

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

*Факультет философии и психологии
Кафедра общей и социальной психологии*

**Иррациональные убеждения у лиц, страдающих
гипертонией, с различными защитными механизмами**

Дипломная работа
Специальность 030301 Психология
Специализация Психология Личности

Допущена к защите в ГЭК 15.05.2015

Зав. кафедрой



подпись

д. пс. н., доц. К. М. Гайдар

Обучающийся



подпись

Ю. Н. Земцов

Руководитель



подпись

к. пс. н., доц. Н. М. Пинегина

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Теоретические основы изучения иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами	9
1.1. Изучение иррациональных убеждений в психологической науке	9
1.2. Представление о защитных механизмах в рамках психоаналитического направления. Виды защитных механизмов	15
1.3. Гипертоническая болезнь: медицинский и психологический аспекты заболевания	31
Глава 2. Эмпирическое исследование иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами	39
2.1. Программа эмпирического исследования	39
2.2. Анализ и обсуждение результатов исследования	42
Заключение	60
Список литературы	63
Приложение А	67
Приложение Б	72

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время мы можем наблюдать переворот, изменение, происходящие в сознании и поведении людей, влекущие за собой изменения в обществе и являющиеся их результатом. В связи с этими изменениями стали неадаптивными многие формы поведения, устарели мыслительные паттерны и появились новые веяния в «моде на чувства». Однако люди, как и общество в целом, стараются сохранить и поддерживают эти устаревшие паттерны поведения и мысли, что приводит к подавлению личности человека, искоренению его самобытности, изменению человеческой сущности.

Также, в настоящее время всё сильнее выражается и поддерживается социумом общественное требование к человеку, гласящее что он, человек, должен осознавать как можно меньше, минимум, плывя по течению жизни: обучаясь в школе 9-11 лет, потом 4-6 лет в университете индивид должен впитывать информацию, получаемую им от учителей и преподавателей, стараясь при этом не задавать вопрос о целесообразности получаемых в процессе образования знаний и лишённый возможности как-то влиять на него (не возможности выбора факультативных занятий и т.д.), т.е. людей с детства воспитывают в духе обесценивания внутреннего бытия и добросовестного следования определённым правилам [6].

Взросли общественные требования и к личностным качествам человека (задаются требования к тому, каким человек должен быть, чтобы стать успешным или просто принимаемым в обществе) и люди стараются соответствовать этим требованиям, принося в жертву свою индивидуальность, а иногда и здоровье.

Всё это в совокупности является стрессогенными факторами и может вызывать заболевания различных систем и органов человеческого организма (психосоматические и соматопсихические заболевания).

Изучение иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией с различными видами защитных механизмов является очень актуальным в настоящее время, поскольку, во-первых, гипертония является «молодеющим» заболеванием, т.е. чаще начинает встречаться среди молодёжи, в связи с чем необходимо обеспечить желание её лечения у лиц различных возрастов, и недопущения игнорирования факта наличия данного заболевания. Так же, в настоящее время психологии и психотерапии необходим более современный инструментарий и более глубокие теоретические основы для работы с психосоматическими и соматическими заболеваниями.

Таким образом, актуальность данного исследования продиктована необходимостью расширения научных данных по проблеме изучения иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией с различными видами защитных механизмов и сферы их применения.

Основной целью нашего исследования является изучение иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами.

Объектом нашего исследования являются иррациональные убеждения у лиц, страдающих гипертонией.

Предметом исследования являются иррациональные убеждения у лиц, страдающих гипертонией, с различными видами защитных механизмов.

В качестве гипотезы исследования выступает предположение о том, что лица, страдающие гипертонией, с различными защитными механизмами обладают определёнными иррациональными убеждениями, а именно:

1) у больных гипертонией с выраженными защитными механизмами, такими как отрицание, проекция и регрессия в качестве иррациональных убеждений преобладают ожидания от других людей;

2) у лиц, страдающих гипертонией с выраженными защитными механизмами: компенсацией, реактивным образованием и вытеснением

преобладает в качестве доминирующих иррациональных убеждений – требования к себе.

Обоснованием гипотезы являются: 1) теоретические воззрения Р. Мэя, согласно которым существуют защитные механизмы, выраженные во внешний мир и внутренний мир человека [21]; 2) положения теории А. Эллиса, согласно которым иррациональные убеждения могут касаться как самого человека (долженствование в отношении себя), так и окружающих людей (долженствование в отношении других) [39; 40]. Следовательно, между выраженностью иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами могут быть выявлены различия.

Для достижения цели и проверки выдвинутой гипотезы исследования решались следующие задачи:

1) дать определение понятию «иррациональные убеждения», рассмотреть их виды;

2) проанализировать механизм возникновения иррациональных убеждений;

3) определить понятие «защитные механизмы личности», рассмотреть основные механизмы, участвующие в патогенезе и хронизации заболевания;

4) описать гипертоническую болезнь с точки зрения медицины и психологии;

5) провести эмпирическое исследование, направленное на изучение иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами, проанализировать полученные данные, сформулировать выводы и практические рекомендации психологам и психотерапевтам, работающим с больными гипертонией с целью снижения у пациентов иррациональных убеждений и защитных механизмов, и как результат, снижение сопротивления лечению.

Наше исследование основано на методологических принципах детерминизма и системности.

Принцип детерминизма, разработанный в отечественной психологии С. Л. Рубинштейном и другими учеными, рассматривался в нашей работе в форме положения о причинности психических явлений как совокупности обстоятельств, предшествующих во времени их появлению (формированию). Относительно исследуемой проблемы мы полагаем, что гипертоническое заболевание может быть детерминировано психологическими факторами, следовательно, гипертонию необходимо рассматривать как следствие этих факторов.

Принцип системности, введенный в психологическую науку Б. Ф. Ломовым. С позиций принципа системности психические явления изучаются как системы, то есть сложноорганизованные и постоянно развивающиеся объекты. Он используется в нашей работе для исследования иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами. Человек, представляющий собой систему и обладающий системой психологических свойств и качеств, взаимосвязанных между собой, в свою очередь, включен в систему человеческих отношений, в которой развиваются и проявляются его иррациональные убеждения и защитные механизмы, которые в свою очередь, имеют также системную природу.

