

УДК 616.895.8.-082.4/6-085

*О.К. Малтанар, В.Ал. Абрамов***ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ И МНОГОАСПЕКТНОЙ ДЕПРИВАЦИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: механизмы психологической защиты, шизофрения, долговременная изоляция, нервно-психическая напряженность

Известно, что многие и, особенно, хронические психические расстройства сопровождаются значительным риском социальной депривации и деструктивных форм личностного функционирования больных. Это обусловлено как выраженной тенденцией к самоизоляции и неспособностью больных устанавливать полноценные социальные отношения, так и разнообразными формами индивидуального и группового стигматизирующе – депривационного давления в социуме.

Депривация (от лат. *Deprivatio* – потеря, лишение) – психическое состояние, возникновение которого обусловлено жизнедеятельностью личности в условиях продолжительного лишения или существенного ограничения возможностей удовлетворения жизненно важных ее потребностей (1). Понятие «депривация» в содержательно-психологическом плане является родственным, но не тождественным понятию «фрустрация». В отличие от фрустрации, касающейся потребности, активизированной в данный момент, уже направленной к цели и осознанием субъектом невозможности ее удовлетворения, депривация может полностью не осознаваться и представляет собой сложное, многоаспектное явление, имеющее отношение к различным сферам человеческой жизни.

По сравнению с фрустрацией, депривация, существенно более тяжелое, болезненное и иногда личностно разрушающее состояние, отличающееся качественно более высоким уровнем жесткости и устойчивости по сравнению фрустрационной реакцией. В различных обстоятельствах депривированными могут оказаться различные потребности. В связи с этим термин «депривация» традиционно рассматривается как родовое понятие, объединяющее целый класс психических состояний личности, возникающих в результате

длительного ее отдаления от источников удовлетворения той или иной потребности (2). Несмотря на разнообразие видов депривации, их проявления в психологическом плане содержательно схожи. Как правило, психическое состояние депривированной личности обнаруживается в ее повышенной тревоге, страхе, чувстве глубокой, нередко необъяснимой для самого человека неудовлетворенности собой, своим окружением, своей жизнью. Эти состояния находят свое выражение в потере жизненной активности, в устойчивой депрессии, прерываемой иногда всплесками неспровоцированной агрессии (3). В то же время в каждом отдельном случае степень депривационного «поражения» личности различна. Решающее значение здесь имеют выраженность и соотношенность двух основных групп факторов: 1) уровень устойчивости конкретной личности, ее депривационный опыт, способность противостоять воздействию ситуации, т. е. степень ее психологической «закалки»; 2) степень жесткости, модификационной мощности и мера многоаспектности депривационного воздействия (2).

А. Маслоу (4) выделяет две разновидности депривации: депривацию базовых потребностей и угрожающую депривацию. Первая легко замещается и не вызывает серьезных последствий. Вторая рассматривается как угроза личности, то есть как депривация, которая угрожает жизненным целям индивидуума, его самооценке, препятствует самоактуализации, удовлетворению базовых потребностей.

В психологии принято выделять следующие виды депривации: двигательная, сенсорная и социальная. Двигательная депривация является следствием резкого ограничения в движениях, вызванного такими специфическими условиями жизни, которые приводят к ярко выраженной хронической гиподинамии. Психологические

(собственно личностные) деформации, к которым приводит двигательная депривация, по своей глубине и труднопреодолимости ни в чем не уступают, а порой и превосходят те физиологические аномалии, которые являются прямым следствием болезни или травмы. Сенсорная депривация — следствие «сенсорного голода», т. е. психическое состояние, вызванное невозможностью удовлетворить важнейшую для любого индивида потребность во впечатлениях в связи с ограничением зрительных, слуховых, осязательных, обонятельных и др. стимулов. Депривационная ситуация здесь может порождаться комплексом экстремальных обстоятельств жизнедеятельности субъекта, препятствующих адекватному «сенсорному насыщению». В психологии подобные условия описываются с помощью термина «обедненная среда» (5).

Среда, обедненная стимулами различной модели (стимульно-сенсорный дефицит), способствует формированию депривации идентичности и ограниченной возможности для усвоения автономной (самостоятельной) роли, а, следовательно, и нарастанию самостигмы как проявления дезинтеграции идентичности (6). В формировании этих состояний существенную роль играют механизмы психологической защиты, которые, в свою очередь, определяют жесткость восприятия депривационной ситуации и вероятность формирования депривационного синдрома (1).

Психическое состояние, традиционно обозначаемое понятием «социальная депривация», является следствием по тем или иным причинам произошедшего нарушения контактов индивида с социумом. Такие нарушения всегда сопряжены с фактом социальной изоляции, степень жесткости которой может быть различной, что в свою очередь определяет меру жесткости депривационной ситуации. Формы социальной депривации различны не только по степени ее жесткости, но и по тому, кто является ее инициатором, кто именно задает депривационный характер отношений группы с широким социумом — она сама или же общество, целенаправленно создавая для решения определенных задач в той или иной мере закрытое от других человеческих сообществ объединение людей.

Типичной (классической) моделью групповой депривации является длительная изоляция больных с психическими расстройствами при осуществлении принудительного лечения в условиях закрытого психиатрического стационара. Депривационный характер взаимоотношений

этих больных с социумом обеспечивает оторванность группы больных от привычного социального окружения в силу сложившихся обстоятельств, вне зависимости от их собственного желания и вопреки их воле. Типичной особенностью групповой изоляции, по сравнению с другими формами измененных условий существования, является комплексность психических состояний, трудность отделения одного симптома от другого внутри общей «психопатоподобной» картины поведения (7).

