩИТУ "Я". Таким образом, суммарная оценка шкальных оценок может отражать уровень ее выраженности, который был назван нами Степень Напряженности Защиты (СНЗ). Предложенный показатель, безусловно, нуждается в дальнейшей теоретической разработке и исследованиях, однако предварительные испытания (см. ниже) показали его существенную полезность в оценке и интерпретации полученных данных.

Интерпретация полученных данных производится в соответствии с описанными ниже определениями исследуемых видов механизмов психологической защиты.

#### **4. Содержательные характеристики механизмов психологической защиты (индекса жизненного стиля)**

##### **1. Отрицание**

Механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо отрицается какой-либо внутренний импульс или сторона самое себя. Как правило, действие этого механизма проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее не принимаются, не признаются самой личностью. Иными словами, информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается. Имеется в виду конфликт, возникающий при проявлении мотивов, противоречащих основным установкам личности или информация, которая угрожает ее самосохранению, самоуважению, или социальному престижу.

Как процесс направленный вовне "отрицание" часто противопоставляется "вытеснению", как психологической защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. Примечательно, что авторы методики ИЖС объясняют наличие повышенной внушаемости и доверчивости у истероидных личностей действием именно механизмов отрицания, с помощью которого у социального окружения отрицаются нежелательные, внутренние неприемлемые черты, свойства или негативные чувства к субъекту переживания. "Отрицание" как механизм психологической защиты, как показывает опыт, реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

##### **2. Вытеснение**

3.Фрейд считал этот механизм (его аналогом служит "подавление") главным способом защиты инфантильного "Я", неспособного сопротивляться соблазну. Другими словами, "вытеснение" - механизм защиты, посредством которого неприемлемый для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными. По мнению большинства исследователей, этот механизм лежит в основе действия и других защитных механизмов личности. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее, сохраняют свои эмоциональные и психо-вегетативные компоненты. Например, типична ситуация, когда содержательная сторона психотравмирующей ситуации не осознается, и человек вытесняет сам факт какого-либо неблагоприятного поступка, но интрапсихический конфликт сохраняется, а вызванное им эмоциональное напряжение субъективно воспринимается как внешне немотивированная тревога. Именно поэтому вытесненные

влечения могут проявляться в невротических и психофизиологических симптомах. Как показывают исследования и клинический опыт, наиболее часто вытесняются многие свойства, личностные качества и поступки, не делающие личность привлекательной в глазах себя и других, например завистливость, недоброжелательность, неблагодарность и т.п. Следует подчеркнуть, что психотравмирующие обстоятельства или нежелательная информация действительно вытесняются из сознания человека, хотя внешне это может выглядеть как активное противодействие воспоминаниям и самоанализу.

В опроснике в эту шкалу авторы включили и вопросы, относящиеся к менее известному механизму психологической защиты - "изоляции". При "изоляции" психотравмирующий и эмоционально подкрепленный опыт индивида может быть осознан, но на когнитивном уровне, изолированно от аффекта тревоги.

### 3. Регрессия

В классических представлениях "регрессия" рассматривается как механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо. При этой форме защитной реакции личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях. Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет общий (потенциально возможный) арсенал преобладания конфликтных ситуаций. Также к этому механизму относится и упоминаемая в литературе защита по типу "реализация в действии", при которой неосознаваемые желания или конфликты прямо выражаются в действиях, препятствующих их осознанию. Импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля, свойственная психопатическим личностям, определяются актуализацией именно этого механизма защиты на общем фоне изменения мотивационно-потребностной сферы в сторону их большей упрощенности и доступности.

### 4. Компенсация

Этот механизм психологической защиты нередко объединяют с "идентификацией". Он проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Часто это происходит в ситуациях необходимости избежать конфликта с этой личностью и повышения чувства самодостаточности.



При этом заимствованные ценности, установки или мысли принимаются без анализа и

переструктурирования и поэтому, не становятся частью самой личности.

Ряд авторов обоснованно считают, что "компенсацию" можно рассматривать как одну из форм защиты от комплекса неполноценности, например, у подростков с асоциальным поведением, с агрессивными и преступными действиями, направленными против личности. Вероятно здесь речь идет о гиперкомпенсации или близкой по содержанию регрессии с общей незрелостью МПЗ.

Другим проявлением компенсаторных защитных механизмов может быть ситуация преодоления фрустрирующих обстоятельств или ситуаций сверхудовлетворением в других сферах -, например, физически слабый или робкий человек, неспособный ответить на угрозу расправы, находит удовлетворение за счет унижения обидчика с помощью изощренного ума или хитрости. Люди, для которых "компенсация" — наиболее характерный тип психологической защиты, часто оказываются мечтателями, ищущими идеалы в различных сферах жизнедеятельности.

#### 5. Проекция

В основе "проекции" лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне, приписываются другим людям и таким образом фактом сознания становятся как бы вторичными. Негативный, социально малоодобряемый оттенок испытываемых чувств и свойств, например, агрессивность нередко приписывается окружающим, чтобы оправдать свою собственную агрессивность или недоброжелательность, которая проявляется как бы в защитных целях. Хорошо известны примеры ханжества, когда человек постоянно приписывает другим собственные аморальные стремления.

Реже встречается другой вид проекции, при которой значимым лицам (чаще из микросоциального окружения) приписываются позитивные, социально одобряемые чувства, мысли или действия, которые способны возвысить. Например, учитель, не проявивший особых способностей в профессиональной деятельности, склонен наделять любимого ученика талантом именно в этой области, неосознанно возвышая тем самым и себя ("... победителю ученику от побежденного учителя").

#### 6. Замещение

Распространенная форма психологической защиты, которая в литературе нередко обозначается понятием "смещение". Действие этого защитного механизма проявляется в разряде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. Например, открытое проявление ненависти к

человеку, которое может вызвать нежелательный конфликт с ним. переносится на другого, более доступного и не "опасного". В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели. В этой ситуации субъектом могут совершаться неожиданные, подчас бессмысленные действия, которые разрешают внутреннее напряжение.

Ряд исследователей толкуют значение этого защитного механизма значительно более широко, включая в него не только замену объекта действия, но и его источника, и самого действия, подразумевая под этим различные варианты замещающей деятельности.

Авторы методики ИЖС не склонны к такой расширительной трактовке этого защитного механизма и трактуют его вышеописанным образом, хотя З.Фрейд считал замещение одним из "базовых способов функционирования бессознательного" (Фрейд З., 1986).