Теоретическую базу исследования составили положения теории об иррациональных убеждениях А. Эллиса, А. Бэка, А. Миллер и изучение защитных механизмов в рамках аналитикоориентированной психологии (З. Фрейда, А. Фрейд, Н. Мак-Вильямс, Р. Плутчика, Х. Келермана и др.); представления о гипертонической болезни, представленные в работах Ф. Александера, Ю. А. Ващенко, А. В. Виноградова и др. [1; 7; 8; 9; 14; 15 и др.].

В работе использовался следующий комплекс методов.

1. Методы сбора теоретической информации: анализ, синтез, обобщение и систематизация имеющихся в психологической литературе научных представлений по теме исследования.

2. Метод сбора эмпирической информации: метод стандартизированного самоотчёта.

3. Методы обработки результатов исследования: качественный и количественный, в том числе статистический анализ эмпирических данных (U-критерий Манна-Уитни).

Базой эмпирического исследования являлась БУЗ ВО «Поворинская ЦБ». Исследованием было охвачено 100 человека. Из которых 24 мужчины и 76 женщин в возрасте от 42 до 78 лет.

Научная новизна проведённого исследования заключается в том, что впервые изучены иррациональные убеждения у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами; также была выведена новая классификация механизмов психологической защиты.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что оно расширяет психологическую теорию относительно иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами.

Практическая значимость работы состоит в том, что полученные результаты исследования могут быть использованы психологами и психотерапевтами в практической деятельности с целью снижения у пациентов уровня долженствования в отношении себя или других людей, тем самым снижая сопротивление медицинскому вмешательству со стороны пациентов, повышения качества лечения.

Практические рекомендации по проведённому исследованию могут быть использованы психологами и психотерапевтами при подборе методов психологического вмешательства.

Исследование было проведено в период с 2014 по 2015 год и включало в себя три этапа.

Первый этап (октябрь – декабрь 2014 г.): изучение и анализ психологической литературы по проблеме исследования, уточнение категориального аппарата, выдвижение гипотезы, разработка программы эмпирического исследования.

Второй этап (январь 2015 г. – февраль 2015 г.): уточнение теоретических аспектов исследования и его гипотезы, проведение программы эмпирического исследования.

Третий этап (март– апрель 2015 г.): анализ и интерпретация полученных результатов, формулирование выводов и психологических рекомендаций, целостное оформление выпускной квалификационной работы.

Структура работы состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, содержащего 40 источников и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УБЕЖДЕНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЕЙ, С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАЩИТНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ

1.1. Изучение иррациональных убеждений в психологической науке

Изучение иррациональных убеждений в психологической науке началось с создания в 1955 г. рационально-эмотивной поведенческой психотерапии А. Эллисом. Под термином «рациональное» Альберт Эллис понимает когнитивную способность человека, которая эффективна главным образом при оказании самопомощи, а не когнитивную способность, которая логически и эмпирически обоснована [23, 37, 38, 39, 40].

Под иррациональными убеждениями А. Эллис понимает всё то, что делает поведение, эмоции или мысли человека неадекватными ситуации [23, 37, 38, 39, 40]. Также, он выделяет два вида таких нерациональных норм: 1) культурно-национальные, зависящие от того, что принято или не принято в какой-либо конкретной культуре и 2) врождённое убеждение, присущее каждому [37]. Во врождённых иррациональных нормах он выделяет 3 основных вида иррациональных убеждений, из которых формируются остальные: 1) «Я должен и обязан добиться успеха и одобрения со стороны значимых для меня людей. Если я этого не сделаю, значит, я полное ничтожество». Как пишет Дж. Бьюдженталь: «Требование совершенства является прямым источником подавления любых человеческих усилий и средством избегания внутреннего осознания» [6, с. 118]; 2) «Люди, с которыми я общаюсь должны и обязаны относиться ко мне хорошо. Просто ужасно, что вы этого не делаете» и 3) «Условия, окружающая среда, в которой я живу должны быть устроены так, что бы без особого труда, не прикладывая больших усилий, получал всё, что мне необходимо» [38, с. 202].

К основным характеристикам иррациональных убеждений (дисфункциональных установок) А. Эллис относит, во-первых, явные и, чаще, скрытые требования, выражающие в слове «должен»; во-вторых, производными от этих требований обычно становятся нереалистичные и сверхобобщённые умозаключения и атрибуции. Он приводит следующий пример: «На пути к осуществлению Цели стоят препятствия, от которых я должен избавиться» – следовательно: «Это ужасно (даже хуже, чем плохо)!»; «Я этого не вынесу»; «Я ни на что не годен»; «У меня никогда не будет того, что я хочу» и т.д.» [38, с. 219].

А. Эллис, также, выделил 3 типа когниций:

а) холодные когниции являются дескриптивными и предполагают наличие относительно слабого чувства или его отсутствие: «Я вижу, Вы на меня злитесь»;

б) теплые когниции – это предпочтительные мысли или рациональные установки (они включают в себя оценку холодных когниции, влияют на чувства, как слабые, так и сильные, и порождают такие чувства): «Мне не нравится, когда на меня злятся, я бы не хотел, чтобы Вы злились. Меня это раздражает»;

в) горячие когниции содержат горячие (резкие) или «высокие» оценочные мысли и обычно предполагают наличие сильных или очень сильных чувств: «Я не выношу чужой злости! Окружающие должны быть терпимее ко мне!» [38, 39].

В рационально-эмотивной теории (рационально-эмотивно-поведенческой) отмечается, что людям в нестабильном состоянии свойственно мыслить нелогично, иррационально. При этом, такие искажения всегда идут от долженствования. А. Эллис приводит следующие примеры.

1. Мышление по типу «всё или ничего». «Если я провалю хоть какое-нибудь важное дело – а я должен не провалить – я полный неудачник и совершенно недостойный любви человек!».