Принудительное лечение характеризуется длительным вынужденным пребыванием группы больных в условиях ограниченного пространства, скудости сенсорных раздражителей и постоянного общения с одними и теми же людьми. К специфическим психогенным факторам групповой изоляции относятся: многоаспектность депривационных влияний, экстремальный характер условий содержания в психиатрическом стационаре, постоянная «публичность», информационная истощаемость партнеров по общению, эмоциональная напряженность, обусловленная необходимостью долгое время удерживать себя в определенной ролевой функции (7). Длительную принудительную изоляцию в психиатрический стационар можно рассматривать как депривационную ситуацию, как необходимое условие формирования депривационного синдрома, который угрожает жизненным целям индивидуума, его самооценке, препятствует самоактуализации и удовлетворению базовых потребностей (2,7). Поэтому длительная принудительная госпитализация выступает уже не просто как практика, осуществляемая ради обеспечения наилучшего лечения в условиях постоянного наблюдения за больными, а как практика реального социального отлучения. Эффект изоляции продолжает действовать и после выписки больных из стационара и проявляется в отсутствии у них социальных ниш, стигматизации и неприятию их со стороны общества (8,9).

Таким образом, социальная депривация в условиях принудительного лечения больных обусловлена их долговременной насильственной изоляцией от общества. Другими словами, долговременная изоляция является для больных условием депривации, а также условием для возникновения переживаний стресса (10,11). В шкале стрессогенности Холмса и Раге изоляция или лишение свободы по выраженности и силе отрицательных эмоций занимает третье-четвертое место и сравнимо с потерей близкого человека, разрушением жилища, последствием

катастрофы (12).

L. Weitz (13) выделил 8 вариантов «универсальных» ситуаций, являющихся стрессогенными для большинства категорий людей. К ним, в частности, относятся ситуации, которые содержат вредные стимулы окружающей среды, осознаваемую угрозу, изоляция, остракизм и разочарование. В дополнение к этому перечню М. Франкенхойзер (14) добавил ситуацию отсутствия контроля над событиями, а Р. Лазарус (15) – стрессовую ситуацию, когда угрозе подвергаются самые выжные для человека ценности и цели.

Совершенно очевидно, что в круг стрессовых ситуаций должны быть включены условия измененного существования, приводящие к отсутствию соответствия между возможностями личности и требованиями со стороны среды. В этом случае стресс рассматривается как результат предшествовавших ему факторов и их последствий. Наиболее известной концепцией данного направления является трансактная модель стресса Т. Кокса и Р. Макэя (16). Согласно данной модели, стресс наиболее точно может быть описан как часть комплексной и динамической системы взаимодействия человека и окружающей среды, как индивидуально воспринимаемый феномен, опосредованный психологическими особенностями личности.

Одним из вариантов трансактного анализа является когнитивная модель психологического стресса Р. Лазаруса (15). Согласно данной модели, «стресс развивается в том случае, когда требования, предъявляемые человеку, становятся для него испытанием или превосходят его возможности приспособляться». Развитие стресса, по его мнению, зависит не только от вынужденных условий, но также от конституциональной уязвимости человека и от адекватности его механизмов когнитивной защиты. Особое значение для появления психологического стресса имеют оценка человеком ситуации в которой он находится, переживание разочарования, конфликты или угрозы, как правило сопутствующие ограничительно-депривационным мерам.

Изоляция как один из факторов принудительного лечения больных шизофренией сопровождается стрессом разнообразных мер принуждения, эмоциональной напряженностью, прессингом психотравмирующих и фрустрационных ситуаций. Переживание психологического стресса неизбежно для каждого индивида, оказавшегося в условиях долговременной изоляции. Лишение свободы, являясь ситуационно-продолжительной психологической травмой, связан-

ной с ситуацией лишения привычных ценностей, изменением стереотипов жизни, оказывает отрицательное влияние на психику индивида, способствует появлению личностных девиаций и состояний дезадаптации (17-21).

Р.Л. Кричевский и Е.М. Дубровская (22) отмечают, что необычная экстремальная обстановка нередко способствует гораздо более яркому, чем в повседневной жизни, проявлению тех или иных групповых феноменов. Под влиянием определенных условий жизнедеятельности (например, экстремальных) в группе могут возникнуть элементы единообразия, взаимоидентификации, развиваться специфический групповой язык и т.п.

М.А. Новиков (23) указывает на такие негативные аспекты изоляции как принудительный характер общения, ограниченность социальных контактов и вместе с тем их избыточность, излишне тесное общение с ограниченным кругом лиц, вынужденность изменения привычных шаблонов поведения, необходимость пересмотра многих конвенциональных представлений, ролевых ориентаций, невозможность удовлетворения ряда социальных и духовных потребностей. Длительное общение в изоляции при сниженной эффективности социального контроля приводит к развитию неинституционализированных форм социального взаимодействия. Практическая невозможность полного уединения, витринность проживания, неизбежность вторжения в «территориальные воды» друг друга в сильной степени влияют на состояние нервной системы и протекание межличностных процессов.

Если индивидуальная изоляция приводит к тревожности, неуравновешенности и неустойчивости настроения, то следствием групповой изоляции являются депрессивные состояния, враждебность, нарушение сна и ослабление когнитивных функций (18). При длительной групповой изоляции отмечаются нарушения в сфере взаимоотношений, приводящие к конфликтам и появлению в группе «отверженных» (19). Длительный информационный дефицит, возникающий при воздействии таких факторов как монотонность ощущений, и понимаемый как недостаточность или отсутствие высокозначимой сигнальной информации, может приводить к функциональным нарушениям деятельности мозга, описанным как информационный невроз (24).

Совокупным негативным последствием изоляционно-депривационных воздействий экзистенциальной изоляции является специфическая деформация личностной идентичности больного. Так, принудительная изоляция не оставляет

больному места для чувства какой бы то ни было свободы выбора порождает многочисленные несоответствия между когнициями (знаниями, представлениями, мнениями) и реальным опытом, связанным с многочисленными аспектами принуждения к подчинению. Возникающую при этом реакцию на угрозу Я-концепции (25) принято идентифицировать как состояние когнитивного диссонанса (26-28).

