

преобладание положительных эмоций (А.Е. Олшанникова); интегративное свойство личности, характеризующееся таким взаимодействием эмоциональных, волевых, интеллектуальных и мотивационных компонентов психической деятельности человека, которые обеспечивают оптимальное успешное достижение цели деятельности в сложной эмоциональной обстановке (П.Б. Зильберман).

По мнению Ли Канг Хи «стрессоустойчивость является интегральным качеством личности, основой успешного социального взаимодействия человека, характеризующееся эмоциональной стабильностью, низким уровнем тревожности, высоким уровнем саморегуляции, психологической готовностью к стрессу, т.е. совокупность индивидуальных психологических свойств, выступающих в качестве базовых психологических механизмов коррекции стрессовых состояний» [Ли Канг Хи, с. 78].

С нашей точки зрения, рассмотрение стрессоустойчивости как интегрального качества личности (Ли Канг Хи) является самым универсальным подходом к изучению данного понятия.

Т.о., нет единого определения этого понятия. Соответственно, и методы измерения и методы развития этого качества будут отличаться друг от друга.

И.А. Лукина, О.В. Кружкова  
г. Екатеринбург, РГППУ

### **Особенности психологической защиты личности в контексте тревожности и алекситимии у соматических больных, больных алкоголизмом и шизофренией**

Изучение психологической защиты в различных ее аспектах проявления актуальная тема исследования. Выполняя предохраняющие, охраняющие функции с одной стороны, защита часто искажает восприятие человеком окружающей реальности и самого себя. Поэтому всегда важно определить ту грань активизации защитных механизмов, позволяющую эффективно выполнять возложенные на нее функции без вредоносной для личности фальсификации поступающей информации.

Под психологической защитой мы понимаем систему стабилизации личности, направленную на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта. Каждый индивид

пользуется различными механизмами, но интенсивность их проявления вариативна.

В период болезни действие психологической защиты как правило не способствует выздоровлению, а лишь подчеркивает и усугубляет психологические последствия течения заболевания. Не смотря на то, что психологическая защита изначально изучалась именно на клинических случаях, на сегодняшний день существует достаточно ограниченное количество сравнительных исследований проявления психологической защиты у больных разными типами заболеваний. При этом при построении исследования психологической защиты больных важным является учет психологических факторов, сопровождающих болезнь, таких, как тревожность и алекситимия.

Тревожность – это склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги. Это индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся наиболее ярко у людей, страдающих каким-либо заболеванием.

Алекситимия – это неспособность человека называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план.

Тревожность в совокупности с алекситимией усугубляет действие психологических защит, тем самым искажается информационное поле личности. Человек начинает воспринимать и внешнюю информацию неадекватно, например, если показатель алекситимии высок, то человек плохо понимает то, что он сейчас чувствует, и тем самым его внутреннее состояние дискомфорта усугубляется.

Целью нашего исследования мы поставили изучение психологической защиты личности в контексте тревожности и алекситимии у соматически больных людей, людей, больных алкоголизмом и шизофренией.

Нами предполагалось, что особенности взаимосвязи психологической защиты, тревожности и алекситимии у людей больных алкоголизмом, шизофренией и соматически больных людей могут иметь значимые отличительные особенности.

Для проверки данной гипотезы были использованы методы сбора эмпирических данных – Торонтская Алекситимическая Шкала; тест самооценки тревожности Спилбергера и методика Индекс жизненных стилей Плутчика.

Исследование проводилось на базе психиатрического, наркологического отделений и амбу-

латорной службы МУЗ «ЦГБ им. Шестовских Л.Г.» г. Ирбита. Выборка составила 60 человек и при этом делилась на три подгруппы: 1) соматические больные, то есть больные, страдающие гипертонической болезнью, сердечной недостаточностью (20 человек); 2) это больные, с синдромом зависимости от алкоголя I – II степени (20 человек); 3) больные, страдающие псевдопсихотической и параноидной формами шизофрении (20 человек).