#### 7. Интеллектуализация

Этот защитный механизм часто (особенно в психотерапевтической литературе) обозначают понятием "рационализация". Авторы методики объединили эти два понятия, хотя сущностное их значение несколько отличается. Так, действие интеллектуализации проявляется в основанном на фактах чрезмерно "умственном" способе преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний. Иными словами, личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. Отличие интеллектуализации от рационализации, по мнению Ф.Е.Василка (1984), в том, что она, по-существу, представляет собой "уход из мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций". При рационализации личность создает логические (псевдоразумные), но благовидные обоснования своего или чужого поведения, действий или переживаний, вызванных причинами, которые она (личность) не может признать из-за угрозы потери самоуважения. При этом способе защиты нередко наблюдаются очевидные попытки снизить ценность недоступного для личности опыта. Так, оказавшись в ситуации конфликта, человек защищает себя от его негативного действия путем снижения значимости для себя и других причин, вызвавших этот конфликт или психотравмирующую ситуацию. Также в шкалу интеллектуализации-рационализации была включена и сублимация как механизм психологической защиты, при котором вытесненные желания и чувства гипертрофированно компенсируются другими,

соответствующими высшим социальным ценностям, исповедуемым личностью.

#### 8. Реактивные образования

Этот вид психологической защиты нередко отождествляют с гиперкомпенсацией. Личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Например, жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоционального безразличия.

### **5. Особенности механизмов психологической защиты у больных с нервно-психическими, психосоматическими и соматопсихическими расстройствами**

Экспериментально-психологическое исследование механизмов психологической защиты с помощью представленной выше методики ИЖС (LSI) проводилось в рамках ее апробации на различных клинических моделях. Выбор этих моделей был обусловлен, прежде всего, необходимостью отразить специфику МПЗ у больных с нарушениями психической адаптации вследствие действия различных этио-патогенетических факторов, определяющих клинические проявления болезни, уровень ее фрустрирующего характера для больного, прогноз и, наконец, различные механизмы формирования внутренней картины болезни. Последняя, как уже говорилось, и является той сложной психологической структурой, раскрытие которой будет неполным с психотерапевтических позиций без информации о специфике психологической защиты личности.

Были выбраны больные с пограничными нервно-психическими расстройствами (неврозы), психосоматической патологией (язвенная болезнь, хроническая сердечная недостаточность при ИБС), соматопсихические нарушения у больных с тяжелой почечной недостаточностью и ревматоидным артритом, больные с саморазрушающим поведением (хронический алкоголизм) и, наконец, группа больных с эндогенной психической патологией (вялотекущая шизофрения).

Представленные результаты не отражают всей полноты и сложности интерпретации полученных результатов исследования МПЗ, их взаимосвязи с клиническими и другими данными психологических исследований. Это лишь краткие иллюстрации возможностей методики, которая впервые в нашей стране апробируется на таком обширном и разнообразном клиническом материале.

Отдельные фрагменты этих

исследований представлены в авторефератах диссертаций и ряде соответствующих публикаций.

### Неврозы.

В рамках проведенного исследования влияния этно-культуральных факторов, во многом обуславливающих способы адаптации больных неврозами, понятия МПЗ и механизмов совладания (копинг-поведения) рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. Проведено сравнительное изучение структуры и выраженности МПЗ у 100 больных неврозами и 100 здоровых людей разной национальности: кабардинцев и русских, проживающих на территории Кабардино-Балкарии (Таукенова Л.М., 1995).

Среди 100 больных неврозами - 50 кабардинцев и 50 русских; из них 28 мужчин и 72 женщины.

Достоверные различия при изучении больных неврозами обеих национальностей получены по двум МПЗ: "отрицание" (средние показатели существенно выше у кабардинцев) и "замещение" (средние показатели преобладают у русских). Также установлено, что мужчины обеих национальностей достоверно меньше использовали "компенсацию", чем женщины. А у женщин-кабардинок, по сравнению с мужчинами, значительно выше средний показатель "реактивных образований". Сравнение выраженности МПЗ у больных с двумя основными формами неврозов показало, что, вопреки существующим представлениям, больные невротической и истерическим неврозом обеих национальностей не различались по показателям "вытеснения" и "отрицания", но показатели "регрессии" у кабардинцев, больных истерическим неврозом, значительно выше.

Исследование структуры МПЗ здоровых людей с учетом национальности выявило, что кабардинцы достоверно больше, чем русские, пользуются "отрицанием", "проекцией", "реактивными образованиями", т.е. наименее адаптивными МПЗ, затрудняющими осознание внутриличностных проблем.

Результаты корреляционного анализа выявили положительную взаимосвязь между общим уровнем невротичности, как показателя эмоциональной стабильности - нестабильности, и выраженностью показателей "регрессии" и "проекции" во всех исследуемых группах больных и здоровых людей.

Результаты исследования, выполненного на другом контингенте испытуемых (экспериментальная группа - больные неврозами, находящиеся на стационарном лечении в одном из специализированных отделении для лечения неврозов в Санкт-Петербурге;

контрольная группа - здоровые жители этого города), частично подтверждают приведенные выше данные. Больные неврозами меньше, чем здоровые, используют "отрицание" и больше - "замещение", "проекцию", "вытеснение". Однако, достоверных различий между группами больных неврозами и здоровых по МПЗ "регрессия" и "реактивные образования" получены не были. Причины такого рассогласования результатов рассматриваются нами прежде всего в социо-культуральных различиях между жителями этих регионов страны.

Результаты исследования позволяют охарактеризовать здоровых как людей с преобладающими МПЗ по типу "интеллектуализации" и "отрицания" и наименее напряженными: "вытеснением", "проекцией", "замещением", "реактивными образованиями". В противоположность здоровым больные неврозами демонстрируют картину с точностью до наоборот, у них высокие показатели "вытеснения", "замещения", "проекции". Таким образом, выделяются два полюса: "интеллектуализация" и "отрицание", присущие относительно адаптированным людям, и, с другой стороны, "вытеснение", "замещение", "проекция". При этом дезадаптированность характеризуется не столько отсутствием высоких оценок по "интеллектуализации" и "отрицанию", сколько сверхнапряженным использованием механизмов другого полюса, Язвенная болезнь.

В рамках комплексного исследования различных сторон внутренней картины болезни (ВКБ) как сложного многоуровневого образования изучались клинические и экспериментально-психологические характеристики у 106 больных рецидивирующей формой ЯБ, среди них и механизмы психологической защиты (Штрахова А.В., 1997). Эта группа больных распространенной формой психосоматической патологии характеризовалась активным, заинтересованным сотрудничеством с врачом и психологом в лечебно-диагностических мероприятиях, демонстрируя высокий уровень комплайенса.