Таким образом, когнитивный диссонанс – это состояние, характеризующееся столкновением в сознании индивида противоречивых знаний, убеждений и поведенческих установок, относительно совокупности факторов, связанных с недобровольной изоляцией, вызывающих у него чувство напряжения, дискомфорта и переживание угрозы Я-концепции (29). При этом следует учитывать, что Я-концепция – это не некая монолитная сущность, а скорее система внутренних идентичностей или схем Я, которые соответствуют различным сферам опыта и деятельности индивида (30,31). Являясь фундаментальными элементами самоопределения, схемы Я оказывают систематическое и глубокое влияние на то, как перерабатывается информация, касающаяся Я.

Диссонанс переживается личностью как травматический опыт или в широком смысле как концептуальный диссонанс – несоответствие концептуальной системы личности («сценария будущего», конкретных ожиданий) и наличной действительности (32). Когда это несоответствие получает личностное значение, точнее, личностный смысл для конкретной личности, концептуальный диссонанс осознается как психотравма и страдания. В таких случаях, когда новый опыт, насыщенный деструктивными эмоциями, не согласуется с принципами концептуальной системы личности, когнитивный (концептуальный) диссонанс характеризуется нарушением целостности (идентичности) личности.

Состояние концептуального диссонанса, с одной стороны, способствует формированию стигматизационных эффектов, с другой стороны, активирует защитные механизмы личности, направленные на сохранение целостности концептуальной системы личности. Эти механизмы психологической защиты выступают как средство согласования возникшего нового опыта (депривационных переживаний) с представлени-

ями индивида о себе за счет искажения их в сознании (33) как уход от осознания экзистенциальной тревоги (34). Однако в связи с тем, что большинство личностных стратегий сглаживания диссонанса являются иррациональными и деструктивными, страдания пациента (душевная боль) могут усиливаться, оказывая негативное воздействие на уровень его функционирования, интенсивность самостигматизационных эффектов и стрессовых реакций.

Как известно, одним из основных признаков стрессового состояния является нервно-психическое напряжение (35). Степень его выраженности, а, следовательно, выраженности стресс-синдрома определяется особенностями когнитивной оценки (субъективной репрезентации) стрессогенных ситуаций (15-16), изматывающих или своим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Таким образом, в основе «разрушающей силы» («вредности») воспринимаемых внешних стресс – факторов принудительного лечения лежат механизмы неадекватной когнитивной оценки ситуации длительной и социальной депривации. Эти механизмы чаще всего проявляются в виде разочарования (особая форма опасности и испытываемого личностью ущерба, связанная с невозможностью реализации жизненных целей) или угрозы ожиданий вредных последствий в виде утраты способа обретения смысла.

Таким образом, различные феномены, так или иначе по своему происхождению связанные с длительной изоляцией больных с психическими расстройствами (стигматизация, депривация, когнитивно-концептуальный диссонанс), включают в себя стрессогенно-психотравмирующие элементы, деструктивно влияющие на структурно-динамические особенности личности больных. Это обуславливает актуальность изучения у больных, находящихся в условиях социальной депривации, степени нервно-психического напряжения (НПН) и особенностей психологической защиты, позволяющих корректировать их поведение в различных стрессовых ситуациях.

Цель работы : оценить уровень нервно-психического напряжения и напряженности механизмов психологической защиты у больных шизофренией с долговременной и многоаспектной групповой изоляцией и социальной депривацией.

Материалы и методы исследования

Обследовано 120 больных шизофренией . Основная группа состояла из 70 пациентов , на-

ходящихся на принудительном лечении в отделении усиленного режима Ждановской клини-

ческой психиатрической больницы (Донецкая область). Средняя длительность изоляции больных в этой группе составила $5,94 \pm 0,34$ лет. Группа сравнения 50 больных шизофренией со средним сроком пребывания в общепсихиатрических отделениях $1,88 \pm 0,12$ месяцев. Все обследованные – лица мужского пола.

Использовались следующие методы: 1) клинический (психопатологический) метод – верификация диагноза по критериям МКБ-10, включая сбор анамнеза и обследование психического статуса; 2) психодиагностические методы: опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин) – представляет собой перечень признаков нервно-психического напряжения (НПН), содержащий 30 основных характеристик этого состояния, разделенных на три степени напряженности. По содержанию все признаки также разделены на три группы. Первая группа отражает наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматических систем организма. Вторая группа признаков отражает наличие или отсутствие психического дискомфорта и жалоб со стороны нервно-психической сферы. Третья группа описывает общие характеристики нервно-психического напряжения: частоту, продолжительность, генерализованность и степень выраженности состояния.

Подсчет баллов производится путем их суммирования. При этом за знак «+», поставленный против подпункта А, начисляется 1 балл, против подпункта Б – 2 балла. Против подпункта В – 3 балла. Максимальное количество баллов, которое может набрать испытуемый, равно 90, минимальная 30. Диапазон слабого или «детензивного» НПН с относительной сохранностью характеристик психического и соматического состояния располагается в промежутке от 30 до 42,5 баллов; умеренного или «интенсивного» - от 42,6 до 75 баллов; чрезмерного или «экстенсивного» - от 76 до 90 баллов.

Методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI), предложенная в 1979 году на основе психо-эволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman. Эта методика является адекватным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему механизмов психологической защиты (МПЗ), выявить их содержательные характеристики и оценить степень напряженности каждого из них [Мол-

чанова Е.С.]. 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.

Квалификация депривационного психического состояния осуществлялась на основе следующих психодиагностических критериев:

- принудительная социальная изоляция в рамках закрытых групп вне зависимости от желания и воли человека (депривационная ситуация);
- многоаспектный характер депривационного воздействия, в условиях изоляции от стимульной среды;
- длительное ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей и полноценных контактов индивидуума с социумом;
- невозможность адекватного «сенсорного насыщения», наличие «обедненной среды» постоянного пребывания;
- деформация коммуникаций, идентификация с постоянными членами группы взаимодействия в неизменяющейся монотонной среде;
- отчуждение от привычных отношений с окружающим миром; ограничение возможностей для усвоения автономной социальной роли;
- несовпадение «ценностных ожиданий» и «ценностных возможностей» пациента;
- постоянная «публичность» и информационная истощаемость партнеров по общению;

При обработке результатов исследования учитывались нормативные данные, согласно которым напряженность механизмов психологической защиты в районе 40-50% является нормой, в то время как, показатели напряженности, превышающие 50% барьер, свидетельствуют о реально существующих, но неразрешенных, внешних и внутренних конфликтах.