2. Перескакивание к выводам и негативные логичные заключения: «Поскольку они видели мой жуткий провал – а я всегда должен быть на высоте – они будут считать меня тупым червём».

3. Предсказывание будущего. «Так как они смеются над моей неудачей – а я всегда должен быть на высоте – они всегда будут меня презирать» .

4. Заикливание на негативе. «Я не могу вынести того, что всё идёт не так, как должно идти, и я не вижу в своей жизни ничего хорошего» .

5. Непонимание позитива: «Когда они хвалят меня, они просто меня жалеют и забывают все те глупости, которые я абсолютно не должен был совершать».

6. Всегда и никогда. «Условия жизни должны быть хорошими, а они на самом деле ужасны и невыносимы, и это всегда так будет, а я никогда не буду счастлив».

7. Преуменьшение: «Хорошие выстрелы в этой игре были случайными и не имели значения. Но плохие – которые я не имел никакого права делать – были просто ужасны и совершенно непростительны».

8. Эмоциональное рассуждение. «Из-за того, что я выступил просто поганом, так, как абсолютно не должен был, я чувствую себя полным болваном, и это доказывает, что я действительно ни к чёрту не годен!».

9. Навешивание ярлыков и сверхобобщение: «Я не имею права заваливать важную работу, а поскольку я это сделал, я полный неудачник и пропащий человек!».

10. Принятие на свой счёт. «Поскольку я веду себя гораздо хуже, чем должен, а они смеются, я уверен, что они смеются только надо мной, и это ужасно».

11. Лажное «Я»: «Когда я не настолько хорош, насколько должен бы, а они продолжают меня принимать и хвалить, я чувствую, что я притворщик и скоро потеряю свою маску и покажу своё жуткое лицо».

12. Перфекционизм. «Я понимаю, что хорошо выполнил это задание, но такую работу я обязан сделать на «отлично», и поэтому я никудышный человек»[40, с. 34–35].

Оспаривание таких убеждений проводится, главным образом, когнитивным способом, но кроме этого используется также эмотивное и поведенческое (бихевиоральное) оспаривание [38]. Такой большой разброс в выборе методов работы с иррациональными убеждениями связан с тем, что А. Эллис не противопоставляет эмоциональное и когнитивное: «Теория РЭТ основана на следующей предпосылке: мышление и эмоции не являются независимыми или отдельными друг от друга процессами; они в значительной степени пересекаются и в определённом смысле – на практике – являются одним и тем же. Так же как и два основных жизненных процесса – ощущение и движение, – они неразрывно взаимосвязаны и никогда не существуют отдельно друг от друга» [38, с. 185].

На взаимосвязь аффективного и когнитивного указывает также В. В. Бойко: «Особо подчеркнём неправомерность противопоставления в человеке эмоционального и рационального. Только ансамбль этих двух форм отражения бытия обеспечивает полное функционирование... психики в целом» [3, с. 30]. Поэтому, как мы видим, из-за очень сильной взаимосвязи между эмоциями и разумом, иррациональные убеждения влияют на всю человеческую жизнь: эмоции могут влиять на разум, разум – на эмоции и всё вместе оказывает влияние на поведение индивида в окружающем мире и общении с другими людьми, определяют мировоззрение и мироощущение человека [37, 38, 39, 40].

А. Эллис выдел также 13 критериев психического здоровья человека:

1) личный интерес – здоровый человек ставит свои интересы и потребности выше интересов и потребностей других людей. Они жертвуют собой до определённой степени ради тех, кто им дорог, но никогда не уходят в это;

2) социальный интерес;

3) самостоятельность (самоуправление);

4) терпимость и высокая толерантность к фрустрации: здоровые люди дают право себе и окружающим их людям ошибаться. Даже если им очень не нравится своё собственное поведение или поведение других людей, они не склонны осуждать непосредственно себя и других, а судят только неприемлемые и нетерпимые поступки;

5) принятие неопределенности и неоднозначности – здоровые люди, как правило, склонны признавать и принимать идею о том, что живут в мире вероятностей и случайностей, где не существует и, возможно, никогда не будет существовать абсолютной определённости;

6) гибкость – готовность людей меняться, отсутствие фанатичности, плюрализм во взглядах на других людей;

7) научное мышление – здоровые люди более объективно оценивают окружающий мир, реалистичны. Могут чувствовать и действовать в соответствии со своими чувствами, но при этом в состоянии регулировать свои эмоции и действия, рефлексировав их и оценивая их последствия;

8) увлечённость (преданность творческим занятиям): увлечённость чем-то внешним, по отношению к себе, способность человека иметь хотя бы один сильный творческий интерес или занятие, которое он будет считать настолько важным, что организует вокруг него значительную часть своей жизни;

9) умение рисковать;

10) принятие себя – здоровые люди обычно рады тому, что живы, и принимают себя только потому, что живут и могут этим наслаждаться. Они не оценивают свою внутреннюю значимость по внешним достижениям или по тому, что думают о них окружающие;

11) забота о будущем (отсроченный гедонизм): здоровые люди способны не позволяют минутным удовольствиям овладеть собой, думают о завтрашнем дне и способны отложить получение удовольствия на потом;

12) отсутствие перфекционизма и приверженности утопиям – здоровые люди принимают как факт то, что утопия и идеал недостижимы; не пытаются нереалистично бороться за тотальное счастье, совершенство и радость или за полное отсутствие тревоги, депрессии и т.д.;

13) ответственность за свои эмоциональные нарушения: здоровые люди принимают значительную часть ответственности за свои эмоциональные состояния на себя, а не обвиняют других или социум в собственных саморазрушительных мыслях, чувствах и действиях [38, 39].

Далее мы рассмотрим возникновение иррациональных убеждений (АВС – модель).

А – событие, действие или объект, относительно которых человек становится обеспокоенным.

В – убеждения о событии, действии или объекте, которые имели место на этапе А. У человека могут возникнуть 2 типа убеждений: рациональные и иррациональные.

