Область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья. Некоторые авторы, давая определение П., относят ее не только к гигиене, но и к психиатрии. Другие (например, Мягер В.К., 1976) включают в задачи П. предупреждение возникновения и развития психических заболеваний, сближая П. и первичную психопрофилактику. Н.Д. Лакосина и Г.К. Ушаков (1976) выделяют П. в самостоятельный раздел медицинской науки. П. является комплексной дисциплиной, тесно связанной не только с психиатрией, но и с медицинской психологией, медицинской социологией, валеологией (Петленко В.П., 1997) и др.

П. как направление возникла на рубеже XIX и XX вв. В России ее зарождение связывают с состоявшимся в 1887 г. I съездом отечественных психиатров, на котором И.П. Мержеевский, С.С. Корсаков, И.А. Сикорский обратились к психиатрам, врачебной общественности, а также ко всем передовым людям страны с идеями и программами предупреждения психических и нервных заболеваний.

В зарубежной литературе возникновение П. связывают с движением, основанным Биерсом (Beers M.). Этот страховой служащий, в течение двух лет находившийся в психиатрическом стационаре, опубликовал после госпитализации в 1908 г. книгу «Разум, нашедший себя», вызвавшую интерес во всем мире. Затем он создал психогигиеническое общество, много путешествовал, читая лекции и пропагандируя положения о необходимости совершенствования психиатрической помощи, пытаясь привлечь внимание общественности к проблемам, связанным с психическими болезнями. В Балтиморе был создан психиатрический госпиталь под руководством ведущего американского психиатра Майера (Meyer А.). В 1917 г. психогигиеническое общество возникло в Канаде, в 1918 г. – во Франции. Вопросами П. занимались такие видные психиатры, как Крепелин (Kraepelin Е.), Форель (Forel А.), Блейлер (Bleuler E.) и др.

Перед началом Второй мировой войны во многих странах Европы и Америки уже существовали психогигиенические организации и общества, издававшие журналы, координирующие деятельность по изучению причин возникновения психических нарушений, внедряющие П. в медицинское и общее образование, осуществляющие санитарное просвещение населения. В послевоенные годы были созданы отдел психического здоровья при ВОЗ и Всемирная федерация психического здоровья. Во многих странах ведется преподавание П.

Поскольку с начала психогигиенического движения отдельные его задачи (в частности, связанные с распространением психологических знаний) среди населения уже осуществлялись, в последние десятилетия П. в большей степени ориентирована на решение социальных и экологических проблем, имеющих отношение к психическому здоровью. Основной целью П. является сохранение психического здоровья, душевного равновесия. Поэтому среди ее направлений особое место занимает изучение факторов и условий среды, влияющих на психическое развитие и психическое состояние человека, и разработка мероприятии по их устранению или уменьшению в случае их патогенной роли. К таким факторам можно отнести все еще существующее неправильное отношение к лицам, страдающим психическими заболеваниями, злоупотребление лекарственными средствами, напряженные условия работы в некоторых видах деятельности, неблагоприятные экологические факторы и др. П. призвана помогать человеку избегать неблагоприятных воздействий, опасных для его психического здоровья, обучать его справляться с теми трудностями, которых не удалось избежать, используя для этого естественные, природные ресурсы или изменяя свое отношение к ним.

В П. выделяют несколько разделов и подразделов: возрастная П. (П. детства, П. подросткового, пожилого и старческого возраста); П. труда и обучения (П. производственного и умственного труда); П. быта; П. семьи и половой жизни; П. больного человека. В зависимости от изучаемой области П. опирается на те или иные дисциплины: педагогику, педиатрию, детскую и педагогическую психологию – П. детства; геронтологию, возрастную психологию, медицинскую психологию – П. пожилого и старческого возраста и т.д.

Важное место в разработке психогигиенических мероприятий занимают эпидемиологические транскультурные исследования заболеваемости, микросоциологических, психологических и социально-психологических средовых факторов.

Психогигиеническое воздействие наряду с санитарным просвещением осуществляется с помощью диспансеризации больных и лиц с повышенным риском заболеваемости, находящихся в кризисных состояниях; обеспечения «гигиенической зрелости» коллективов; разработки оптимальных режимов труда и быта. Для решения психогигиенических задач все чаще привлекаются методы психотерапии, такие как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, позитивная, поведенческая, групповая психотерапия и социально-психологический тренинг.