Все полученные нами результаты были подвергнуты статистической обработке с вычислениями средних величин и ошибок. Для оценки достоверности различий в показателях нами был использован t-критерий Стьюдента.

Полученные результаты и их обсуждение

Анализ данных, полученных с помощью опросника ОНПН, свидетельствует о различной

выраженности и структурно-функциональных особенностях нервно-психической напряженно-

сти в сравниваемых группах больных. В обобщенном виде эти особенности могут быть представлены следующим образом :

Слабая степень НПН (от 30 до 42,5 баллов) отличается относительной сохранностью характеристик психического и соматического состояния, ощущением физического и психического комфорта.

Умеренная (интенсивная) степень НПН (от 42,6 до 74 баллов) характеризуется умеренно выраженными неприятными ощущениями со стороны различных органов и систем и изменениями психического состояния в направлении его активации и повышения эффективности психической деятельности.

Структурно-функциональные особенности чрезмерно-выраженной напряженности (>75 баллов) характеризуются дезорганизацией психической деятельности и соматических функций, существенными отклонениями в психомоторике, нейродинамическими сдвигами, ощущением физического и психического дискомфорта, снижением продуктивности деятельности. На первый план вы-

ступают жалобы на нарушение деятельности внутренних органов, в частности, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, выделения. Чувство физического дискомфорта сопровождается отрицательным эмоциональным фоном, снижением настроения, тревогой, беспокойством, апатией, неудовлетворенностью собой, безысходностью, ожиданием неблагоприятных последствий сложившейся ситуации. Психическая составляющая чрезмерной НПН характеризуется также нарушением когнитивных функций : ухудшением сообразительности, умственной работоспособности, помехоустойчивости, координации движений. Значительно снижается объем внимания, его устойчивость, способность к концентрации и переключению внимания. Существенно нарушается продуктивность кратковременной памяти, способность к долговременной фиксации информации и решению логических задач.

Распределение больных по степени нервно-психической напряженности (дискомфорта) в сравниваемых группах больных представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных (абс.; %) по степени нервно-психической напряжённости в сравниваемых группах больных

Степень НПН	Основная группа (N=70)	Группа сравнения (N=50)
Слабая (детензивная)	5 (7,2%)	25 (50%)
Умеренная (интенсивная)	16 (22,8%)	16 (32%)
Чрезмерно выраженная (экстенсивная)	49 (70%)	9 (18%)

Данные, приведенные в таблице 1, свидетельствуют о том, что в основной группе преобладают больные (70%) с чрезмерной (экстенсивной) степенью НПН (в 3,5 раз больше, чем в группе сравнения). В то же время у половины больных группы сравнения наблюдались незначительные проявления (по существу нормативные значения) НПН, которые практически отсутствовали у больных основной группы.

Анализ средних показателей общих характеристик НПН (табл. 2) также свидетельствует о достоверно ($p < 0,05$) более глубоком уровне психического дискомфорта и общей степени выраженности нервно-психической напряженности у больных основной группы, чем у больных группы сравнения. Такая же закономерность выявлена и в отношении по-

казателей уровня генерализованности и продолжительности НПН. В то же время, показатели физического дискомфорта в сравниваемых группах существенных различий не имели.

Анализ распределения больных шизофренией по фактору напряженности отдельных механизмов психологической защиты существенных различий в сравниваемых группах больных не выявил: диапазон таких пациентов составил от 61,4% до 82,8 % в основной группе и от 56% до 91% - в группе сравнения. Однако по характеру выраженности напряжения МПЗ пациенты имели специфические особенности.

Показатели напряженности МПЗ у больных шизофренией с различной длительностью изоляции представлены в таблице 3.

Таблица 2

Средние показатели (M±m) общих характеристик нервно-психической напряженности (дискомфорта) в сравниваемых группах больных

Общие характеристики НПН	Средние показатели НПН в основной группе (N=70)	Средние показатели в группе сравнения (N=50)	P
Физический дискомфорт	2,0±0,14	1,6±0,1	>0,05
Психический дискомфорт	2,6±0,21	1,4±0,09	<0,05
Генерализованность НПН	2,8±0,32	1,2±0,08	<0,05
Частота НПН	1,8±0,12	1,4±0,09	>0,05
Продолжительность НПН	2,7±0,29	1,3±0,08	<0,05
Общая степень выраженности	2,4±0,24	1,5±0,1	<0,05

Таблица 3

Степень напряженности механизмов психологической защиты у больных шизофренией в сравнении с нормативными показателями

Механизмы психологической защиты	Норма	Основная группа (N=70)	Группа сравнения (N=50)
		M±m	M±m
Отрицание	3,81±0,20	8,12±1,48*	6,23±1,13*/*
Подавление	2,59±0,17	6,54±0,1*	4,77±0,43*/*
Регрессия	5,12±0,30	7,41±0,77*	6,4±0,5
Компенсация	4,38±0,18	4,48±2,36	4,98±1,92
Проекция	5,51±0,30	7,2±0,56*	7,1±1,2*
Замещение	3,12±0,20	4,41±0,43	6,07±0,83*/*
Интеллектуализация	6,32±0,19	7,89±1,25*	6,43±1,13*/*
Реактивное образование	2,80±0,23	5,76±0,88*	4,1±0,8*/*
ОНЗ	50%	66,4±0,93%	59±0,8%

*p<0.05 – достоверность различий по сравнению с нормативными показателями; /*p<0.05–достоверность различий показателей сравниваемых групп

Для больных шизофренией основной группы было характерно напряжение практически всех механизмов защиты (за исключением компенсации), при наибольших показателях напряженности (по сравнению с нормой) «отрицания» (8,12±1,48) и «подавления» (6,54±0,1), при нормативных показателях этих механизмов 3,81 и

2,59 соответственно. Наименее напряженными, а, следовательно, реже используемыми механизмами психологической защиты у пациентов этой группы выступают «компенсация» (4,48±2,36) при нормативном показателе 4,38 и «замещение» (4,41±1,25), при нормативном показателе 3.12. Отмечены также достаточно высокие показате-

ли напряжения реактивного образования ($5,76 \pm 0,88$) при нормативном показателе 2,8, и интеллектуализации ($7,89 \pm 1,25$).