Рациональные убеждения (rB) – «Было бы не слишком хорошо, если бы сейчас пошёл дождь и я промок» – они могут подтверждаться эмпирическими данными и соответствуют реальности или тому, что происходит на этапе А.

Иррациональные убеждения (iB): «Это будет катастрофа, если сейчас пойдёт дождь и я промокну». Иррациональные убеждения не могут подтверждаться эмпирическими доказательствами и не соответствуют происходящей действительности или тому, что происходит на этапе А. Часто выражаются в форме долженствования.

С – последствия убеждений (В). При этом, последствия также могут быть 2 видов: 1) рациональными (rC) – являются результатом рациональных

убеждений человека (rB) – человек строит планы, как достичь успеха. Если ему это не удаётся, он чувствует разочарование, чувства соответствуют ситуации и помогают в достижении целей; 2) иррациональные последствия (iC) – результат иррациональных убеждений (iB) – человек падает в депрессию, чувствует подавленность в связи с ситуацией. Одним из примеров иррациональных последствий, согласно воззрениям А. Эллиса, являются психосоматические нарушения [23, 37, 38, 39, 40].

Мы видим, что психологическое здоровье, согласно воззрениям А. Эллиса, носит интегративный характер и о нём (о здоровье или нездоровье) можно судить лишь по совокупности вышеописанных признаков.

Под убеждениями мы будем понимать когнитивные построения индивида, регулирующие его аффективную и конативную сферы его жизнедеятельности. Иррациональные убеждения – негативный аспект убеждений (оказывает негативное влияние на поведение и эмоции человека).

Таким образом, иррациональные убеждения – это всё то, что делает поведение, эмоции или мысли человека неадекватными ситуации, по своей сути, иррациональными убеждениями являются абсолютистские когниции. Они, доставляя человеку много душевных страданий, оказывают влияние на всю его жизнь. Возможно, в связи с сильной интеграцией эмоционального и рационального в человеке, они могут детерминировать развитие психосоматических заболеваний или усугублять течение соматических заболеваний, например, гипертонии.

1.2. Представление о защитных механизмах в рамках психоаналитического направления. Виды защитных механизмов

Термин «защитные механизмы» впервые появился в одной из работ З. Фрейда в 1894 г. и был использован впоследствии для описания борьбы

Эго против болезненных или невыносимых мыслей и аффектов. Позже этот термин замещается термином «вытеснение», однако отношения между двумя этими понятиями остались неопределёнными. Но в 1926 г. З. Фрейд вновь возвращается к термину «психологическая защита», так как его применение имеет свои преимущества «поскольку мы вводим его для общего обозначения всех техник, которые Эго использует в конфликте и которые могут привести к неврозу, оставляя слово «вытеснение» для особого способа защиты, лучше всего изученного нами на начальном этапе нашего исследования» [31, с. 37]. Согласно А. Фрейд, механизмы психологической защиты являются продуктом индивидуального опыта и научения [4]. Но, как замечает Ф. В. Бассин, «идея «психологической защиты» отразила совершенно реальную и важную сторону психической деятельности, которая от подавляющего большинства других исследовательских направлений, кроме психоанализа, ускользнула. Но когда эта идея стала теоретически разрабатываться психоанализом, её приспособили к традиционным психоаналитическим схемам и тем резко ограничили, а затем и вовсе исказили её подлинный смысл» [2, с. 9]. Также он подчёркивает, что «основным дефектом психоаналитической трактовки понятия «психологической защиты» является то, что последняя рассматривалась как механизм, используемый только в экзвивитных случаях, – как единственное остающееся средство предотвращения грозных клинических последствий конфликта «Я» с противостоящим ему якобы неизменно враждебным «бессознательным»... Между тем, как это было особенно чётко показано за последнее десятилетие... «психологическая защита» является нормальным, постоянно применяемым психологическим механизмом» [2, с. 9].

Как было отмечено выше, термин «защитные механизмы» был введён З. Фрейдом, который рассматривал их как формы разрешения конфликта между бессознательными влечениями и интернационализированными социальными требованиями и запретами. А. Фрейд видела в них также

механизмы разрешения внешних конфликтов, адаптации к социальному окружению.

Более широкие исследования защитных механизмов на уровне изучения механизмов трансформаций угрожающего или конфликтного объекта в процессе восприятия были развёрнуты на рубеже 40-50 годов XX в. [4].

Термин «психологическая защита» в настоящее время имеет следующее определение: «психологическая защита – это система регуляторных механизмов в психике, которые направлены на устранение или сведение к минимуму негативных, травмирующих личность переживаний, сопряжённых с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта» [4, с. 208].

Рассмотрим виды защитных механизмов. В настоящее время в науке нет общей классификации защитных механизмов, однако, Н. Мак-Вильямс выделяет следующую классификацию.

I. Первичные (примитивные) защитные механизмы.

1. Примитивная изоляция.
2. Отрицание.
3. Всемогущий контроль.
4. Примитивная идеализация (и обесценивание).
5. Проекция, интроекция и примитивная идентификация.
6. Расщепление эго.
7. Диссоциация.

II. Вторичные (высшего порядка) защитные механизмы.

1. Репрессия (вытеснение).
2. Регрессия.
3. Изоляция.
4. Интеллектуализация.
5. Рационализация.

6. Морализация.
7. Компартаментализация (раздельное мышление).
8. Аннулирование.
9. Поворот против себя.
10. Смещение.
11. Реактивное образование.
12. Реверсия.
13. Идентификация.
14. Отреагирование.
15. Сексуализация (инстинктуализация).
16. Сублимация [17].

Охарактеризуем первичные защитные механизмы.

Первым защитным механизмом, который предложен к рассмотрению, является примитивная изоляция.

Примитивная изоляция – это психологический уход в другое состояние сознания. У младенцев это проявляется в засыпании, когда они перевозбуждены или расстроены. У взрослых людей данный вид изоляции проявляется в употреблении каких-либо химических средств, изменяющих состояние сознания: алкоголь, наркотики и другие.