Развитие теории и практики П. потребовало новых форм ее организации. Создаются специальные психогигиенические учреждения для лиц практически здоровых, но находящихся в кризисных ситуациях: медико-психологические семейные консультации, дневные и ночные санатории-профилактории при промышленных предприятиях, вузах и др. учреждениях, кабинеты психологической и психофизиологической разгрузки, кабинеты социально-психологической помощи, телефонное консультирование и др.

Один из невербальных методов групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе. П. предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимы. В основе П. лежит система приемов, разработанных чешским психологом Юновой (Junova H., 1975), и невербальные методики, используемые в группах встреч.

П. позволяет пациентам проявлять себя и общаться без помощи слов; это метод реконструктивной психотерапии, цель которого – познание и изменение личности пациента. П. включает три части, характеризующиеся самостоятельными задачами и собственными методическими приемами, – подготовительную, пантомимическую и заключительную.

Задачи подготовительной части состоят: в уменьшении напряжения у участников группы, снятии страхов и запретов; в развитии внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и активности других людей; в сокращении эмоциональной дистанции между участниками группы; в формировании способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы без слов и понимать невербальное поведение других людей. К упражнениям, направленным на развитие внимания и чувствительности, относятся гимнастика с «запаздыванием», передача ритма, движения или предмета по кругу и др. Уменьшению напряжения у участников группы могут способствовать такие упражнения, как мотивированный бег или ходьба, подвижные игры, двигательные импровизации. Для преодоления эмоциональной дистанции между участниками группы используются упражнения, предусматривающие непосредственный контакт, парное взаимодействие, уменьшение пространственной дистанции, различные двигательные упражнения в кругу: «встретиться на мосту», передать чувство по кругу, успокоить обиженного, войти в круг или выйти из него, обратить на себя внимание группы. На развитие способности самовыражения на невербальном уровне и понимания невербального поведения других людей направлены такие упражнения, как «разговор через стекло», различные модификации «зеркала», изображение тех или иных эмоциональных состояний, распознавание по невербальному поведению состояния других людей и др. Все перечисленные упражнения составляют подготовительную часть занятия, хотя на более поздних стадиях развития психотерапевтической группы могут нести и более важную содержательную нагрузку. В начале работы группы подготовительной части может отводиться больше половины времени всего занятия, а иногда и все занятие, поскольку напряжение, тревога, скованность пациентов, страх перед неформальными контактами в непривычной ситуации усиливаются и необходимы упражнения, направленные на преодоление именно этих явлений. В таком случае меньше времени выделяется и на обсуждение того, что происходило в группе, и ограничиваются только самым общим обменом впечатлениями. Пантомимическая часть П. является наиболее важной и в зрелой психотерапевтической группе занимает большую часть времени. Пациентам предлагаются темы, которые они представляют без помощи слов. Темы могут предлагаться и психотерапевтом, и самими пациентами. Содержание тем для пантомимы не ограничено и может быть ориентировано как на проблемы отдельного пациента, так и на проблемы всех членов группы и группы в целом, т.е. касается межличностного взаимодействия. Чаще всего в пантомимической части П. используются: привычные жизненные ситуации (просьбы, требования, обвинения, ссоры, опоздания и др.); темы, относящиеся к проблемам конкретных пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей; моя семья, моя болезнь и др.); темы, отражающие общечеловеческие проблемы и конфликты, которые могут быть представлены и в символическом виде (преодоление трудностей, «запретный плод», «перекресток», болезнь, здоровье, счастье, тревога); темы, связанные с межличностными взаимоотношениями в группе (отношение к членам группы, групповой портрет или скульптура, воображаемые ситуации, в которые попадает группа). В ходе пантомимы широко используются вспомогательные приемы типа «двойников» или «зеркал». Суть их состоит в предоставлении пациентам невербальной обратной связи, что позволяет увидеть себя глазами других (если члены группы повторяют невербальное поведение игравшего пациента) и получить информацию о возможных вариантах (когда другие пациенты предлагают свои способы невербального поведения для только что представленной ситуации). После выполнения каждого пантомимического задания группа обсуждает увиденное. Прежде всего идет эмоциональный обмен собственными переживаниями, возникшими в процессе того, как пациенты выполняли задание или наблюдали за невербальным поведением других, своими ассоциациями, воспоминаниями, опытом; предлагается собственное понимание ситуации, анализируются взаимоотношения и взаимодействия участников группы. Материал, полученный в ходе выполнения пантомимических заданий, может быть использован и для групповой дискуссии.