Предпринятое исследование МПЗ показало, что в этой группе больных отмечается относительно узкий спектр напряженных МПЗ при переработке психологических конфликтов в целом, и тревоги в частности. В основном это - "компенсация", "реактивные образования", "вытеснение". По всем статистическим показателям основным используемым механизмом у 48,1% больных является "компенсация". У 22,6% доминируют "реактивные образования", а у трети всех обследованных (31,1%) отмечается сочетание этих МПЗ. "Вытеснение" преобладает только у 15,1%. Установлена четкая закономерность (сопряженность) при анализе взаимосвязей интенсивно эксплуатируемых МПЗ и доминирующих типов отношения к болезни, выявляемых с помощью тестовой

методики "Тип отношения к болезни". Так, эргопатический вариант личностного реагирования на болезнь часто сопровождается доминированием "компенсации", а когностический коррелирует с МПЗ типа "реактивные образования", а сенситивный - с "вытеснением".

Полученные данные свидетельствуют о сужении спектра адаптивного реагирования на заболевание, проявляющегося преимущественно в виде гиперсоциализированного стиля поведения с "уходом в работу", и своеобразной "однобокости" использования МПЗ при глубинно-личностном реагировании на проблемную и фрустрирующую ситуацию болезни.

Результаты факторного анализа позволяют определить основной путь и содержание интрапсихической переработки тревоги у исследованных больных. Активизация МПЗ "интеллектуализация" выражается преимущественно в "умственном" способе переживания конфликта, без "эксплуатации", связанных с ним эмоционально-аффективных проявлений. О неэффективности действия "интеллектуализации" можно судить и по низким показателям ее напряженности, что не позволяет полностью ассимилировать тревогу в конструктивный тип личностного реагирования. Факт блокирования перехода тревоги в паттерны реагирования на болезнь следует рассматривать как существенное звено формирования ВКБ у больных с рецидивирующей формой ЯБ. При этом, вероятно, такой тип психологической защиты, являясь с точки зрения активности личности скорее адаптивным, в целом все же не достигает необходимого для личности уровня преодоления болезни и приспособительного поведения.

#### Хроническая сердечная недостаточность (при ИБО).

Больные с хронической сердечной недостаточностью по сравнению со здоровыми обнаружили повышенную напряженность большинства МПЗ. Это свидетельствует о наличии актуальной психотравмирующей ситуации. Для большинства больных характерны повышенные значения МПЗ "отрицания" и "вытеснения" существующих проблем, что говорит о недостаточном осознании и, более того, активном исключении из сознания определенных, приносящих психологическую боль событий и фактов при их признании.

Высокие значения "проекции", сопряженной с агрессией и "интеллектуализацией" показывают, что если психотравмирующая ситуация все же осознается, проникает в сознание, то, во-первых, больные с сердечной недостаточностью склонны приписывать локализацию вовне неприемлемых для личности чувств, а, во-вторых, они предпочитают "умственный", лишенный эмоциональности, способ преодоления конфликтной или



фрустрирующей ситуации без их анализа и переживания. Зачастую чрезмерный контроль эмоций и импульсов, зависимость от рациональной интерпретации ситуации приводит к тому, что больной, оказавшись в ситуации психологического конфликта, "защищает" себя путем снижения значимости для себя и других причин, вызвавших конфликт.

#### Ревматоидный артрит.

Изучение МПЗ в связи с их местом в структуре психосоматических и соматопсихических соотношений при ревматоидном артрите (РА) важно, прежде всего, для понимания особенностей формирования внутренней картины болезни. Исследование проводилось у 98 женщин, больных РА, и в группе здоровых женщин (100 человек) (Савельева М.И., 1995).

Прежде всего отметим, что профиль МПЗ у больных РА значительно сужен по сравнению с нормативной выборкой (достоверно по всем механизмам, кроме "отрицания"), что указывает на существенное снижение адаптивных способностей больных. Анализ доминирующих типов психологической защиты показал, что при РА основными являются "реактивные образования", "отрицание" и "проекция", реже используется "интеллектуализация", "регрессия" и "вытеснение". Это позволяет охарактеризовать больных РА как недостаточно осознающих, отрицающих фрустрирующие и вызывающие тревогу обстоятельства, которые очевидны для окружающих. Больные склонны к отвержению, неприятию собственных эмоционально неприемлемых мыслей и предотвращению их с помощью развития у себя противоположных этим желанием установок при снижении значимости для себя причин, вызвавших психотравмирующую ситуацию.

Корреляционный анализ показывает, что напряженность большинства МПЗ, за исключением механизмов "вытеснения" и "проекции", отрицательно коррелирует с активностью патологического процесса, т.е. чем активнее процесс, тем в большей степени сужаются возможности использования МПЗ в должной мере; при этом наблюдается согласованное изменение лабораторных и клинических показателей. Также следует отметить, что малая степень активности болезни соответствует отсутствию в арсенале защитного реагирования в качестве основных МПЗ "отрицания", "вытеснения", "замощения". Наиболее же часто в качестве основного механизма выступает "проекция". Таким образом, чем менее активна болезнь, чем "мягче" симптоматика, тем меньше больные нуждаются в "сокрытии" от самих себя информации ("вытеснить" или "отрицать" ее) о заболевании, при этом больные РА хоть и не склонны разряжать эмоции (обычно гнев) на объекты, воспринимаемые как менее опасные, чем носители актуальной

психотравмирующей ситуации, все же имеют тенденцию приписывать происхождение собственных проблем внешним причинам.

Было выявлено, что с увеличением длительности заболевания возрастает напряжение МПЗ "компенсация", что говорит об интенсивных попытках больных избавиться от комплекса неполноценности. Однако известно, что люди, для которых "компенсация" - наиболее характерный МПЗ, часто оказываются мечтателями, ищущими идеалы в различных сферах жизнедеятельности, не соотносящиеся с социальной реальностью.

Вместе с тем напряженность "компенсации" и "вытеснения" положительно связаны с эффективностью комплексного лечения больных РА, что имеет большое прогностическое значение и должно стимулировать более активное применение методов психотерапии как метода вторичной психопрофилактики.

Анализ взаимосвязей между МПЗ и другими экспериментально-психологическими характеристиками больных показал, что высокий алекситимический индекс больных РА сопровождается ограничением набора МПЗ, с преобладанием в качестве основного механизма "реактивных образований". Отсюда вытекает, что формирование противоположной реакции на проявление неприемлемых для больных желаний зачастую связано с их "девербализацией".