Недостаток: выключение человека из активного участия межличностных проблем, уход человека в свой внутренний мир.

Достоинство: изоляция, позволяя психологическое бегство от реальности, почти не требует её искажения [17].

Другим защитным механизмом, отнесённым Н. Мак-Вильямс к примитивным является отрицание.

Отрицание – отказ от существования травмирующих действий. Отказ противопоставляет силу силе. Данный защитный механизм создаёт у того, кто его использует, чувство, что он решителен и полон жизни [30].

Большинство людей, чьи чувства уязвлены, в ситуации, когда плакать неуместно или неразумно, скорее всего, откажутся от своих чувств. В ситуации опасности отрицание эмоций может сыграть положительную роль: оно позволит мыслить здраво и шансы спасти жизнь возрастут.

Однако отрицание может играть и отрицательную роль, например, когда человек не отказывается от вождения машины, несмотря на ослабевшее зрение [17].

Особенности защитного механизма в норме: эгоцентризм, оптимизм, жажда признания.

Акцентуация характера: демонстративность.

Возможные девиации поведения: лживость, склонность к симуляции, необдуманность поступков [26].

Рассмотрим такой защитный механизм, как всемогущий контроль.

Всемогущий контроль – ощущение того, что человек способен каким-либо образом повлиять на мир.

Данный защитный механизм особенно хорошо развит и преобладает в младенчестве, когда ребёнок воспринимает источник всех событий как внутренний. При этом, фантазия обладания мира – нормальное явление, так как осознание того, что контроль находится в отдалённых от младенца других людях, вне его самого, ещё не появилось.

По мере взросления, на следующей стадии развития идея о собственном всемогуществе преобразуется в идею о всемогуществе одного из тех, кто заботится о ребёнке.

По мере взросления человек начинает понимать, что никто из людей, и он сам, не обладает неограниченной властью. Однако остаток ощущения всемогущества остаётся на всю жизнь в чувстве компетентности и жизненной эффективности.

В том же случае, если человек чувствует себя всемогущим и всемогущим в дальнейшем, развивается девиантное поведение [17].

Другим защитным механизмом, который мы будем рассматривать, является примитивная идеализация и обесценивание.

Примитивная идеализация – приписывание всемогущества и «божественности» заботящемуся лицу.

Идеализация, по большей части, свойственная детскому возрасту, хотя и взрослые склонны к идеализации.

У детей идеализация проявляется в приписывании родителям способностей к сверхчеловеческим деяниям. Отрицательной стороной идеализации является трудность переубеждения ребёнка [17].

У взрослых идеализация может встречаться в период любви, например, когда любящий человек считает идеалом объект своей любви [20].

Примитивное обесценивание – обратная сторона идеализации. Чем сильнее идеализируется объект, тем больше будет его обесценивание [32].

Далее приступим к рассмотрению защитных механизмов: проекция, интроекция и проективная идентификация.

Проекция и интроекция. Эти два защитных механизма представляют собой две стороны одной психологической «медали». В обоих защитных механизмах наблюдается недостаточность психологического разграничения собственной личности и окружающего мира [17]. Проекция – выделение и локализация в другом объекте свойств, отвергаемых человеком у самого себя [30]. Проекция лежит в основе эмпатии.

Особенности защитного поведения в норме (при проекции): гордость, самолюбие, эгоизм, мстительность, обидчивость, ревнивость, обострённое чувство несправедливости, честолюбие, упрямство, несговорчивость.

Девиации поведения: поведение, детерминируемое сверхценными или бредовыми идеями ревности, несправедливости, преследования [26].

Интроекция – процесс, в результате которого идущее извне ошибочно воспринимается как происходящее изнутри. Может играть положительную роль, когда ведёт к примитивной идентификации со значимыми другими:

маленькие дети вбирают всевозможные позиции, аффекты и формы поведения значимых в их жизни людей.

Негативные аспекты интроекция может приобретать, двигаясь по пути, связанному с печалью и меланхолией, например, когда умирает человек, которого любили и к которому глубоко привязались [33].

Проективная идентификация – совместная работа проекции и интроекции [17].

Рассмотрим такой защитный механизм, как расщепление Эго.

Расщепление Эго – ещё один мощный межличностный процесс. Его истоки находятся в довербальном периоде, когда ребёнок ещё не может отдавать себе отчёт в том, что окружающие его люди обладают и плохими, и хорошими качествами: ребёнок приписывает только хорошие качества одним людям (родителям, например), и только плохие – другим (воспитателям, например). Во взрослой жизни это появляется в том, что человек, так же, как и ребёнок, делит мир на «хороший» и «плохой» [17].

Рассмотрим защитный механизм – диссоциацию.

Действие диссоциации глобально, оно полностью охватывает всю личность. Многие диссоциированные состояния психотичны по своей природе. Она сильно отличается от других защитных механизмов тем, что последние представляют собой нормальные способы функционирования и становятся проблемными, только если человек остаётся в них слишком долго или пренебрегает другими способами психологической защиты.

Примерами диссоциации могут служить «выход» из тела во время операции или катастрофы, раздвоение личности.

Выгоды диссоциации очевидны: диссоциирующий отключается от страдания, страха, паники и уверенности надвигающейся смерти.

Недостаток: тенденция автоматически включаться, когда на деле не существует опасности [17].

Мы рассмотрели первичные защитные механизмы. Перейдём к рассмотрению вторичных механизмов защиты.

Первый защитный механизм, который относят к вторичным, является репрессия или вытеснение.

Вытеснение – действие, посредством которого субъект старается устранить или удержать в бессознательном представления, связанные с влечениями [16]. Вытеснение представляет собой основу для других защитных механизмов высшего порядка [20].

Вытеснение полностью препятствует осознанию неприятных чувств или желаний. Неприемлемое насильственно удерживается вне рамок осведомлённости, без какого бы то ни было сознательного понимания того, что нечто подавляется в человеке. При этом, то, что вытесняется, нередко первоначально было осознаваемо [30]. По сути, вытеснение – это произвольное подавление [20].