Заключительная часть П. должна способствовать снятию напряжения, которое могло возникнуть в связи со значимостью пантомимы, и сильных эмоций, сопровождавших эту часть занятия, повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенности. Здесь могут быть использованы упражнения из подготовительной части, главным образом те, которые позволяют пациентам пережить чувство общности.

**Психоделическая психотерапия**

Метод предложен Саважем и др. (Savage Ch. et al., 1964) и используется для вызывания у пациента особых состояний, способствующих решению им психологических проблем, лежащих в основе заболевания.

Метод основывается на одноразовом приеме психоделического средства (ЛСД в дозах от 400 до 1500 гамм), для того чтобы вызвать мистические, «трансцендентные» чувства: ощущение единства со всей Вселенной, непосредственное переживание абстрактных ценностей – истины, добра, красоты, при этом осуществляется попытка «выхода» пациента за пределы своей личности; глубокое переосмысление собственных проблем.

Сеанс проводится только в группе. Важную роль играет систематическая психотерапевтическая подготовка группы к нему в виде философски направленных бесед (чтение афоризмов, обсуждение вопросов жизни, смерти, мироздания и т.п.), а также воздействие на пациента в ходе сеанса (в частности, со стороны специально подготовленных, участвующих в заседании группы в качестве ее членов и психотерапевтов).

Теоретическое обоснование и интерпретация лечебного действия П. п. чаще всего осуществляются на основе антропологической психотерапии. Утверждается, что люди пребывают не в подлинном мире, чужды истинным ценностям жизни, что заболевания возникают в связи с неспособностью обнаружить подлинный смысл мира и жизни. Интоксикация же создает уникальную возможность «прорыва барьеров» и достижения истинного понимания, обеспечивает способность в течение какого-то времени видеть мир без деформации.

Эффективность П. п., в том числе применительно к контингентам, плохо поддающимся воздействию других видов психотерапии (алкоголики, наркоманы, гомосексуалисты), подтверждалась неоднократно (Grof S. и др.). В нашей стране применение ЛСД в психотерапевтических целях запрещено.

**Психоделическая психотерапия по Грофу**

Один из методов трансперсональной психотерапии. Среди них занимает особое место, поскольку именно с него началось развитие концепции трансперсональной психотерапии. После запрещения клинического использования ЛСД и его аналогов концепция трансперсональной психотерапии развивалась на модели голотропной психотерапии.

Теоретическая концепция и методика проведения П. п. п. Г. в целом соответствует голотропной психотерапии, но имеет и ряд особенностей. Как и голотропная психотерапия, П. п. п. Г. проводится в виде ряда сеансов, число которых не лимитируется и определяется совместно психотерапевтом и пациентом. Процедура П. п. п. Г. также сходна по структуре с более разработанной моделью голотропной психотерапии и состоит из трех последовательных фаз.

Первая фаза – подготовительный этап. Проводится ряд индивидуальных или групповых встреч без использования медикаментов. Целью этапа является установление психотерапевтического контакта и подготовка пациента к психоделическому опыту. На встречах обсуждаются эмоциональные трудности, личная история пациента и предстоящий психоделический опыт. На заключительной встрече обсуждаются специфические вопросы применения психоделического вещества. Детально обсуждается механизм действия препарата, который будет использован, его возможности и связанный с его применением риск. В конце встречи пациенту предлагается подписать контракт об участии в психоделической терапии, подтверждающий его информированность по всем вопросам применения препарата.

Вторая фаза П. п. п. Г. проводится в виде одного или нескольких психоделических сеансов. Они проводятся в обстановке защищенности, где человека не будут беспокоить посторонние влияния, а сам он будет иметь возможность полного самовыражения. Помещение должно быть уютным и по возможности должно находиться в красивом загородном окружении, поскольку возвращение к природе является важным аспектом психоделических переживаний. Ванна и туалет должны быть легкодоступными. Помещение оборудуется музыкальным центром, так как музыка – значимый элемент психоделической психотерапии. Помещение имеет все необходимое для оказания экстренной врачебной помощи.

Перед самим сеансом используются медитативные техники для погружения пациента в состояние релаксации и комфорта. После приема препарата пациент лежа находится в тихой и спокойной обстановке, прослушивая специально подобранную музыку. Разговоры сводятся к минимуму или вообще прекращаются.

Важная роль при проведении психоделических сеансов принадлежит ситтеру (сидящему) – индивидуальному помощнику пациента. В его обязанности входит подбор музыки и смена музыкальных композиций в соответствии с переживаниями пациента, он помогает пациенту пользоваться ванной и туалетом, следит за безопасностью внешней ситуации, периодически узнает о переживаниях пациента, в случае необходимости приглашает медицинского работника. Во время кульминации психоделических переживаний может потребоваться специфическое вмешательство, если пациент, сопротивляясь переживаниям, срывает повязку или проявляет стремление к активным действиям.