Взаимосвязь МПЗ и типов отношения к болезни, полученных с помощью теста "Тип отношения к болезни" (ТОБОЛ), проявляется в том, что при доминировании 1 блока теста "ТОБОЛ" (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни) преобладают "вытеснение" и "проекция", отсутствует напряженность "интеллектуализации", а нарастание депрессивных тенденций (сумма меланхолического и апатического типов реагирования) сопровождается снижением доминирования "проекции", что, по-видимому, означает принятие ответственности за собственное состояние у больных и, как следствие, снижение эмоционального фона и настроения.

Типы психологической защиты не являются статическими характеристиками; они меняются в зависимости от социально-психологических и клинических обстоятельств. Так, повышение значений "проекции" в процессе лечения означает смещение диспозиции личности в сторону социальной агрессии; повышение "реактивных образований" и "отрицания" - в сторону не всегда мотивированной психической и поведенческой активности.

В целом создается отчетливое впечатление, что все элементы, характеризующие соматический статус больных РА, в разной мере, но оказываются связанными как с

интенсивностью определенных МПЗ, так и с отношением к болезни. Последнее обстоятельство убеждает в том, что обе эти сложные и многомерные личностные характеристики взаимосвязаны и взаимозависимы. Отсюда следует, что при РА, как, впрочем, и при других психосоматических в соматопсихических расстройствах для уточнения психотерапевтических мишеней следует согласованно использовать обе методики.

#### Хроническая почечная недостаточность.

На примере больных с хронической тяжелой почечной недостаточностью, получающих гемодиализ (ГД), была сделана попытка выделить ряд закономерностей, характеризующих психологическую защиту в условиях витальной угрозы (Петрова Н.Н., 1997). Хроническая почечная недостаточность (ХПН) и ее лечение методом хронического ГД представляет собой уникальную модель адаптации, в которой переплетаются физиологические, психические и социальные аспекты адаптационного процесса в условиях непосредственной витальной угрозы. В ходе работы были получены данные, констатирующие наличие зависимости МПЗ от пола, возраста, длительности и адекватности ГД, соматического состояния больного, выявлены связи личностных особенностей, МПЗ и психических расстройств с рядом прогностически значимых соматических показателей, указывающих на роль психологических механизмов в эффективности лечения ГД.

Больные обоего пола, независимо от возраста, отличаются от здоровых лиц большей выраженностью, напряжением таких МПЗ как "отрицание", "проекция" и "реактивные образования". Тенденция к снижению с возрастом выраженности "регрессии" отражает закономерности, свойственные общей популяции, однако наряду с этим увеличиваются значения "реактивных образований", что, по-видимому, специфично для больных, находящихся на лечении ГД.

Витальная угроза, возникающая при ХПН, мобилизует все адаптационные ресурсы личности больного, поэтому система психологической защиты направлена как на активную переработку тревожащей, значимой информации извне, так и, по-видимому, на переоценку и искажение эмоционально неприемлемых реакций для самой личности на развивающуюся болезнь. Особенности профиля психологической защиты говорят о том, что защитное реагирование на отрицательные события или негативный объект развивается двумя путями: или агрессией на "жертву", сопряженной с МПЗ "проекция", или позитивной, или нейтральной реакцией на психотравмирующую ситуацию, которая в действительности должна вызывать отрицательную реакцию. При психологической

коррекции больных ХПН необходимо учитывать, что малоосознаваемые, личностно неприемлемые для больных установки и мысли предотвращаются, благодаря развитию противоположных (как правило, преувеличенных) этим желанием установок и форм поведения.

Результаты исследования показали, что напряженность МПЗ "отрицания", "вытеснения", "компенсации" связаны с более успешной психологической адаптацией к лечению ГД, прогностически более благоприятными вариантами течения и исхода болезни, а также что активизация именно этих механизмов может служить средством психопрофилактики. Это подтверждается следующими закономерностями: выраженность "вытеснения" и "отрицания" не сопровождается повышенной тревогой; существует тенденция к снижению напряженности "вытеснения" и "компенсации" наряду с нарастанием выраженности других МПЗ по мере увеличения продолжительности заболевания почек и отягощения сопутствующими осложнениями и, как следствие, психической дезадаптации. При воздействии на больных фрустрирующих и психотравмирующих факторов отмечена актуализация "компенсации", сопряженной с активными попытками исправить или восполнить собственную неполноценность; также с высокими значениями "компенсации" связаны относительно адекватные типы отношения к болезни (гармоничный, эргопатический и анозогнозический по тесту ТОБОЛ), а снижение выраженности "компенсации" соотносится с возникновением психических нарушений преимущественно аффективного регистра.

Результаты анализа свидетельствуют, что наиболее дезадаптивным защитным механизмом является наличие в профиле психологической защиты выраженного радикала "регрессии", связанной с возвращением в условиях стресса к инфантильным формам поведения. Динамика МПЗ после пяти лет лечения ГД показывает, что на фоне снижения выраженности "вытеснения" и "интеллектуализации" идет согласованное нарастание выраженности депрессивных расстройств и "регрессии", что соответствует данным о прямой зависимости ряда депрессивных симптомов от наличия МПЗ "регрессия". Наличие МПЗ в виде выраженной "регрессии" сопряжено с неврастеническим типом отношения к болезни по методике ТОБОЛ. Также сопряжены с типами отношения к болезни, предрасполагающими к возникновению психических расстройств "проекция" (с тревожным типом), и "замещение" (с неврастеническим).

Возникновение вторичных психогенных расстройств зависит и от типа личности, и от профиля психологической защиты. Наименьшая частота такого рода нарушений характерна для больных ХПН с синтонными и гипертимными особенностями личности,

при этом наиболее эффективным защитным механизмом для них является "вытеснение".

Таким образом, при ХПН и лечении гемодиализом наблюдаются весьма многообразные, но вполне определенные формы защитных личностных механизмов, которые достаточно четко соотносятся как с клинко-психопатологическими, так и с психологическими феноменами. Указанные обстоятельства дают принципиально новую информацию врачам-психотерапевтам и клиническим психологам, работающим с этим тяжелым контингентом больных. Хронический алкоголизм.

В рамках изучения алкогольной анозогнозии как особого клинко-психологического феномена, с которым связаны значительные трудности в лечении алкоголизма, проводился ряд исследований (Клубова Е.Б., 1995, и др.), целью которых являлась попытка оценить роль механизмов психологической защиты в ее формировании. В связи с этим исследовалась группа мужчин, больных алкоголизмом 2 стадии в количестве 110 человек. В качестве контрольной группы при исследовании защитных механизмов были взяты здоровые мужчины, не имеющие алкогольной зависимости.