В группе сравнения наименее напряженными и редко используемыми механизмами являются «компенсация» ($4,98 \pm 1,92$), «интеллектуализация» ($6,43 \pm 1,13$) и «регрессия» ($6,4 \pm 0,5$), что свидетельствует о значительном сужении профиля МПЗ. К механизмам с высоким, по сравнению с нормативными данными, уровнем напряженности отнесены «отрицание» ($6,23 \pm 1,13$), «подавление» ($4,77 \pm 0,43$), «проекция» ($7,1 \pm 1,2$) и «замещение» ($6,07 \pm 0,83$). В частности, широкое использование механизма «замещение» больными с кратковременными сроками изоляции проявляется в разряде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие личную опасность или более доступны, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции. В большинстве случаев замещение разряжает эмоциональное напряжение, возникающее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению цели. В этой ситуации повышается вероятность совершения

больным неожиданных, подчас бессмысленных действий, которые разряжают внутреннее напряжение.

Высокие показатели проекции свидетельствуют о частом использовании пациентами обеих групп механизма, посредством которого неосознанные или неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне и приписываются другим людям. Функцией проекции является нейтрализация болезненных для себя аспектов собственной личности, в особенности связанные с чувствами стыда, унижения, страха, агрессивности. Фиксация вовне, на окружающих вызывает у пациента искусственное ощущение непринадлежности этих переживаний себе, делая их переносимыми. Проекция обычно нарушает контакт с окружающими, вследствие излишней подозрительности в связи с якобы причиненными ими неприятностями.

При сопоставлении показателей напряженности МПЗ у исследованных контингентов больных (рис. 1) установлены достоверно более высокая напряженность «отрицания», «подавления», «интеллектуализации» и «реактивного образования» у больных основной группы.

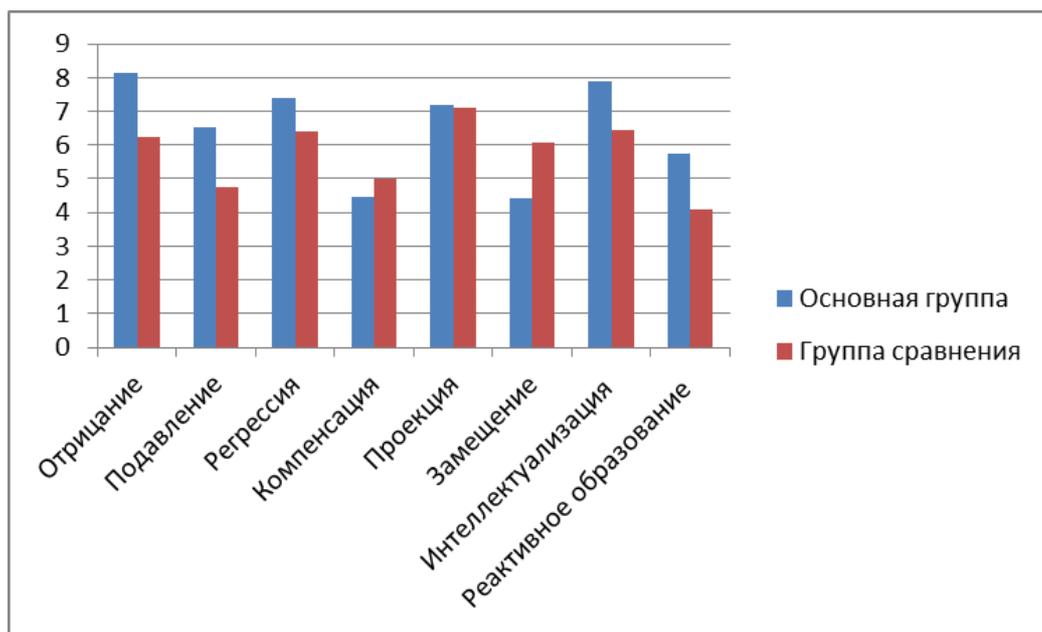


Рис.1 Сравнение степени напряженности МПЗ у пациентов обеих групп.

«Отрицание»- форма психологической защиты, при которой отрицается существование (в настоящем или прошлом) внешней реальности, своих переживаний, действий, намерений, достоверно очевидных для окружающих. Основной функцией отрицания является защита от негативных эмоций, связанных с признанием существования неприемлемого побуждения, внешней

угрозы, возможного неприятного представления или гнева. Отрицание как механизм психологической защиты реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искаженным восприятием реальности.

Напряженность «отрицания» реальности отражает отсутствие осознания определенных событий, элементов жизненного опыта или чувств,

болезненных в случае их осознания. Отрицание развивается с целью сдерживания эмоции приятия окружающих, если они демонстрируют эмоциональную индифферентность или отвержение. Беззащитное восприятие факта отвержения значимыми другими подвергает серьезно испытанию ощущение своей ценности (первоначально для других, затем и для себя, может привести к самонеприятию). Отрицание подразумевает инфантильную подмену приятия окружающими вниманием с их стороны. Кроме того, это механизм посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторона отрицает сама 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.