При постепенном исчезновении фармакологических эффектов психоделического вещества ситтер просит пациента рассказать о своих переживаниях, что в большинстве случаев приводит к спонтанному разрешению проблем и трансперсональных задач сеанса. Подробное обсуждение состояний пациента может помочь интеграции, полезными в этом отношении могут быть самоотчеты пациента о психоделических переживаниях, рисование и медитация.

Если к моменту завершения фармакологического действия препарата проблема осталась неразрешенной, может понадобиться активное психотерапевтическое вмешательство с использованием голотропной психотерапии и телесных техник. В случае необходимости психоделические сеансы могут повторяться.

Третья и заключительная фаза П. п. п. Г. проводится в виде нескольких интервью без применения психофармакологических препаратов. На этом этапе пациент обсуждает с психотерапевтом свои переживания и возможность их интеграции в свою жизнь. Рекомендуются групповые обсуждения пациентов.

По мнению автора метода, психоделические вещества – мощный инструмент раскрытия глубинных явлений бессознательного. Они обладают значительными позитивными возможностями, но вместе с тем могут представлять и опасность, обусловленную побочными действиями препаратов, привыканием к ним и явлениями психологической зависимости. По мнению Грофа (Grof S.), применение психоделических веществ – ЛСД и его производных, в трансперсональной психотерапии делает лечение более эффективным. Применение психоактивных веществ позволяет получить доступ к глубинным областям психики, однако постепенное развитие переживаний в рамках голотропной психотерапии делает этот подход безопаснее и позволяет полнее интегрировать трансперсональные переживания.

**Психоимажинативная терапия Шорра**

Мысленное воспроизведение внутренних конфликтов человека и отреагирование подавленных эмоций, особенно чувства вины, через опосредованные образы.

Как только пациент определит зону конфликта, он несомненно обратится к специфическому психотравмирующему опыту. Ему придется столкнуться с бессознательной стратегией, используемой значимыми для него людьми, и собственной психологической защитой. Особенно сильно последняя проявляется при воспоминании такой психотравмирующей ситуации, как «день стыда в предыдущей жизни». Шорр (Shorr J.) полагал, что до тех пор, пока не отреагированы чувства в безопасной атмосфере психотерапевтического занятия, сдерживается личностный рост.

Вопрос психотерапевта «По поводу чего вы испытываете чувство вины?» требует от пациента определенной концентрации. Человек научается чувствовать вину в связи с определенными стандартами поведения; со временем это чувство становится фиксированным. Например, если в детстве мальчик спрашивает у матери, отчего у него такая длительная эрекция, а в ответ мать стыдит его, то во взрослой жизни чувство вины в большей степени будет связано с сексом.

Сфокусировав свои чувства, пациент с помощью воображения должен их отреагировать. Вот некоторые примеры:

**1.** Невозможный вопль – высказать значимому в твоей жизни лицу любую эмоцию (психотерапевт разрешает все эмоции).

**2.** «Я не… Я…!» – проективная методика, позволяющая пациенту представить персону, с которой у него конфликт, и отстоять свои права («Я не скотина, я человек, требующий к себе уважения!»).

**3.** «Твое лицо в моих ладонях – мое лицо в твоих ладонях» – пациента побуждают представить лицо человека, который вызывает у него напряжение (часто это мать или отец), а затем сказать что-либо ему и получить ответ.

По своим методическим приемам П. т. Ш. близка к гештальт-терапии.

**Психокатарсический метод Брейера**

Брейер (Breuer J., 1842–1925), выдающийся венский врач, использовал гипноз для лечения моносимптомов при истерии – расстройства движения, речи, зрения, памяти и др. Находящемуся в состоянии гипнотического сна пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. Брейер исходил из того, что аффективно окрашенные впечатления, в силу каких-то причин вытесненные из сознания, продолжают оказывать влияние на человека и могут патологически изменить его поведение. Чтобы добиться лечебного эффекта, нужен гипнотический сон, при котором возможно освобождение от травмирующих эмоций путем катарсиса. Какие-то мысли или импульсы оказываются неприемлемыми для индивида, и их заместителями становятся симптомы при истерии. Если этим мыслям или импульсам дать возможность вновь появиться в сознании, наступает облегчение и заменявшие их симптомы либо исчезают, либо становятся менее резкими. Брейер назвал феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации древнегреческим термином «катарсис» (при эмоциональном восприятии трагических спектаклей на сцене).