Анализ полученных результатов показал, что в целом по группе балльные оценки защитных механизмов больных алкоголизмом незначительно отличаются от таковых при сравнении с группой здоровых испытуемых. Однако, по таким видам защитных механизмов как "отрицание" и "компенсация" были выявлены статистически значимые различия между группами - у больных алкоголизмом оказались существенно более выражены МПЗ "отрицание" и существенно менее- "компенсация".

"Компенсация" является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой-либо эмоционально-личностной "недостаточности" с помощью подмены объекта таким образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало эту нехватку. У больных алкоголизмом весь спектр компенсирующих объектов и действий резко сужен и обеднен за счет универсального компенсатора - алкоголя, что и отразилось в отчетливо низких баллах по этой шкале.

Большая выраженность "отрицания" у больных алкоголизмом по сравнению со здоровыми можно рассматривать двояко: или как следствие болезни, или как преморбидную черту личности, способствующую ее возникновению. Таким образом, основные характеристики защитного реагирования этой группы больных - функционально неразвитый и узко применяемый механизм "компенсации" и преобладание "отрицания".

Сравнение результатов, полученных по методикам ИЖС (*LSI*) и ТОБОЛ показало, что выраженность анозогнозических реакций на болезнь, представленных акозогнозическим типом отношения к болезни (ТОБОЛ), отражается в возрастании величины защитного механизма "отрицания". Тем самым было найдено экспериментально-психологическое подтверждение гипотезы о влиянии на формирование отношения к болезни у больных алкоголизмом механизмов психологической защиты. А термин "алкогольное отрицание", используемый за рубежом и аналогичный отечественному термину "алкогольная анозогнозия" получил конкретное воплощение в величине "отрицания" как защитного механизма личности.

Дальнейший анализ полученных результатов позволил выделить ряд клинических признаков, вызывающих уменьшение выраженности анозогнозических реакций: большая прогрессивность течения болезни, увеличение ее длительности, частота противоалкогольного лечения. При этом развитие адекватного представления о болезни проходит несколько этапов: начальный, при котором давление внешних и внутренних факторов оказывается незначительным, а механизмы защиты полностью блокируют их проникновение в сознание (представление о себе: "Я здоров"); кризисный, при котором давление внешних и внутренних факторов оказывается настолько сильным, что приводит к перенапряжению и "срыву" действия защитных механизмов и вызывает процесс частичного принятия болезни и ее симптомов в своем сознании; конечный, при котором действие защиты минимизируется и наступает наиболее реалистическое и критическое отношение к своему заболеванию ("Я болен").

Исследование возможных взаимосвязей между особенностями защитного реагирования и личностными девиациями, как преморбидными, так и приобретенными в процессе болезни показало, что пациенты, у которых в преморбиде личностные отклонения не были выражены, в наибольшей степени продемонстрировали те признаки, которые были характерны для всей группы больных в целом (т.е. значительное уменьшение величины "компенсации", увеличение величины "отрицания" по сравнению с контрольной группой и анозогнозический тип отношения к болезни). С другой стороны, у всех пациентов, у которых наблюдались выраженные личностные особенности, как преморбидные, так и приобретенные, достигала высоких величин "регрессия"; в исследовании отмечено ее увеличение во всех случаях наличия личностных расстройств, независимо от их характера или типа акцентуации, что подтверждается и взаимосвязью между выраженностью "регрессии" и дезадаптивных типов отношения к болезни (типы 2 и 3 блока по тесту ТОБОЛ: тревожный, апатический, сенситивный и др.).

В целом данное исследование показало, что существует два основных направления, по которым идет формирование типов отношения к болезни у больных алкоголизмом. Первый тип характерен для лиц, у которых не отмечались расстройства личности в преморбиде и достаточно устойчивых к приобретению личностных изменений в процессе болезни. В этом случае формируется гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни. Защитное реагирование отражает те характеристики, которые носят название "собственно алкогольных" (легковесность, не критичность к своему состоянию и т.п.) и характеризуются в основном низкой способностью разнообразить средства компенсации внутреннего дискомфорта и повышенной способностью к отрицанию вызывающих тревогу явлений окружающей действительности. Выраженность "отрицания" отвечает за величину анозогнозических компонентов в формировании типа отношения к болезни и затрудняет переход к более благоприятному типу отношения к болезни.

Второй личностный тип характеризуется выраженными преморбидными личностными особенностями и стойкими аффективными нарушениями (тревога, внутреннее напряжение, дистимия). Низкая фрустрационная толерантность приводит к перенапряжению защитных систем и неспособности защитных механизмов справиться с внутренним дискомфортом. Тип отношения в основном сенситивный, дополненный компонентами других типов в зависимости от преобладания тех или иных аффективных нарушений. Защитное реагирование характеризуется в первую очередь высокой степенью напряженности защиты и высокими величинами "регрессии", как ведущего защитного механизма.

Использование при психологическом исследовании методики "Индекс жизненного стиля" дает возможность оценить характер трудностей, которые могут возникнуть в процессе психотерапии. Например, в случае анозогнозического типа отношения к болезни целью психотерапевтического воздействия является "алкогольное отрицание", в то время как при сенситивном и других дезадаптивных типах отношения основное внимание, по-видимому, следует уделять осознанию эмоционально-личностных проблем пациента и его реальной жизненной ситуации.

Информация, получаемая с помощью методики для диагностики МПЗ, дополняет картину личностных особенностей пациента характеристиками стиля его защитного реагирования, анализ которого позволяет использовать в процессе психотерапии разнообразные техники повышения эффективности преодоления фрустрирующей ситуации болезни.

### Вялотекущая шизофрения.

Ведущими защитными механизмами в группах больных вялотекущей шизофренией с преимущественно неврозоподобной симптоматикой являются "проекция" и "регрессия", наименее выражен МПЗ по типу "реактивные образования". Защитный профиль больных неврозоподобной формой характеризуется также малым напряжением механизма "замещение", а психопатоподобной (по данным немногочисленных наблюдений) - сниженными значениями "отрицания" и "вытеснения".

Таким образом, учитывая повышенный тревожный фон этих больных (данные по шкале тревоги Шихана), можно говорить о недостаточном компенсирующем действии МПЗ. При этом под действием фрустрирующих факторов защитной реакцией является использование более простых и привычных поведенческих стереотипов, замена решения субъективно более сложных задач на относительно простые и доступные в сложившихся ситуациях. Упрощенность и "доступность" мотивационно-потребностной сферы, по-видимому, согласуется с такой чертой мышления больных шизофренией как схематичность. Неосознаваемое отвержение собственных эмоционально неприемлемых установок или желаний и приписывание их другим людям проявляется у больных шизофренией, по-видимому, и как некий защитный механизм, и как личностная черта.