Нами были получены следующие результаты:

1. У соматически больных людей в наибольшей степени выражены проекция и рационализация. Это люди, осознаваемо контролирующие своё поведение, но при этом неосознаваемо активизирующие какой-либо мотив, тем самым оправдывая случившееся событие (болезнь). Рационализация помогает человеку сохранить представление о своей искренности. Они отстаивают свою точку зрения, пусть даже путём изменения смысла события. Кроме того, сочетание рационализации и проекции позволяет этим людям снять чувство вины за свое заболевание с себя и возложить ответственность за происшедшее на других людей или обстоятельства. Рационализируя ситуацию, эти больные верят, что, следуя всем предписаниям врачей, они избавятся от недуга.

2. У людей, страдающих алкоголизмом, в наибольшей степени выражены проекция и отрицание. Они закрывают глаза на реальное положение дел, видят и слышат не то, что происходит, а то, что они хотят воспринимать. Избирательно исключая травмирующую информацию, больной от неё уклоняется, игнорируя то, что повышает тревогу и усиливает внутренний конфликт. Уклонение осуществляется на стадии восприятия, и чем ближе травмирующий материал к осознанию, тем больше сопротивление – человек буквально слепнет и глухнет, не воспринимая очевидного. Повышенная внушаемость определяет сверхзначимость чувства принятия человека социальной средой. Тогда отрицание играет роль сдерживания негативных эмоций от неприятия окружающих. У больного с отрицанием как ведущей формой защиты отмечаются эгоцентризм, отсутствие самокритики, богатая фантазия. В крайних проявлениях обнаруживается демонстративность поведения, а при патологии – истерия.

3. У больных, страдающих шизофренией, в наибольшей степени выражены проекция и гиперкомпенсация. Это люди со своими определёнными, своеобразными взглядами, идеями и принци-

пами, им неприятно всё связанное с функционированием организма и отношениями полов, выражаемое в различных формах и с различной интенсивностью. Разница может наблюдаться в форме протекания болезни и наличии галлюцинаторного синдрома.

4. Во всех подгруппах в наибольшей степени выражена личностная тревожность, поскольку ситуация болезни пролонгирована и несет определенную угрозу жизни человека. Постоянно испытывая это состояние, больной приобретает тревожность как личностную черту.

5. Показатели алекситимии во всех группах больных не равнозначны. В целом усредненные данные позволяют определить средний уровень алекситимии по подвыборкам. Но при этом показатели больных алкоголизмом приближаются к неалекситимическому типу личности, а показатели больных шизофренией – к ярко выраженному алекситимическому. Наибольший процент людей с выраженной алекситимией находится в группе соматических больных. А люди, больные алкоголизмом характеризуются наибольшей склонностью к неалекситимическому типу, т.к. на низком и среднем уровне в данной подвыборке располагаются 75 % респондентов.

6. После проведения сравнительного анализа попарно по подгруппам были обнаружены следующие различия:

• *между соматически больными и больными, страдающими алкоголизмом.* Это свидетельствует о том, что у людей, страдающих алкоголизмом, в большей степени выражены механизмы регрессии, замещения и отрицания. Они более податливы чужому влиянию, склонны к плаксивости, как правило, не переносят одиночества, проявляют слабыхарактерность «я никому не нужен», т.е. принимают на себя «роль ребёнка». Эти люди излишне импульсивны, вспыльчивы, раздражительны, нервозны, требовательны к окружающим. При этом выплёскивающие свои эмоции гнева, либо на более сильного и значимого субъекта, выступающего как фрустратор, во избежание ответной агрессии, либо на более слабого, одушевленного или неодушевленного объекта, или на самого себя. При этом люди, страдающие алкоголизмом, не признают того, что они больны и им необходима медицинская помощь. Они стараются быть в центре внимания и легко переносят критику в свой адрес, непринуждённы и дружелюбны, самонадеянны и обходительны.