Репрессия начинает создавать проблемы только тогда, когда она: 1) не справляется со своей функцией; 2) стоит на пути определённых позитивных аспектов жизни; 3) действует при исключении других, более удачных способов преодоления трудностей [16].

Другим вторичным защитным механизмом, который мы будем рассматривать, является регрессия.

Регрессия – возврат к предыдущим, более инфантильным формам поведения [24].

Социальное и эмоциональное развитие никогда не идёт строго прямым путём; в процессе роста личности наблюдаются колебания, которые с возрастом становятся менее драматичными, но никогда не проходят полностью.

Регрессией не является ни просьба о помощи человека, который обеспокоен достижением внутреннего комфорта, ни намерение выискивания

способов разрядки драйва на начальных уровнях. Для классификации регрессии как защитного механизма она должна быть бессознательной.

Некоторые люди используют регрессию чаще, чем остальные, например, это может проявляться в болезненном состоянии человека в ответ на какое-либо событие жизни (например, на контрольную работу). Такие люди часто болеют, но болезнь или вызывает определённые трудности при диагностике, или вообще не диагностируется, но при всём при этом болезненное состояние очень хорошо чувствуется самим человеком. Этот процесс никогда не осознаётся и может причинять страдание как регрессирующему, так и связанному с ним человеку. Данный вариант регрессии известен как соматизация [17].

Регрессия может иметь несколько форм.

1. Топическая регрессия особенно ярко проявляет себя в сновидениях, где она осуществляется до конца. Её можно обнаружить и в патологических процессах, где она распространяется не столь широко (галлюцинации), или она идёт не столь далеко (память).

2. При формальной регрессии происходит переход от вторичных процессов к первичным. Предлагаемый при этом порядок связан не с последовательностью этапов развития индивида, а скорее с иерархией функций и подструктур.

3. В рамках временной регрессии различают несколько видов:

- а) регрессию по отношению к объектам;
- б) регрессию по отношению к либидальной стадии;
- с) регрессию по отношению к эволюции Эго [16].

Рассмотрим такой защитный механизм, как изоляция.

Изоляция – отделение аффективного аспекта переживания от своей когнитивной составляющей.

Будучи очень важной в плане адаптации в экстремальных ситуациях, изоляция является в большей степени дискриминативной, чем диссоциация:

из сознания удаляется не весь опыт переживания, а только его эмоциональное значение. В том случае, когда первичной защитой становится изоляция, и паттерн жизни отражает завышенную оценку значимости рассуждений и недооценку чувств, тогда структура характера определяется как обсессивная [17].

Другим защитным механизмом является интеллектуализация.

Интеллектуализация – более высокий уровень изоляции аффекта от интеллекта.

Человек использующий изоляцию говорит, что не испытывает чувств, в то время как человек, использующий интеллектуализацию, разговаривает по поводу чувств, но таким образом, что у слушателя остаётся впечатление отсутствия эмоции [17].

Интеллектуализация часто используется людьми, ежедневно имеющими дело с проблемами жизни и смерти, которые не могут позволить себе каждый раз страдать (врачи, например).

Сила фрустрирующего воздействия ситуации зависит от того, как её оценивает личность, как она интеллектуализирует ситуацию. Когда ситуация вначале кажется сильно угрожающей и вызывает интенсивные отрицательные эмоции, то силу этих эмоциональных реакций можно уменьшить путём переоценки ситуации [22].

Интеллектуализация сдерживает обычное переполнение эмоций. Когда человек может действовать рационально в ситуации, насыщенной эмоциональным значением, это может свидетельствовать о значительной силе Эго, и в данном случае защита действует эффективно. Однако, если человек оказывается неспособным оставить защитную когнитивную неэмоциональную позицию, то другие люди склонны считать его эмоционально неискренним [17].

Рассмотрим следующий защитный механизм, получивший название «рационализация».

Рационализация – процедура, посредством которой субъект стремится дать логически связанное и морально приемлемое объяснение той или иной установки, поступка, идеи и т.д., подлинные причины которых остаются в тени [30]. Рационализация – это инструмент, который люди используют, чтобы защитить определённые чувства, идеи или поведение. При этом, рационализируя, человек редко сомневаемся в мудрости, правильности или честности своих размышлений [20].

Рационализация подразделяется на несколько видов: 1) актуальную, 2) предвосхищающую, 3) для себя и для других, 4) постгипнотическую, 5) проективную; и имеет следующие способы: дискредитация цели, дискредитация жертвы, преувеличение роли обстоятельств, утверждение вреда во благо, переоценивание имеющегося и самодискредитация [26].

Рационализация имеет две основные формы существования:

1) рационализация, по типу «зелёный виноград» – в случае, если человек не получает то, чего хочет, он делает вывод о том, что ему этого не так уж и хотелось;

2) рационализация по типу «сладкий лимон» – когда человек решает, что не так уж всё и плохо.

Чем умнее человек и способнее к творчеству, тем лучшим рационализатором он будет. Защита работает доброкачественно, в случае, если она позволяет человеку выйти из ситуации с наименьшим количеством разочарований. Однако она имеет и слабую сторону: всё может быть рационализировано. Люди редко делают что-либо лишь потому, что это хорошо для них. Они предпочитают обставить свои решения разумными доводами [17].

Рассмотрим такой защитный механизм, как морализация.

Морализация очень близка рационализации. Когда человек морализирует, он ищет пути для того, чтобы чувствовать, что он обязан следовать в данном направлении. Рационализация перекладывает то, что

человек хочет на язык разума, морализация направляет эти желания в область оправданий или моральных обязательств [17].

Рассмотрим следующий защитный механизм: компарментализацию.

Компарментализация (раздельное мышление) – интеллектуальная защита. Функцией данного защитного механизма является разрешение двум конфликтующим состояниям сосуществовать без чувства вины, стыда или тревоги. Раздельное мышление означает разрыв между несовместимыми мыслительными установками. Когда человек использует компарментализацию, он придерживается двух или более идей, отношений или форм поведения, конфликтующих друг с другом, без осознания этого противоречия.