Суть механизма «подавления» - исключение из сознания смысла травмирующего события и связанных с ним эмоций. Подавление развивается для сдерживания эмоции страха, проявления которой неприемлема для положительного самовосприятия, а также грозит попаданием в прямую зависимость от окружающих. Происходит как бы сокрытие от себя факта этого негативного опыта. Страх блокируется посредством забывания реального стимула, вызвавшего страх, а также всех объектов, фактов и обстоятельств, ассоциативно связанных с ним. 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. 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. Наиболее часто вытесняются многие свойства, личностные качества и поступки, не делающие личность привлекательной в собственных гла-

зах и в глазах других.

Действие интеллектуализации проявляется в нахождении правдоподобных причин для оправдания действий, вызванных запретным, неприемлемым, осуждаемым побуждением, в преодолении 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. 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.

Таким образом, рационализация – это защитный психологический механизм, основанный на использовании переживаний в ответ на неприятную или субъективно неприемлемую ситуацию и привлечение так называемого здравого смысла (слов, абстракций) для объяснения поведения, установок и представлений. Интеллектуализация лишь количественно снижает возможность эмпатического вчувствования в правильно идентифицируемое состояние индивидуума. В то же время внешние правдоподобные, но неверные объяснения при рационализации имеют целью увести собеседника от распознавания качества скрываемой субъектом эмоции.

Доминирующее использование механизма «реактивного образования» способствует тому, что 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. Это способствует предупреждению проявления неприемлемых желаний и чувств (особенно сексуальных и агрессивных) путем развития и акцентирования противоположного по смыслу отношения или поведения. Развитие этого механизма защиты связывают с усвоением человеком «высших социальных (моральных) ценностей». Реактивное образование развивается для сдерживания эмоции радости обладания определенным ценным объектом (например, собственным телом) и возможностями использования его (в частности, для агрессии). Этот механизм предполагает реали-

зацию в поведении прямо противоположной установки.

К достоверно ($p < 0,05$) менее напряженным механизмам защиты, характерным для больных основной группы, можно отнести «замещение». Действие этого защитного механизма проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели. В этой ситуации субъект может совершать неожиданные, подчас бессмысленные действия, которые разрешают внутреннее напряжение. Такой механизм снятия напряжения и обращения агрессии на более безопасный объект не является типичным для больных с долгосрочной изоляцией и социальной депривацией. В месте с тем, низкая частота регистрации «замещения» в сочетании с высокой напряженностью «отрицания» свидетельствует, по мнению составителей опросника, о низкой агрессивности и доверчивости больных.

Показатели «регрессии», «компенсации» и «проекции» в сравниваемых группах существенно не отличались и не были непосредственно связаны с длительностью изоляции больных. Нужно отметить только тенденцию, приближающуюся к достоверной, в отношении механизма «регрессии» с большей ею напряженностью у больных основной группы и в отношении механизма «компенсации» с большей со напряженностью в группах сравнения. Регрессия рассматривается как механизм психологической защиты посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние этапы развития. При этой форме защитной реакции личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся обстоятельствах, а неосознаваемые желания или конфликты прямо выражаются в действиях, препятствующих их осознанию. Актуализацией этого механизма защиты на общем фоне изменения мотивационно-потребительской сферы определяется импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля.

«Компенсация» - как механизм психологичес-

кой защиты 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 при необходимости избежать конфликта с этой личностью и повышения чувства самодостаточности. При этом заимствованные ценности, установки или мысли принимаются без анализа и переосмысления и поэтому не становятся частью самой личности.

Таким образом, у всех обследованных больных как основной группы, так и группы сравнения установлен выраженный дисбаланс МПЗ с достоверно более высокими показателями ОНЗ ($p < 0,05$) и значительной напряженностью практически всех механизмов психологической защиты в основной группе больных шизофренией. При этом следует отметить, что защитные механизмы у обследованного нами контингента больных играли не только дезадаптивную роль, но и способствовали адаптации, охраняя не только самоуважение человека, но и помогая ему справляться с жизненными трудностями. В связи с этим все механизмы психологической защиты были разделены на две группы: 1) компенсаторный набор, включавший относительно зрелые механизмы психологической защиты (рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация) и 2) декомпенсирующий набор – незрелые механизмы психологической защиты: вытеснение, отрицание, проекция и регрессия.

Особенности психологической защиты у больных основной группы характеризуются тенденцией к повышению напряженности как зрелых (компенсаторных), так и декомпенсирующих механизмов. Профиль МПЗ у этой категории отличается наиболее высокой напряженностью таких механизмов как отрицание ($8,12 \pm 1,48$), регрессия ($7,41 \pm 0,77$), а так же интеллектуализация ($7,89 \pm 1,25$). В то же время такие показатели психологической защиты как замещение ($4,41 \pm 0,43$) и, особенно, компенсация ($4,48 \pm 2,36$) не отличались от нормативных, что свидетельствовало о слабой напряженности большинства компенсаторных МПЗ и низкой их представленности в структуре адаптивных ресурсов личности и системе их преодолевающего поведения. В частности, больными обеих групп редко использовался механизм компенсации, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в резуль-

тате ощущения какой либо эмоционально-личностной недостаточности с помощью такой подмены объекта, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало этот дефект. На этом фоне значительная напряженность механизмов интеллектуализации ($7,89 \pm 1,25$) у больных с высоким уровнем депривации можно рассматривать в контексте резкого снижения возможности эмпатического вчувствования и стремления псевдорациональным путем скрыть от окружающих качественную сторону переживаемых эмоций. По-видимому, этот механизм лежит в основе эмоционального компонента депривации в виде недостаточной возможности для установления интимного эмоционального отношения к какому-либо лицу или разрыва подобной эмоциональной связи, если таковая уже была создана.

Предпочтительное использование больными шизофренией с длительными сроками социальной изоляции механизма отрицания связано с ситуационно вынужденной их защитой от негативно воспринимаемой ими агрессивной среды закрытого отделения путем искажения восприятия окружающей действительности и осознания ее эмоциональной значимости. С другой стороны, актуализация механизма регрессии определяет значительное снижение и слабость эмоционально волевого контроля больных и возможности адекватных реакций на действия фрустрирующих факторов.