По утверждению Фрейда (Freud S.), Брейер дал ему ключ к пониманию истерии, сообщив о работе с Анной О., страдавшей истерическими расстройствами. В гипнотическом сне она вспоминала все, что забывала в состоянии бодрствования. После того как больная «разматывала нить в обратном направлении», симптом исчезал, был, как говорили Брейер и Фрейд, отреагирован. Итогом обобщения подобных случаев явилась вышедшая в 1895 г. книга Брейера, написанная совместно с Фрейдом, «Исследование об истерии». От нее принято вести историю психоанализа.

**Психокибернетика**

Термин предложил Мальц (Maltz M.) для обозначения психотерапевтического подхода (который сам автор называет телеологическим) к изменению восприятия самого себя. Методика, с точки зрения автора, является аналогом «целенаправленного поведения механических систем» и представляет собой, по существу, вариант программы аутотренинга. Основная форма проведения – убеждение в сочетании с релаксационными упражнениями. Теоретической основой концепции П. является постулат, согласно которому в каждом человеке заложена «творческая система управления», которая может быть использована как «механизм успеха», а не как «механизм неудачи». Новые стереотипы мышления, представления и воспоминания могут быть получены с помощью «встроенных сервомеханизмов» нервной системы. Пациент ориентируется на размышления о достижимой цели. Ожидаемые в процессе решения проблемы ошибки, как и во всех механических системах, сигнализируют о необходимости изменить линию поведения, что не должно, однако, сопровождаться существенными сознательными усилиями: процесс должен протекать скорее непроизвольно. Пациент должен использовать таким образом свое воображение в течение 30 минут, в одиночестве, без внешних помех, находясь в состоянии мышечной релаксации, закрыв глаза и мысленно представляя себе сцены «адекватных, успешных, идеальных действий и реакций». Предполагается, что позднее эта иная линия поведения обычно воплощается в реальных проблемных ситуациях «без активного старания». Релаксационные упражнения в процессе визуализации должны помочь пациенту «дегипнотизироваться» от неверных представлений о своей неполноценности по сравнению с другими или о своем превосходстве над другими. Автор считает, что нет причин, по которым человеку нельзя было бы реализовать «силу разума, данную ему Богом», для того чтобы изменить дисфункциональные когниции и дезадаптивное поведение, даже если это детерминировано бессознательными механизмами. Ошибки, совершенные в прошлом и настоящем, должны произвольно изгоняться из памяти, заменяясь воспоминаниями об успешном поведении. Необходимо анализировать причины, вызывающие угрызения совести и заниженную самооценку, выявляя их и подчеркивая их абсурдность. «Глупые» мысли и чувства должны отвергаться. Борьба с ложными представлениями и замена их разумными являются существенно важными для адаптации. Пациенту рекомендуют в течение рабочего дня находить время для того, чтобы расположиться в кресле, расслабиться и детально вспомнить ощущения, возникшие во время предшествовавших 30-минутных сеансов. Релаксационные упражнения сопровождаются стандартными формулами самовнушения. Считается, что пациент приобретает привычку получать удовольствие от систематического размышления о приятных вещах. Задания могут носить характер прямого самовнушения, например: каждое утро во время завязывания шнурков на ботинках внушать себе необходимость начать день с оптимизмом, вести себя более весело и дружелюбно, предвосхищать успех. Формулы самовнушения, как правило, включают принятие самого себя, собственных несовершенств и недостатков и в то же время стремление к совершенствованию. Мальц разработал формулы внушения, специально ориентированные на преодоление усталости, дурных привычек, снятие чувства одиночества и достижение внутреннего душевного покоя. Автор утверждает, что при достаточно систематическом использовании методики положительных результатов можно достичь через 3 недели.

**Психологическая защита**

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. Концепция П. з. в виде классического психоаналитического подхода была представлена А. Фрейд (Freud А.) в книге «Эго и механизмы защиты» (1936). 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. Механизмы П. з. направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом, и представляют собой специфические бессознательные процессы, с помощью которых «Я» пытается сохранить интегративность и адаптивность личности. Эта концепция в рамках психоанализа подвергалась определенным изменениям. Согласно взглядам современного психоаналитика Бреннера (Brenner Ch., 1981), П. з. является определенным аспектом мышления, отражающим взаимосвязи между «Я» и Оно. В зависимости от особенностей конфликтной ситуации (различное размещение ее на оси «удовольствие–неудовольствие») «Я» может применять защитные механизмы как защиту при давлении влечений и для их удовлетворения. В защитных целях «Я» использует любую установку, восприятие, отвлечение внимания, смещение на побудители иного поведения и вообще «все, что есть под рукой».

