

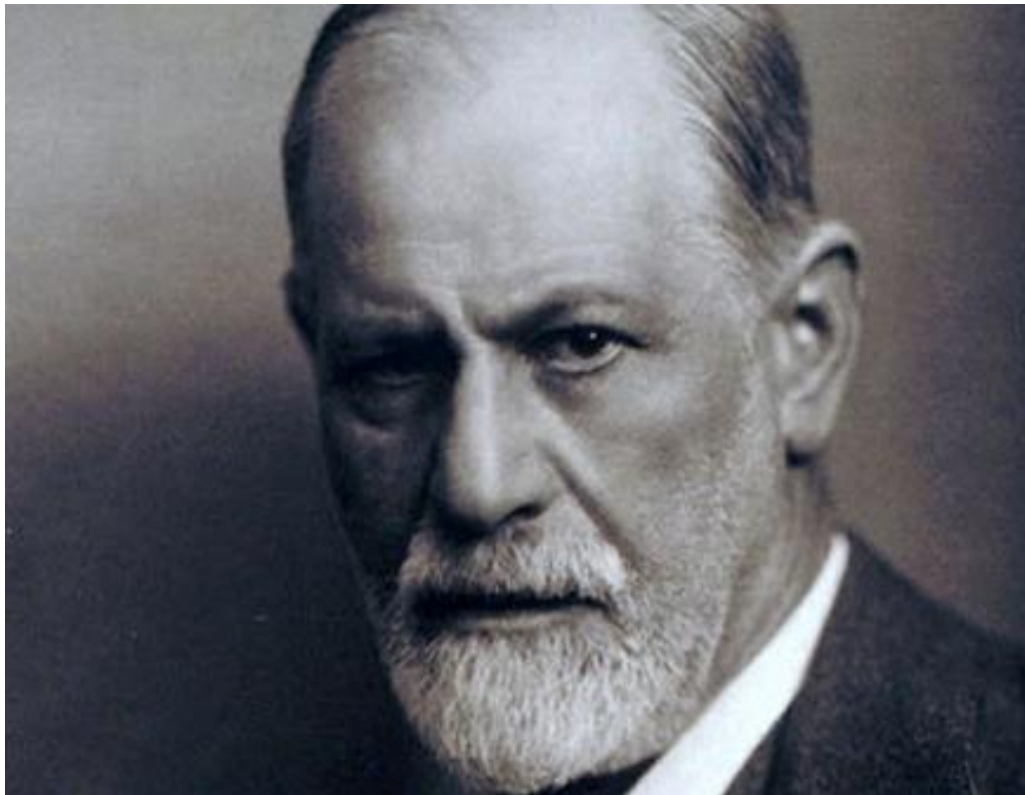
ПОНЯТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ. ЕЁ РОЛЬ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.