Аналогичная тенденция, связанная с повышением напряженности МПЗ, выявлена и в группе сравнения (рис.1). Однако более глубокий анализ полученных результатов позволяет прийти к выводу, что по большинству изучавшихся показателей у больных основной группы, в отличие от группы сравнения, установлена большая представленность используемых ими МПЗ и достоверно более выраженная их напряженность. В первую очередь это относится к незрелым механизмам психологической защиты (отрицание, подавление и регрессия), в то время как зрелые механизмы (компенсация и, особенно, замещение) используются значительно реже. В целом у больных без признаков социальной депривации отмечено преобладание компенсаторного набора МПЗ и меньшая выраженность незрелых форм психологической защиты, а у больных шизофренией с долговременной изоляцией – недостаточно компенсирующее действие МПЗ.

Вместе с тем, возможна и иная интерпретация жизненного стиля больных шизофренией с признаками депривации. В соответствии с тео-

рией Плутчика -Келлермана- Конти о связи МПЗ с «высшими» и «примитивными» эмоциями, замещение регулирует переживания, экспрессию и поведение на основе гнева, отрицание – на основе принятия. Иначе говоря, чем больше уровень гнева – агрессии, тем чаще используется механизм замещения; чем выше потребность принять параметры внешней реальности, тем более напряженным будет отрицание. Сочетание высокой напряженности отрицания и рационализации с относительно низкой частотой регистрации замещения свидетельствует, по мнению составителей опросника, о низкой агрессивности, доверчивости и принятии условий и требований окружающей среды и медперсонала при длительном их взаимодействии. По-видимому, такая защитная стратегия «смягчает» уровень стигматизации длительно изолированных больных и может рассматриваться как выполняющая компенсаторные функции на момент исследования.

Таким образом, выявленные особенности МПЗ у больных шизофренией играют, конечно, дезадаптивную роль, так как по своей природе они искажают восприятие реальности, но они же могут рассматриваться и как адаптивные, охраняющие не только самоуважение человека, но помогающие ему справиться с жизненными трудностями. В частности, приведенные варианты системы МПЗ могут выполнять функции стабилизации психопатологической симптоматики, способствовать формированию Эго-образа в рамках психического расстройства или отражать переход МПЗ на регрессивные формы, которыми являются отрицание и подавление (35).

Выявление компенсаторного набора признаков функционирования механизмов психологической защиты является благоприятным прогностическим признаком, способствующим не только формированию качественного терапевтического ответа, но и преодолению негативных эффектов групповой изоляции больных. В свою очередь выявление декомпенсирующего комплекса защитных стратегий может рассматриваться в качестве неблагоприятного прогностического критерия, усугубляющего формирование депривационного синдрома (36).

В качестве еще одного неблагоприятного прогностического фактора можно рассматривать сочетание высокого уровня МПЗ с чрезмерно выраженной степенью НПН. Как следует из данных, представленных в табл. 4, такое сочетание значительно чаще ($p < 0,05$) наблюдается у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Для больных с недлительной

продолжительностью добровольных форм лечения более характерным является сочетание вы-

сокого уровня напряженности МПЗ и умеренной степени НПП.

Таблица 4

Распределение больных с высоким уровнем общей напряженности механизмов психологической защиты и различной степенью нервно-психической напряженности

Степень НПП	Общая напряжённость МПЗ		Р
	Основная группа	Группа сравнения	
Слабая (детензивная)	-	-	
Умеренная (интенсивная)	21,0%	62,0%	<0,05
Чрезмерно выраженная (экстенсивная)	79,0%	38,0%	<0,05
Р	<0,05	<0,05	

Проведенное исследование позволило выявить некоторые особенности неблагоприятных последствий долговременной принудительной изоляции больных шизофренией. Идентификация и оценка выраженности нервно-психической напряженности и напряженности механизмов психологической защиты в этих условиях открывает возможность для разработки и использования мер, направленных на профилактику и «смягчение» таких стрессогенных феноменов как депривационный синдром, само-стигматизация и концептуально-когнитивный диссонанс.

Проведенное исследование позволило выявить некоторые особенности неблагоприятных последствий долговременной принудительной изоляции больных шизофренией. Идентификация и оценка выраженности нервно-психической напряженности и напряженности механизмов психологической защиты в этих условиях открывает возможность для разработки и использования мер, направленных на профилактику и «смягчение» таких стрессогенных феноменов как депривационный синдром, само-стигматизация и концептуально-когнитивный диссонанс.

О.К. Малтапар, В. Ал. Абрамов

ОСОБЛИВОСТІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ НАПРУЖЕНОСТІ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ПРИ ДОВГОТРИВАЛІЙ ПРИМУСОВОЇ ІЗОЛЯЦІЇ І БАГАТОАСПЕКТНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті аналізується ступінь нервово-психічної напруженості та напруженості механізмів психологічних захистів у пацієнтів з різним ступенем ізоляції і з різним ступенем психологічної депривації. У всіх обстежених хворих як основної групи, так і групи порівняння встановлені виражений дисбаланс МПЗ з достовірно вищими показниками ОНЗ ($p < 0,05$) і значною напруженістю практично всіх механізмів психологічного захисту в основній групі хворих на шизофренію. При обстеженні нервово-психічної напруженості, отримані результати дозволили виявити більш глибокий рівень психічного дискомфорту і загального ступеня вираженості нервово-психічної напруженості у хворих основної групи, ніж у хворих групи порівняння. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 34-46).

О.К. Maltapar, V. Al. Abramov

FEATURES OF MENTAL STRESS AND PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING LONG-TERM SECLUSION AND MULTIDIMENSIONAL DEPRIVATION

M. Gorky Donetsk National Medical University

The article analyzes the degree of mental stress and tension of psychological defense mechanisms in patients with varying degrees of isolation and with varying degrees of psychological deprivation. In all patients as the primary group and the comparison group established a marked imbalance of inventories with significantly higher rates of DES ($p < 0,05$) and the significant intensity of almost all psychological defense mechanisms in the main group of patients with schizophrenia. In a study of the mental stress, the results revealed a deeper level of mental discomfort and overall severity of mental stress in the study group than in the comparison group of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 34-46).