• *между соматически больными и больными, страдающими шизофренией.* У людей, страдающих шизофренией в отличие от соматических больных в большей степени выражены механизмы регрессии, гиперкомпенсации и рационализации. Люди, страдающие шизофренией, неадекватно относятся к своему состоянию здоровья. Они не принимают того, что больны и считают это нормой, мало того высказывают предположения, что они лучше и думают или выполняют какое-либо действие, т.е. принимают на себя «роль ребёнка», который всё хочет делать сам. Потому как заболевание приводит к формированию специфических изменений личности — замкнутости, эмоционального обеднения, снижение активности, появление странности в поведении, чужаковатость — у больного возникают сложности адаптации в обществе, при чём их проявления индивидуальны.

• *между больными, страдающими алкоголизмом и больными, страдающими шизофренией.* Люди страдающие шизофренией в большей степени склонны к проявлению гиперкомпенсации, чем больные алкоголизмом. Это свидетельствует о том, что люди, страдающие шизофренией, более склонны к гиперсоциальному поведению, тем самым они «маскируют» своё заболевание, стараясь реализовать «правильное» поведение.

7. После проведения корреляционного анализа можно утверждать, что в группе соматических больных наблюдается высокая интегрированность и взаимообусловленность проявления психологических защит, тревожности и алекситимии. Так в этой группе значимыми являются 25,5 % межкорреляционных связей от их возможного числа. В группе больных алкоголизмом было обнаружено уже только 20 %, а в группе больных шизофренией — 10,9 % межкорреляций от их возможного числа. В целом это свидетельствует о меньшей интегрированности как самих психологических защит, так и психологических защит в аспекте тревожности и алекситимии именно у больных шизофренией.

Таким образом, интересно отметить, что параметры тревожности и алекситимии у респондентов с разными заболеваниями имеют специфические отличительные особенности.

У соматически больных людей, чем выше показатель алекситимии, тем реже проявляются психологические защиты, а именно замещение, отрицание и рационализация. Личностная тревожность и реактивная взаимосвязаны между собой, т.е. таких больных «напрягает» именно сама сло-

жившаяся ситуация, при этом они выплёскивают свои эмоции гнева на окружающих по принципу «Вы виноваты».

У больных, страдающих алкоголизмом, чем выше показатель алекситимии, тем в большей степени проявляются психологические защиты. Такие больные требуют к себе повышенного внимания, уважения «нет, ты меня послушай...». А в «светлых промежутках» ведут себя корректно и заискивающе «всё будет хорошо, я больше не буду пить...». Таким образом, проявляются высокие показатели регрессии и гиперкомпенсации. При этом алекситимия здесь связана с личностной тревожностью, т.е. чем выше показатель алекситимии, тем выше уровень личностной тревожности. Сами же между собой реактивная и личностная тревожность не взаимосвязаны, т.е. больных, страдающих алкоголизмом, беспокоит не столько сама ситуация, сколько их собственные переживания.

У больных, страдающих шизофренией, наблюдается только одна положительная среднзначимая взаимосвязь с проекцией, т.е. чем выше алекситимия, тем выше показатель проекции. Такие больные не могут выразить то, что они чувствуют, и поэтому «Вы во всём виноваты». Личностная и реактивная тревожность между собой взаимосвязаны положительно высокозначимо. Потому их беспокоит как окружающий мир, так и проявления собственной личности, собственные переживания, выразить адекватно которые они не способны, поскольку это личности дезинтегрированные и раздробленные, в значительной степени «поврежденные» болезнью.

С.А. Матвеева

г. Казань, КГТУ – КАИ им. А.Н.Туполева

#### **Личностные факторы, влияющие на адаптацию к стрессу лиц, страдающих психосоматическими заболеваниями**

Личность часто переживает стрессовые ситуации, которые оказывают разрушительное воздействие на неё. Наличие стрессовых ситуаций обуславливают возникновение специфических психосоматических страданий или обострение уже имеющегося физического нарушения.

Люди осознанно или бессознательно ведут себя определенным образом в ответ на воздействия окружающей среды (стрессоры), стараясь преодолеть возникшую ситуацию. Здесь выделяются механизмы защиты и копинг-стратегии. Для поддержания работы механизмов защиты на оптимальном уровне требуется постоянное расходова-