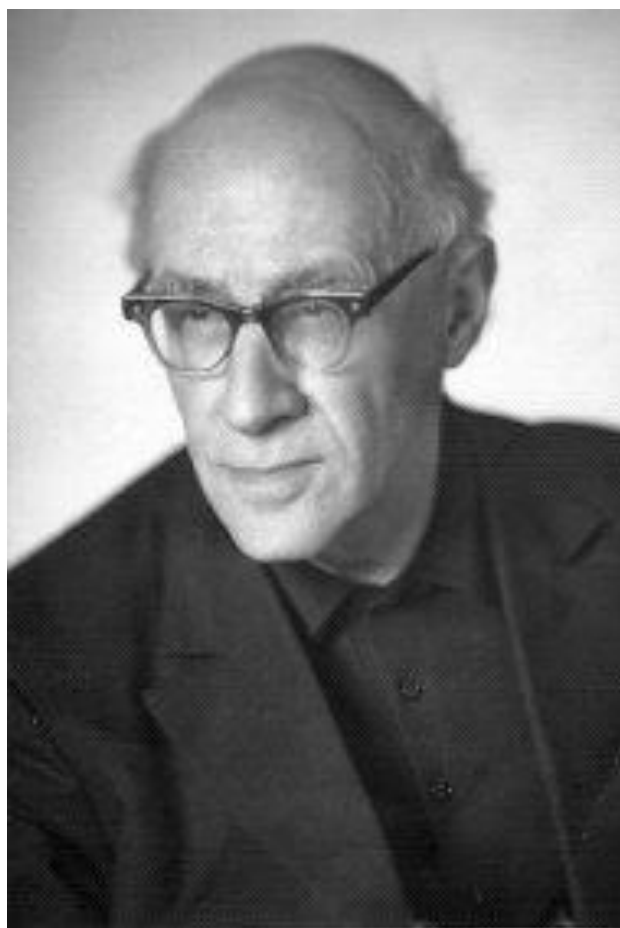
Понятие П. з. приобрело существенное значение во всех направлениях психологии и психотерапии. При заболеваниях с биологическими механизмами развития болезнь всегда рассматривали как результат действия вредоносных факторов и механизмов «физиологической защиты», направленных на восстановление нарушенного гомеостаза организма. Аналогично можно расценивать и механизмы П. з. Воспаление и боль, с одной стороны, являются адаптивными физиологическими реакциями, с другой — включаясь в патогенез болезни, играют и вредоносную роль (Иовлев Б. В., 1974). Механизмы П. з. также адаптивны и ***предохраняют сознание больного от болезненных чувств и воспоминаний, однако при проведении психотерапевтической работы создают определенные препятствия, сопротивление переработке психотравмирующего содержания переживаний.***



Представления о П. з. первоначально **формировались в рамках психоанализа**. Согласно разработанной Фрейдом (Freud S.) структуре личности, П. з. рассматривается как бессознательные, приобретенные в процессе развития личности способы достижения «Я» компромисса между противодействующими силами Оно или Сверх-Я, а также внешней действительностью.



В отечественной психологии и психотерапии понятие П. з. рассматривается как важнейшая форма реагирования сознания индивида на психическую травму (Бассин Ф. В. и др., 1975).



В личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова П. з. понимается как система адаптивных реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений — когнитивных, эмоциональных, поведенческих — с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я-концепцию больного.

Первую группу составляют защитные механизмы, которые объединяет отсутствие переработки содержания того, что подвергается вытеснению, подавлению, блокированию или отрицанию.

Вытеснение – активное недопущение в сферу сознания или устранение из нее болезненных, противоречивых чувств и воспоминаний, неприемлемых желаний и мыслей.

Близкими к описанному способу защиты считаются механизмы перцептивной защиты (автоматические реакции невосприятия при наличии болезненного расхождения между поступающей и имеющейся информацией), подавление (более сознательное, чем при вытеснении, избегание тревожащей информации, отвлечение внимания от осознаваемых аффектогенных импульсов и конфликтов), блокирование (задержка, торможение – обычно временное – эмоций, мыслей или действий, возбуждающих тревогу), отрицание (непризнание, отвергание ситуаций, конфликтов, игнорирование болезненной реальности, фактов).

Вторая группа механизмов П. з. связана с преобразованием (искажением) содержания мыслей, чувств, поведения больного. (Рационализация, Интеллектуализация, Изоляция, Смещение, Проекция, Идентификация)

Механизм рационализации проявляется в псевдообъяснении больным собственных неприемлемых желаний, убеждений и поступков, интерпретации по-своему различных личностных черт (агрессивности как активности, безразличия как независимости, скупости как бережливости и т. д.) с целью самооправдания, так как осознание истинного их содержания может привести к снижению чувства собственной ценности, повышению тревоги и другим отрицательным переживаниям.

При защитном механизме по типу интеллектуализации вступает в действие контроль над эмоциями и импульсами путем преобладания размышления, рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания. Характерным признаком является «объективное» отношение к ситуации, чрезмерно рассудочный способ представления и попытки решения конфликтных тем без ощущения связанных с ситуацией аффектов.

Близким к описанному способу защиты является механизм изоляции, состоящий в интеллектуально-эмоциональной диссоциации, отделении эмоции от конкретного психического содержания, в результате чего представление или эмоции вытесняются или эмоция связывается с другим, менее значимым представлением, и тем самым достигается снижение эмоционального напряжения.