Поступок, который совершается с ясным чувством вины или в состоянии диссоциации, нельзя считать попадающим под защитную категорию раздельного мышления. Данный термин применим лишь в тех случаях, когда обе противоречивые идеи или оба действия доступны сознанию. При конфронтации человек, использующий компарментализацию, будет рационализировать противоречия, чтобы избавиться от них [17].

Рассмотрим такой защитный механизм, как аннулирование.

Аннулирование – это такой психический механизм, который предназначен для предотвращения или ослабления какой-либо неприемлемой мысли или чувства, для магического уничтожения неприемлемых для личности последствий другого действия или мысли [22].

Многие религиозные ритуалы имеют аспект аннулирования. Попытки искупления грехов, даже совершённых только в мыслях, можно считать универсальным человеческим импульсом. Фантазии всемогущества отражаются в скрытом убеждении, проявляющемся в поведении, что враждебные мысли опасны, так как мысль равнозначна поступку [17].

Рассмотрим другой защитный механизм, который носит название «поворот против себя».

Поворот против себя – перенаправление негативного аффекта, относящегося к внешнему объекту, на себя.

У большинства людей существует тенденция обращать против себя негативные аффекты, отношения и восприятия благодаря иллюзии, что этот процесс даёт им больше контроля над неприятными ситуациями. Многие люди предпочитают заблуждаться, считая, что трудности это их вина, чем чья-то ещё [17].

Далее мы рассмотрим защитный механизм – смещение.

Смещение – перенаправление драйва, эмоции, озабоченности чем-либо или поведения с первоначального или естественного субъекта на другой.

Положительные виды смещения включают в себя перевод агрессивной энергии в созидательную область, а также переадресовку эротических импульсов с нереальных или запрещённых сексуальных объектов на доступного партнёра [17].

Рассмотрим следующий защитный механизм – реактивное образование.

Реактивное образование – это образование психологической установки на действия, противоположные вытесненному желанию [22].

Более точным способом описания реактивного образования, кроме обращения эмоции в противоположную, может служить замечание, что его функция состоит в устранении амбивалентности: ни одна позиция не является полностью изолированной.

Реактивное образование является излюбленной защитой в тех случаях психопатологии, когда враждебные чувства и агрессивные импульсы являются главным содержанием, и на опыте проверено, насколько опасно не уметь их сдерживать [17].

Следующим защитным механизмом является реверсия.

Реверсия – формирование реакции против побуждения [22].

Например, если человек чувствует, что желание испытывать заботу со стороны окружающих это стыдно, то он будет компенсировать свою потребность в заботе, заботясь о других и идентифицировав себя с объектом своей заботы [17].

Рассмотрим такой защитный механизм, как идентификация.

Идентификация – бессознательное уподобление угрожающему объекту [4].

Идентификация изначально является нейтральным процессом. Она может иметь позитивные и негативные эффекты, в зависимости от того, кто является объектом идентификации.

Идентификация более часто используется как защита в случаях эмоционального стресса [17].

Другим защитным механизмом является отреагирование.

Отреагирование – любой вид поведения, который предполагает выражение отношений переноса, приносящие которые в отношения в словесной форме человек чувствует для себя ещё недостаточно безопасным [17].

Перейдём к рассмотрению такого защитного механизма, как сексуализация.

Сексуализация – преодоление печальных событий посредством предания им сексуальной, жизнеутверждающей окраски.

Люди могут сексуализировать любой опыт, бессознательно стремясь превратить ужас, боль и другие переполняющие чувства в восторг.

Многие люди используют сексуализацию для того, чтобы преодолеть и сделать более приятными некоторые печальные события в своей жизни. Для людей разного пола имеются различия в том, что они склонны сексуализировать: для женщин более характерно сексуализировать зависимость, для мужчин – агрессивность [17].

Перейдём к рассмотрению следующего защитного механизма – сублимации.

Сублимация – преобразование энергии сексуального влечения в социально приемлемые формы активности [4].

Данная защита расценивается как здоровое средство разрешения психологических трудностей. На это есть две причины:

- 1) она благоприятствует конструктивному поведению, полезному для группы;
- 2) она разряжает импульс, вместо того, чтобы тратить энергию на его подавление, изоляцию и т.д. Такая разрядка является положительной по своей сути: она позволяет человеческому организму поддерживать необходимый гомеостаз [17].

Существуют большие индивидуальные различия в способности использовать сублимацию. Эти различия обусловлены индивидуальными различиями в природной одарённости людей в области научного, художественного и других видов творчества.

В настоящее время выделяют два вида сублимации.

1. Первичная сублимация, при которой сохраняется первоначальная цель, к которой стремилась личность.
2. Вторичная сублимация, при которой отказываются от первоначальной цели блокированной деятельности и выбирают новую цель, для достижения которой организуется более высокий уровень психической активности [20].

По сути, основой для классификации защитных механизмов, предложенной Н. Мак-Вильямс, послужило онтогенетическое развитие механизмов психологической защиты личности. Мы предлагаем несколько иную классификацию, основанную на модальности психологических защит.

I. Аффективные – к данному классу защитных механизмов мы относим те из них, которые в своей основе имеют эмоции, как основной инструмент или способ приспособления к действительности и искажения восприятия.

1. Реактивное образование.
2. Отрицание.
3. Проекция и интроекция.
4. Поворот против себя.

II. Когнитивные – сюда мы относим такие защитные механизмы, которые изменяют субъективное восприятие объективной реальности человеком посредством мыслительной деятельности или связаны с ней.

1. Изоляция.
2. Отрицание.
3. Идеализация и обесценивание.
4. Интеллектуализация.
5. Рационализация.
6. Морализация.
7. Расщепление Эго.
8. Компартаментализация (раздельное мышление).

III. Конативные (поведенческие) – к данному типу защитных механизмов личности мы относим те из них, которые находят своё отражение непосредственно в объективном мире.