Приведенные данные являются предварительными.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, материалы теории и опыта применения методики ИЖС в клинической практике позволяют заключить, что механизмы психологической защиты обеспечивают регулятивную систему стабилизации личности, направленную, прежде всего, на уменьшение тревоги, неизбежно возникающей при осознании конфликта или препятствия к самореализации, прежде всего в виде той или иной формы патологии. В широком психологическом контексте психологическая защита срабатывает тем или иным образом при возникновении негативных, психотравмирующих переживаний и во многом определяет поведение личности, устраняющее психический дискомфорт и тревожное напряжение. Во многих современных концепциях психотерапии психологической защите отводится функция преодоления чувства неуверенности в себе, собственной неполноценности, защиты ценностного сознания и поддержания стабильной самооценки. Очевидно, что психологическая защита может быть успешной или неуспешной, конструктивной или деструктивной. По своим проявлениям - это форма бессознательной психической активности, формирующейся в онтогенезе на основе взаимодействия



типологических свойств с конкретно-историческим опытом развития личности в определенной социальной культуре. Диагностика особенностей психологической защиты - весьма сложная задача для медицинских психологов и психотерапевтов. Одним из способов ее решения, как это следует из пособия, может быть моделирование в эксперименте различных ситуаций на вербальном уровне с помощью специальной методики. Ответы испытуемых с известной вероятностью могут выявлять различные механизмы защиты личности. Уточнение внешней валидности опросников типа ИЖС является самостоятельной исследовательской задачей, однако наш опыт показывает, что наиболее адекватным здесь является сочетанное применение любых "специализированных" опросников с проективными экспериментально-психологическими методиками и специализированными опросниками, например, для оценки копинг-стратегий.

Надежность (воспроизводимость) результатов применения методики ИЖС по предварительным результатам ретестирования у здоровых испытуемых достигает 79 %, однако уточнение этих данных - задача продолжающегося исследования, в которой основное место отводится расширению опыта применения методики для диагностики МПЗ в различных областях клинической и медико-психологической практики, главным образом при решении задач оценки динамики лечения и эффективности различных видов психотерапии и психологической коррекции личности.

Специальный класс задач - исследование факторов стрессоустойчивости и риска нарушений психической адаптации, что нами рассматривается как важный аспект теории и практики психопрофилактики.

## Литература

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства// Обозрение психиат. и мед. психологии им .В .М.Бехтерева. 1992, №2, с.5.
2. Бассин Ф.В. О "силе Я" и "психологической защите"// Вопр. философ. 1969, №2.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.-Л., 1988.
4. Блум Г. Психоаналитические теории личности. -М., 1996;
5. Березин М.А., Вассерман Л.И. Факторы риска пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ// Обозрение психиатр, и мед. психологии им.В.М.Бехтерева. 1994, №46, с. 12.
6. Васидюк Ф.Е. Психология переживания.- М., 1984;
7. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. - Методические рекомендации.-Л.,1987.
8. Вассерман Л.И., Березин М.А. Социальная фрустрированность и ее роль в генезе психической дезадаптации// Обозрение психиатр, и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 1997, №1.
9. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. и др. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах. – Методические рекомендации. -СПб., 1991.
10. Воловик В.М., Вид В.Д. Общие принципы и методы групповой психотерапии при шизофрении//Групповая психотерапия при неврозах и психозах.- Л., 1975, с.26.
11. Грановская Р.М. Практическая психология. - СПб., 1997.
12. Журбин В.И. Понятия психологической защиты в концепциях З.Фрейда и К.Роджерса. //Вопр. психологии. 1990, №4.
13. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Концепция отношений В.Н.Мясищева (выпуск 5) // Обозрение психиатр, и мед. психологии им.В.М.Бехтерева. 1997, №1.
14. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - Л., 1985.
15. Клубова Е.Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов// Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. -СПб., 1994, с.77.
16. Клубова Е.Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом// Автореф.диссерт. на соиск.уч.степени к.п.н. -СПб., 1995.
17. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при. соматических заболеваниях//Вопр. психологии. 1990, №5, с. 106.

- 18.Петрова Н.Н. Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к болезни и лечению гемодиализом// Автореф.диссерт. на соиск.уч.степени д.м.н. -СПб., 1997.
19. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. - М, 1996.
- 20.Ротенберг В.С. Психологические проблемы психотерапии// Психологический журнал. 1986,№3,с.Ш.
- 21.Савенко Ю.С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология//Проблема клиники и патогенеза психических заболеваний.-М., 1974.
22. Савельева М.И. Ревматоидный артрит: психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни// Автореф-диссерт. на соиск.уч.степени к.м.н.-Ярославль, 1995.
23. Таукенова Л.М. Кросс-культуральные исследования личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами//Автореф.диссерт. на соиск. уч. степени к.м.н.-СПб., 1995.
24. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. -Л., 1984.
25. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами. Пособие для врачей. -СПб., 1992.
26. Урсано Р. и др. Психодинамическая психотерапия. -М., 1992.
27. Фрейд А. Психология "Я" и защитные механизмы. -М., 1993.
28. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. -М., 1993.
29. Штрахова А.В. Внутренняя картина болезни и механизмы психологической защиты у больных рецидивирующей формой язвенной болезни// Автореф.диссерт. на соиск.уч.степени к.м.н. -СПб., 1997.
30. Alexander E. The impact of Freudian Psychiatry. -Chicago, 1980.
- 31.Lazarus R.S. Enviromental planning in the context of stress and adaptation. - In: Symposium "Society, stress and disease" Stocholm; -Oxford, 1970, p.436.

## Приложения

### Приложение 1

Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева  
Лаборатория клинической психологии, отделение наркологии

#### Индекс жизненного стиля (LSI)

Прочтите следующие утверждения. Эти утверждения описывают чувства, которые человек *ОБЫЧНО* испытывает, или действия, которые он *ОБЫЧНО* совершает. Если утверждение Вам не соответствует, поставьте знак "х" в разделе, обозначенном "Нет". Если утверждение Вам соответствует, поставьте знак "х" в разделе "Да", в месте обозначенном круглыми скобками.