Следующий в этой группе защитный механизм формирования реакции характеризуется совладением с неприемлемыми импульсами, эмоциями, личностными качествами посредством замены их на противоположные (например, пациент с вытесняемой враждебностью по отношению к окружающим неосознанно принимает установку и поведение человека послушного и уступчивого).

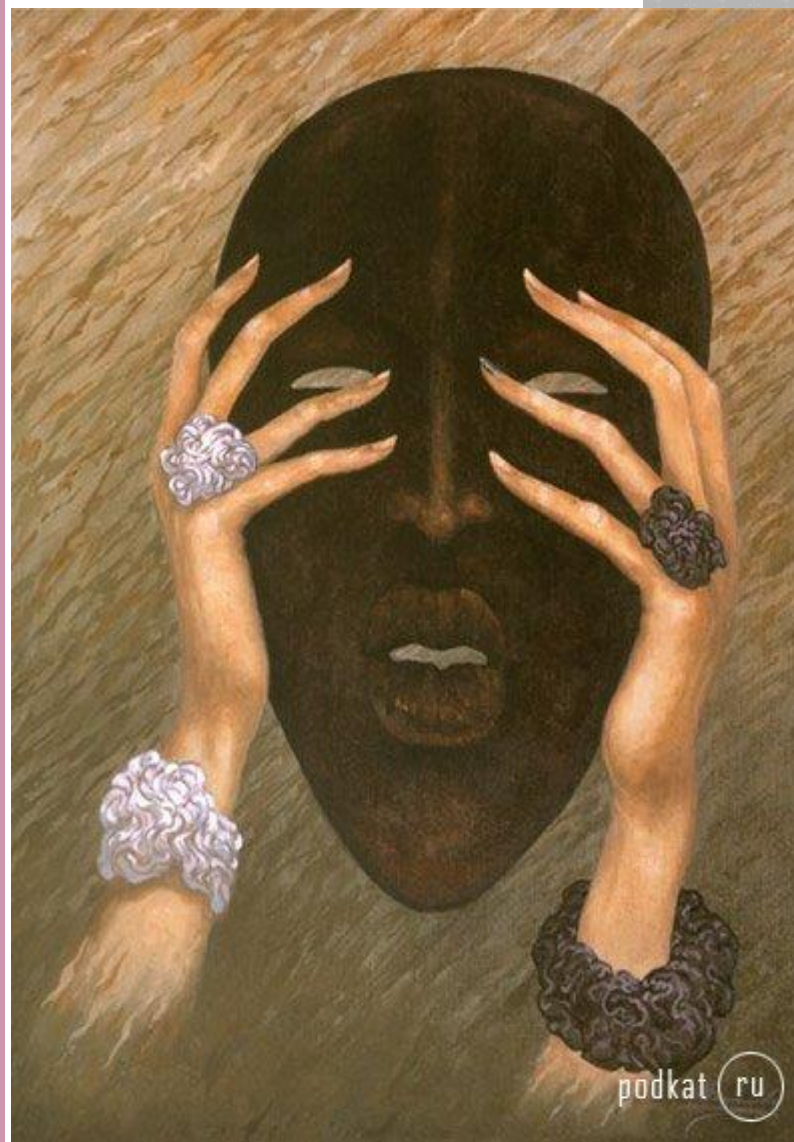
Механизм смещения проявляется в том, что реальный объект, на который могли быть направлены негативные чувства, заменяется более безопасным (например, сдерживаемая агрессия больного в отношении авторитетного лица перемещается на других, зависимых от него людей).

В случае защитного механизма проекции происходит приписывание больным непризнаваемых собственных мыслей, чувств и мотивов другим людям.

В отличие от механизма смещения при идентификации больной отождествляет себя с более сильной личностью, в частности, имитируя агрессивную или дружелюбную манеру поведения в зависимости от ассоциируемых с этим человеком чувств страха или любви.