Литература

1) Лангмайер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага, Авицелум, 1998. — 334с.
2) Е.Г. Алексеенкова Личность в условиях психической депривации / Е.Г. Алексеенкова // Учебное пособие для студентов вузов. — СПб.: Питер, 2009. — 96с.
3) Фурманов И.А. Психология депривированного ребенка: пособие для психологов и педагогов / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманов / М. — Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС. —

2010. — 319с.
4) Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу.-СПб.:Еразия, 1999-478с.
5) Дружинин В.Н. Варианты жизни: очерки экзистенциальной психологии. М. — ПЕР СЭ. 2000. — 58с.
6) Золотарева О.С. Влияние депривации на развитие Я-концепции детей подросткового возраста. Автореф. дисс. канд. псих. наук. Астрахань. 2007. — 21с.

- 7) Головин С.Ю. Словарь практического психолога. М., АСТ, Харвест, 1998. – 800с.
- 8) Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции. – М.: Юнити – Дана, 2004. – 408с.
- 9) Мясников В.И., Усков Ф.Н. Моделирование синдрома отчужденности в условиях групповой изоляции // Проблемы сенсорной изоляции. М., 1970. – С. 44-47.
- 10) Спесивцева О.И. Отрицательные эмоции индивида как рефлексия относительной депривации // Вестник ЧелГУ. Сер. 8. Экономика, Социология, Социальная работа. 2004. – № 1 (1). – С. 38–40.
- 11) Ермасов Е. Психологический стресс в условиях изоляции // Е. Ермасов // Развитие личности. – 2009. -№2. – с. 84 – 99.
- 12) Holmes T. H., Rahe R. H. The social readjustment rating scale // Journ. Psychosom. Res. 1967. Vol. 11. – P. 213-218.
- 13) Weitz J. Psychological research needs on the problems of human stress. In: Social and Psychological Factors in Stress (ed. J. E. MsGrath). — Holt Rinehart and Winston, New York, 1970.
- 14) Франкхойзер М. Эмоциональный стресс. – М., 1970
- 15) Lazarus R. S. Patterns of Adjusiment. – McGraw-Hill, NY, 1976
- 16) Кокс Т. Стресс.- М.: Медицина, 1981
- 17) Петров В.И., Скугаровская Е. И., Чегерова Т.И., Когутенко Н.Н. Особенности и результаты медицинской реабилитации осужденных с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного спектра // Медицинский журнал: рецензируемый научно-практический журнал. – 2006. - №4. – С. 68-69.
- 18) Хряцова Н.Ю. Психические состояния при изоляции // Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб., 2000. – С.407-413.
- 19) Лебедев В.И. Групповая изоляция.// Психические состояния // Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб., 2000. – С. 414-416.
- 20) Bonner R.L., Rich A.R. Psychosocial vulnerability, life stress, and suicide ideation in a jail population: a cross-validation study. // Suicide Life-Threat. Behav. – 1990. –V.20. №3. – P. 213–424.
- 21) Гордеева О.В. Измененные состояния сознания при сенсорной депривации // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2004. - №1. – С. 70-87.
- 22) Кричевский Р.Л., Дубовская Е.М. Психология малой группы. – М. Аспект – Пресс. 2001. – 318с.
- 23) Новиков М.А. Психофизиологические и экпсихологические аспекты межличностного взаимодействия в автономных условиях в сб. Проблема общения в психологии, М.: Наука, 1981.
- 24) Хананашвили М.М. Информационные неврозы. – Л., 1987.
- 25) Neilands T. B. The Time Course of the Self-concept Threat Reduction Process Among Low and High Self-esteem Individuals. Ph.D. dissertation, The University of Texas at Austin, 1993.
- 26) Теория когнитивного диссонанса // Большой психологический словарь / Под ред. Мещерякова Б. Г., Зинченко В.П. СПб.: Прайм Еврознак, 2004. 672 с.
- 27) Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Пер. с англ. А. Анистратенко, И. Знаешева –СПб.: Ювента, 1999. – 318 с.
- 28) Когнитивный диссонанс//Психологическая энциклопедия/ Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб.: Питер, 2003. 1096 с.
- 29) Steele C. M., Liu T. J. Dissonance processes as self-affirmation // Journal of Personality and Social Psychology, 1983, V.45, №1, P. 5-19.
- 30) Markus, H. “Self-schemata and processing information about the Self.” // Journal of Personality and Social Psychology, 1977, № 35(2), 63-78.
- 31) Stryker, S. 1987. « Identity Theory: Development and Extensions ». In Self and Identity: Psychosocial Perspectives, йditй par K. Yardley et T. Honess. London: Wiley.
- 32) Бегоян А.Н. Концептуальная система личности // Интегративная психотерапия сегодня: Материалы I Международной научно-практической конференции (26-27 ноября 2009 г.) / Под ред. Р.А. Погосяна – г.Ереван: Изд-во «Кавказский центр ирановедения» 2010. – с. 15-22.
- 33) Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы / К.Р. Роджерс. ; пер.с англ. – М.: ЭКСМО – Пресс, 1999. – 464с.
- 34) Мэй Р. Экзистенциальная психология / Р. Мэй. – К.: «PSYLIB». – 2005. – 171С.
- 35) Куликов Л.В. Стресс и стрессоустойчивость личности // Теоретические и прикладные вопросы психологии. Вып. 1. Ч.1/ Ред. А.А. Крылова. – СПб., 1995. С.123-132.
- 36) Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. – Екатеринбург: Деловая книга. 1998. – 205с.
- 37) Молчанова Е.С. Различия в напряженности механизмов психологической защиты при шизофрении у мужчин и женщин: «адаптационная» проекция схизиса? / Е.С. Молчанова, В. Карагаполов, Н. Рыбина // Вестник КРСУ. – 2003. – 7. – 23-26.

Поступила в редакцию 12.08.2014