В основе современных представлений о механизмах П. з. доминируют познавательные теории Гжеголовской (Grzegolowska H., 1981). Эти механизмы определяются как защитные переоценки (реинтерпретации), характеризующиеся изменением значения факторов эмоциональной угрозы, собственных черт и ценностей. В основе защитной деятельности, целью которой является снижение тревоги (психического дискомфорта) или повышение самооценки, лежит защита «Я» посредством искажения процесса отбора и преобразования информации. Благодаря этому сохраняется соответствие между имеющимися у больного представлениями об окружающем мире, себе и поступающей информацией.

В отечественной психологии и психотерапии понятие П. з. рассматривается как важнейшая форма реагирования сознания индивида на психическую травму (Бассин Ф.В. и др., 1975). При этом имеется в виду прежде всего защитная перестройка, происходящая в системах взаимосвязанных психологических установок и отношений, в субъективной иерархии ценностей, которая направлена на редукцию патогенного эмоционального напряжения, способствуя хотя и временному, но определенному лечебному эффекту и предотвращая дальнейшее развитие психологических и физиологических нарушений.

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. Такие негативные чувства, как тревога, страх, гнев, стыд и др., сама болезнь как эмоциональный стресс, вызывают в личности адаптивные процессы переоценки значения ситуации, отношений, представлений о себе в целях ослабления психического дискомфорта и сохранения соответствующего уровня самооценки. Этот процесс происходит, как правило, в рамках неосознаваемой деятельности психики с помощью целого ряда механизмов П. з., одни из которых действуют на уровне восприятия (например, вытеснение), другие – на уровне трансформации (искажения) информации (например, рационализация). Устойчивость, частое использование, ригидность, тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживаний и поведения, включение в систему сил противодействия целям лечения делают такие защитные механизмы патологическими. Общей чертой их является отказ личности от деятельности, предназначенной для продуктивного разрешения ситуации или проблемы, вызывавших отрицательные, мучительные для индивида переживания.

Наиболее распространенные и важные механизмы П. з. могут быть представлены в виде нескольких групп. 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. Это наименее дифференцированный и нередко малоэффективный способ защиты, но в той или иной мере он присоединяется к действию всех других защитных механизмов. Человек легко может забывать некоторые вещи, особенно то, что снижает чувство собственной ценности как личности. Чаще этот механизм проявляется у людей с незрелым «Я», истерическими чертами характера, у детей. 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. 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. 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. 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.

Общепринятой классификации механизмов П. з. до сих пор не существует, и список защитных механизмов может быть продолжен. Здесь же были представлены наиболее распространенные из них. Защитные механизмы в некоторой мере способствуют стабилизации «Я» личности больного, но приводят к неадаптивной ригидности его поведения, ограничивают возможности вскрытия и разрешения внутриличностного конфликта. В системе адаптивных реакций пациента механизмы П. з. тесно связаны с копинг-механизмами (механизмами совладания) как активными, преимущественно сознательными усилиями больного, направленными на овладение ситуацией или проблемой.

Знание и учет механизмов П. з. необходимы при проведении личностно-ориентированной психотерапии с целью повышения ее эффективности. Эти механизмы обнаруживаются при изучении стратегии поведения пациента в связи с болезнью, в трудных жизненных ситуациях.

При диагностике механизмов П. з. в последние годы широко используется экспериментально-психологическая методика «Индекс жизненного стиля» (LSI – Lifestyle index), разработанная Плучиком, Келлерманом, Конте (Plutchik R., Kellerman H., Conte H.). Этот опросник, адаптированный в Институте им. В.М. Бехтерева, позволяет оценить частоту использования индивидом в повседневной жизни того или иного защитного механизма и выявить свойственную ему структуру защитного реагирования. Опросник определяет выраженность восьми основных механизмов Эго-защиты: вытеснение, отрицание, проекция, интеллектуализация, реактивное образование, регрессия, компенсация, замещение. Примеры утверждений опросника: «Я ни к кому не испытываю предубеждения» (отрицание); «Я не боюсь старости, потому что это случается с каждым» (интеллектуализация); «Порнография – это ужасно» (реактивное образование).

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.