Третью группу способов П. з. составляют механизмы разрядки отрицательного эмоционального напряжения. (Реализация в действии, Соматизация, Сублимация)
К ним относится защитный механизм реализации в действии (acting out), при котором аффективная разрядка осуществляется посредством активации экспрессивного поведения. Этот механизм может составлять основу развития психологической зависимости от алкоголя, наркотиков и лекарств, а также суицидальных попыток, гиперфагии, агрессии и др.

Защитный механизм соматизации тревоги или какого-либо отрицательного аффекта проявляется в психовегетативных и конверсионных синдромах путем трансформации психоэмоционального напряжения сенсорно-моторными актами. Некоторые авторы включают в защитную деятельность личности механизмы сублимации, преобразующей энергию инстинктивных влечений в социально приемлемую активность.



К четвертой группе могут быть отнесены механизмы П. з. манипулятивного типа. (Регрессия, Фантазирование, Уход в болезнь) При защитном механизме регрессии происходит возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности, зависимости, детскости поведения с целью уменьшения тревоги и ухода от требований реальной действительности. С помощью механизма фантазирования (в функции манипуляции) больной, приукрашивая себя и свою жизнь, повышает чувство собственной ценности и контроль над окружением. Известен также защитный механизм ухода в болезнь, при формировании которого больной отказывается от ответственности и самостоятельного решения проблем, оправдывает болезнью свою несостоятельность, ищет опеки и признания, играя роль больного.



Особенности П. з. проявляются в период интенсивной психотерапевтической работы при обсуждении существенных проблем больного, анализе самооценки, прояснении неотчетливо выражаемых пациентом эмоций, конфронтации (сопоставление и демонстрация больному его противоречивых высказываний и поведения), осознании внутреннего конфликта при общении с психотерапевтом.



Защитные механизмы пациента представляют собой один из источников сопротивления в процессе психотерапии.

Сопротивление отражает наличие противоречивой мотивации к лечению: с одной стороны, сознательного стремления к выздоровлению, с другой — неосознаваемой потребности в сохранении заболевания, так называемой «условной желательности болезни». Пациент оказывает сопротивление в определенные моменты психотерапевтического процесса, используя типичный для него стиль защиты, с помощью которого он избегает болезненных переживаний.



Важнейшим правилом психотерапевтической тактики при работе с защитными механизмами больного является признание врачом определенного положительного значения П. з., проявление уважения к личности пациента, осуществляющей центральную регулирующую функцию в системе психической адаптации.



Следующим, также важным правилом является постепенная, пошаговая работа с выявлением, осознанием и истолкованием способа защиты.

В моменты выраженного сопротивления пациента психотерапии психотерапевт может продемонстрировать очевидность этого защитного противодействия, а больной окажется в состоянии осмыслить и признать факт действия этих неосознаваемых им прежде сил. Только тогда можно приступить к истолкованию механизма проявления конкретного способа П. з., его адаптивных и дезадаптивных функций.



Психотерапевтическое воздействие при наличии П. з. может осуществляться на различных уровнях. Конструктивное изменение психотравмирующей жизненной ситуации, симптоматическое снижение тревоги, укрепление «Я» и повышение самооценки способствуют снижению дезадаптивной защитной деятельности пациента.



Эмпатическое общение (сопереживание и эмоциональная поддержка) с больным также приводит к уменьшению его защитного сопротивления. При целенаправленной работе с механизмами П. з. происходит изменение нарушенных отношений личности, осознание и разрешение конфликта.



В ходе психотерапии следует стремиться к замене примитивных, незрелых защитных реакций вытеснения более избирательными и сознательными адаптивными способами подавления и совладания. Тем самым достигается вербальный контроль, и пациент начинает использовать более совершенные, сознательные механизмы П. з. Раскрытие и переработка одних защитных механизмов (замещение, идентификация) проводится с целью укрепления «Я» пациента, других (рационализация, интеллектуализация, фантазирование, реализация в действии, вытеснение) — для обучения контролю и управлению ими, третьих (уход в болезнь, регрессия) — для их устранения.