1. Я очень легкий человек и со мной легко ужиться.
2. Когда я хочу чего-нибудь, я никак не могу дождаться, когда это получу.
3. Всегда существовал человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди не считают меня эмоциональным человеком.
5. Я выхожу из себя, когда смотрю фильмы непристойного содержания.
6. Я редко помню свои сны.
7. Меня бесят люди, которые всеми вокруг командуют.
8. Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.
9. Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задаются.
10. В мечтах я всегда в центре внимания.
11. Я человек, который никогда не плачет.
12. Необходимость пользоваться общественным туалетом, заставляет меня совершать над собой усилие.
13. Я всегда готов выслушать обе стороны во время спора,
14. Меня легко вывести из себя.
15. Когда кто-нибудь толкает меня в толпе, я чувствую, что готов толкнуть его в ответ.
16. Многое во мне людей восхищает.
17. Я полагаю, что лучше хорошенько обдумать что-нибудь до конца, чем приходить в ярость.
18. Я много болею.

19. У меня плохая память на лица.
20. Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве.
21. Когда я слышу сальности, я очень смущаюсь.
22. Я всегда вижу светлую сторону вещей.
23. Я ненавижу злобных людей.
24. Мне трудно избавиться от чего-либо, что принадлежит мне.
25. Я с трудом запоминаю имена.
26. У меня склонность к излишней импульсивности.
27. Люди, которые добиваются своего криком и воплями, вызывают у меня отвращение.
28. Я свободен от предрассудков.
29. Мне крайне необходимо, чтобы люди говорили мне о моей сексуальной привлекательности.
30. Когда я собираюсь в поездку, я планирую каждую деталь заранее.
31. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила весь мир.
32. Порнография отвратительна.
33. Когда я чем-нибудь расстроен, я много ем.
34. Люди мне никогда не надоедают.
35. Многие из своего детства я не могу вспомнить.
36. Когда я собираюсь в отпуск, я обычно беру с собой работу.
37. В своих фантазиях я совершаю великие поступки.
38. В большинстве своем люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-нибудь осклизлому, скользкому вызывает у меня отвращение.
40. Если кто-нибудь надоедает мне, я не говорю это ему, а стремлюсь выразить свое недовольство кому-нибудь другому.
41. Я полагаю, что люда обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны.
42. Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в других людях.
43. Я никогда не волнуюсь, когда читаю или слышу о какой-либо трагедии.
44. В споре я обычно более логичен, чем другой человек.
45. Мне совершенно необходимо слышать комплименты.
46. Беспорядочность отвратительна.
47. Когда я веду машину, у меня иногда появляется сильное желание толкнуть другую машину.
48. Иногда, когда у меня что-нибудь не получается, я злюсь.
49. Когда я вижу кого-нибудь в крови, это меня почти не беспокоит.

50. У меня портится настроение, и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимание.
51. Люди говорят мне, *что я* всему верю.
52. Я ношу одежду, которая скрывает мои недостатки.
53. Мне очень трудно пользоваться неприличными словами.
54. Мне кажется, я много спорю с людьми.
55. Меня отталкивает *от* людей то, что они неискренни.
56. Люди говорят мне, что я слишком беспристрастен во всем.
57. Я знаю, что мои моральные стандарты выше, чем у большинства других людей.
58. Когда я не могу справиться с чем-либо, я готов заплакать.
59. Мне кажется, что я не могу выражать свои эмоции.
60. Когда кто-нибудь толкает меня, я прихожу в ярость.
61. То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.
62. Я очень редко испытываю чувства привязанности.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я многое коллекционирую.
65. Я работаю более упорно, чем большинство людей, для того, чтобы добиться результатов в области, которая меня интересует.
66. Звуки детского плача не беспокоят меня.
67. Я бываю так сердит, что мне хочется крушить все вокруг.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я много лгу.
70. Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг нее.
71. В основном люди несносны.
72. Я бы ни за что не пошел на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
73. Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.
74. Я буду делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я не понимаю некоторых своих поступков.
76. Я через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
77. Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем большинство людей думают.
78. Когда у меня неудача, я не могу сдержать плохого настроения.
79. То, как люди одеваются сейчас на пляже - неприлично.
80. Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81. Я всегда планирую наихудшее, с тем, чтобы не быть застигнутым врасплох.

82. Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моем положении.
83. Как-то я был так сердит, что сильно саданул по чему-то и случайно поранил себя.
84. Я испытываю отвращение, когда сталкиваюсь с людьми низкого морального уровня.
85. Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
86. Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.
87. Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Мне кажется, что я не могу закончить ничего из того, что начал.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не трогает меня.
90. В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
91. Я много кричу на людей.
92. Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперед.
93. Когда я расстроен, я часто напиваюсь.
94. Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95. Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю более чем обычно.
96. Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того, чтобы добиться успеха.
97. Я говорю много неприличных слов.

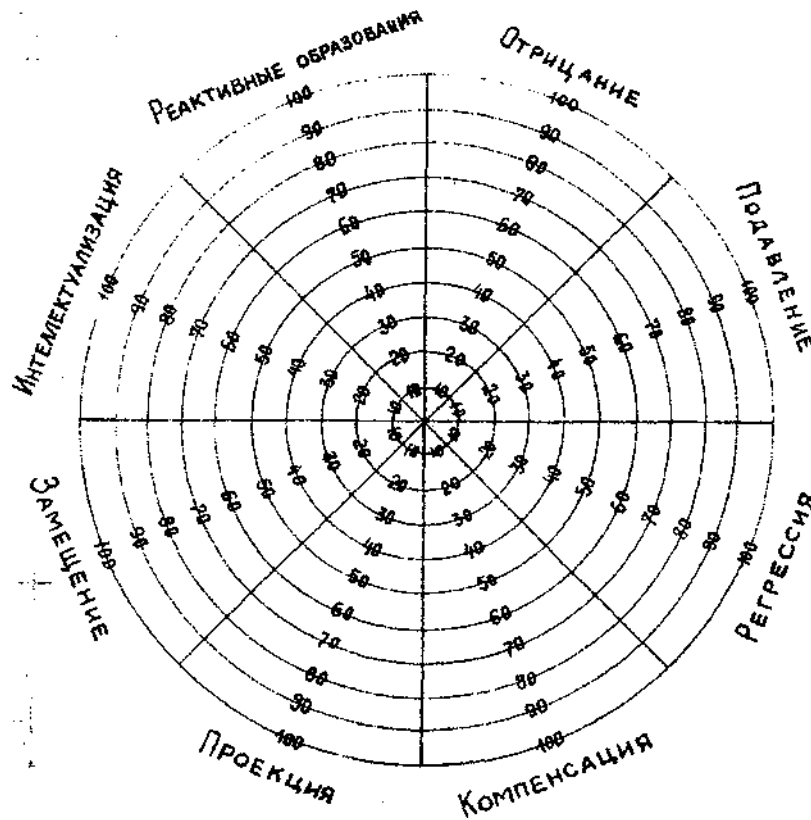




## Профильный лист к ИЖС (LSI)

## Шкала эго защиты

| Ф.И.О.             |  | Эго защиты                 | Сырая оценка | Процент. |
|--------------------|--|----------------------------|--------------|----------|
| Дата               |  | 1 - Отрицание              |              |          |
| Возраст            |  | 2 - Подавление             |              |          |
| Пол                |  | 3 - Регрессия              |              |          |
| Семейное положение |  | 4 - Компенсация            |              |          |
| Образование        |  | 5 — Проекция               |              |          |
| Адрес:             |  | 6 - Замещение              |              |          |
|                    |  | 7 -Интеллектуализация      |              |          |
|                    |  | 8 - Реактивные образования |              |          |



### Таблицы нормативных данных по методике ИЖС (LSI)

Таблица 1

#### Средние величины нормативных данных по 8 вариантам МПЗ

| Материалы защиты       | Данные апробации авторов методики<br>n=140 |      |      | Данные авторов методики<br>n=104 |      |      |
|------------------------|--|------|------|----------------------------------|------|------|
|                        | M  | s    | ±m   | M                                | s    | ±m   |
| Отрицание              | 4,5  | 2,96 | 0,25 | 3,81                             | 2,07 | 0,20 |
| Вытеснение             | 4,0  | 2,97 | 0,20 | 2,59                             | 1,77 | 0,17 |
| Регрессия              | 4,7  | 2,96 | 0,25 | 5,12                             | 3,09 | 0,30 |
| Компенсация            | 3,1  | 2,13 | 0,18 | 4,38                             | 1,86 | 0,18 |
| Проекция               | 8,2  | 3,55 | 0,30 | 5,51                             | 3,01 | 0,30 |
| Замещение              | 3,8  | 2,96 | 0,25 | 3,12                             | 2,01 | 0,20 |
| Интеллектуализация     | 5,9  | 2,60 | 0,22 | 6,32                             | 1,95 | 0,19 |
| Реактивное образование | 3,1  | 2,13 | 0,18 | 2,80                             | 2,35 | 0,23 |

**Шкала для перевода сырых баллов по опроснику ИЖС (LSI) в  
процентили\* (данные RPlutchik'a)**

| Сырые очки | Отрицание | Вытеснение | Регрессия | Компенсация | Проекция | Замещение | Интеллектуализация | Реактивные образ. |
|------------|-----------|------------|-----------|-------------|----------|-----------|--------------------|-------------------|
| 0          | 0         | 2          | 1         | 2           | 2        | 4         |                    | 13                |
| 1          | 2         | 15         | 6         | 5           | 2        | 15        | 0                  | 38                |
| 2          | 8         | 34         | 15        | 16          | 4        | 27        | 3                  | 56                |
| 3          | 19        | 54         | 30        | 29          | 9        | 40        | 16                 | 71                |
| 4          | 33        | 71         | 47        | 45          | 16       | 53        | 32                 | 81                |
| 5          | 52        | 83         | 61        | 62          | 26       | 69        | 51                 | 88                |
| 6          | 70        | 91         | 73        | 79          | 39       | 83        | 74                 | 93                |
| 7          | 83        | 96         | 82        | 90          | 53       | 90        | 87                 | 95                |
| 8          | 91        | 99         | 89        | 97          | 68       | 94        | 95                 | 98                |
| 9          | 97        |            | 93        | 99          | 70       | 96        | 99                 | 99                |
| 10         | 99        |            | 97        |             | 88       | 99        |                    |                   |
| 11         |           |            | 99        |             | 94       |           |                    |                   |
| 12         |           |            |           |             | 98       |           |                    |                   |

---

Данные предоставлены авторам апробации методики от 22.05.92 г.

Таблица 3

**Шкала для перевода сырых оценок по методике ИЖС (LSI) в процентилях  
(данные авторов апробации)**

| Сырые очки | Отрицание | Вытеснение | Регрессия | Компенсация | Проекция | Замещение | Интеллектуализация | Реактивные образ. |
|------------|-----------|------------|-----------|-------------|----------|-----------|--------------------|-------------------|
| 0          | 3         | 2          | 2         | 5           | 1        | 6         | 0                  | 7                 |
| 1          | 13        | 8          | 6         | 20          | 5        | 23        | 3                  | 19                |
| 2          | 27        | 25         | 19        | 37          | 6        | 37        | 6                  | 39                |
| 3          | 39        | 42         | 35        | 63          | 7        | 48        | 17                 | 61                |
| 4          | 50        | 63         | 53        | 78          | 12       | 65        | 28                 | 76                |
| 5          | 61        | 76         | 70        | 88          | 20       | 77        | 42                 | 91                |
| 6          | 79        | 87         | 80        | 95          | 27       | 86        | 59                 | 97                |
| 7          | 84        | 92         | 85        | 97          | 36       | 93        | 76                 | 98                |
| 8          | 90        | 97         | 88        | 99          | 46       | 97        | 87                 | 99                |
| 9          | 97        | 98         | 95        |             | 64       | 98        | 92                 |                   |
| 10         | 98        | 99         | 97        |             | 72       | 99        | 97                 |                   |
| 11         | 99        |            | 99        |             | 90       |           | 99                 |                   |
| 12         |           |            |           |             | 96       |           |                    |                   |
| 13         |           |            |           |             | 99       |           |                    |                   |

**СОДЕРЖАНИЕ**

|   |    |
|---|----|
| <b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....   | 1  |
| 2. Механизмы психологической защиты: краткий очерк истории и теории.....  | 5  |
| 3. Методика для психологической диагностики МПЗ<br>(индекс жизненного стиля - LSI).....   | 13 |
| 4. Содержательные характеристики механизмов психологической защиты<br>(индекса жизненного стиля).....   | 20 |
| 5. Особенности механизмов психологической защиты у больных с нервно-<br>психическими, психосоматическими и соматопсихическими расстройствами. | 24 |
| <b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....   | 35 |
| <b>Литература</b> .....   | 37 |
| <b>Приложения</b> .....   | 39 |

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами

Обращайтесь по тел (812) 265-20-80 или по адресу: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, Издательский центр отделения научно-медицинской информации

Подписано в печать 18.04.2005. Формат 60x84/16.  
Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии  
СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева.  
Печать ризографическая.  
Заказ №56. Тираж 100 экз.

Типография СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, тел. 265-20-80