1. Примитивная изоляция.
2. Регрессия.
3. Аннулирование.
4. Смещение.
5. Реверсия.
6. Отреагирование.
7. Сублимация.

IV. Мультимодальные – в данный класс вошли те механизмы психологической защиты, которые воздействуют на несколько или на все сразу модальности психологической жизни человеческого индивида.

1. Всемогущий контроль.

2. Идентификация.

3. Репрессия (вытеснение) – мы относим данный защитный механизм именно в данную группу, так как он является основой функционирования для других механизмов психологической защиты личности.

Таким образом, защитные механизмы психики, проникая в жизнь человека и являясь неотъемлемой её частью, видоизменяют субъективное восприятие объективной действительности, сглаживая или полностью убирая аффективные переживания. Они заставляют людей постоянно оценивать логически внешнюю действительность и, играя, таким образом, негативную роль, всё же необходимы, так как позволяют приспосабливаться к изменениям, происходящим во внешнем или внутреннем мире индивида, позволяют сохранить определённую целостность личности. Возможно, что защитные механизмы личности, участвуя во всех процессах жизнедеятельности человека и, искажая восприятие окружающего мира, могут детерминировать развитие различных психосоматических заболеваний, например, гипертонической болезни, так как способствуют контейнированию, сдерживанию эмоций, не давая им выхода и разрядки вовне.

1.3. Гипертоническая болезнь: медицинский и психологический аспекты заболевания

Гипертоническая болезнь является самым распространённым заболеванием на сегодняшний день: она диагностируется у каждого четвёртого человека, и долгое время протекает бессимптомно [8, 29]. Об

артериальной гипертонии говорят в тех случаях, когда кровяное давление превышает отметку в 160/95 мм рт. ст. [8].

В медицине выделяют два вида гипертонической болезни: систолическую и диастолическую. Первая возникает как результат увеличения минутного объёма или ригидности артерий, а вторая наступает в случае повышения сосудистого сопротивления кровотоку на уровне артериол. Данные виды гипертонии могут сочетаться, но могут и существовать независимо друг от друга. В случае если причину возникновения гипертонии установить не удаётся, то такую гипертонию называют эссенциальной [8], которая является психосоматическим заболеванием и на долю которой приходится до 90% случаев заболеваний [29].

Причины гипертонической болезни до конца не известны: А. Л. Мясников полагал, что в основе данного заболевания лежит невроз, этиологическим фактором которого является психоэмоциональное перенапряжение, ведущее к расстройству регуляции сосудистого тонуса. В настоящее время данная теория является не очень популярной: в связи с отсутствующими данными о точных причинах гипертонии, она считается болезнью неясного генеза [8].

Как было отмечено выше, гипертоническая болезнь может долгое время протекать бессимптомно. Выявить наличие данного заболевания может только систематическое измерение артериального давления, так как его повышение возможно и в нормальном состоянии в ситуации реакции сосудов организма на первое измерение высоты артериального давления.

Длительное существование даже умеренно выраженной гипертонии приводит к появлению изменений в сосудах головного мозга, сердца и почек. Следует отметить, что головные боли являются частым, и зачастую, единственным признаком гипертонической болезни. Они носят пульсирующий характер и локализуются в затылке.

В случае сравнительно недавней гипертонии, мозговые сосуды оказываются нормальными, они изменяются по мере прогрессирования заболевания: вначале они не велики, непостоянны и выражаются в сужении артерий, расширении вен и бледности сосков зрительных нервов; позднее в сетчатке обнаруживаются мелкие точечные кровоизлияния – обычно стенки мелких артерий глазного дна становятся склерозированными [8].

При гипертонии изменяется и работа сердечной мышцы: становится гипертрофированным левый желудочек, так как сердце работает против повышенного сопротивления. Гипертрофия левого желудочка проявляется вначале усилением верхушечного толчка, закруглением верхушки левого желудочка и изменениями электрокардиограммы.

В самом начале артериальной гипертонии масса сердца увеличивается, в то время как возможности его кровоснабжения ухудшаются, что приводит к развитию скрытой сердечной недостаточности, которая начинается на ранних этапах развития гипертонической болезни. Ускоряя развитие атеросклероза, гипертония у лиц пожилого возраста может стать одним из факторов, выявляющих коронарную недостаточность [8].

Поражение почек при артериальной гипертонии является вначале нарушением их концентрационной и разводящей функций.

Следует отметить, что диагноз «гипертоническая болезнь» может быть поставлен только в том случае, если исключены другие заболевания, осложняющиеся гипертоническим синдромом. После выявления артериальной гипертонии проверяется её устойчивость [8].

Большинство случаев гипертонической болезни носит доброкачественный характер: первые кратковременные и умеренные повышения артериального давления нередко наблюдаются уже в пубертате, а стабильная гипертония устанавливается, как правило, в возрасте 30–35 лет. Течение болезни в последующие 15–20 лет отличается доброкачественностью: базальное артериальное давление всегда значительно

ниже, чем давление в вечерние часы; госпитализация больного приводит к снижению и нормализации давления; часто не отмечается субъективных признаков заболевания. Во второй половине этого периода у больного могут появиться гипертонические кризы; в возрасте 45–50 лет обнаруживаются описанные выше признаки поражения сосудов сердца или мозга, которые часто бывают резко выраженными.

После 45–50 лет прогрессирующее развитие заболевания замедляется, артериальное давление достигает постоянного уровня и стабилизируется на нём и постепенно начинает снижаться, гипертонические кризы становятся более редкими и более лёгкими, в пожилом возрасте диастолическое давление начинает понижаться. Тогда же, в пожилом возрасте, систолодиастолическая гипертония «склерозирована» и превращается в систолическую [8].

Иным путём развивается злокачественная гипертония: она начинается остро в возрасте 20–50 лет, сразу устанавливается высокое диастолическое давление (120–150 мм рт. ст.); в дневное время давление такое же высокое, как и в ночное время; изменения глазного дна появляются в самом начале заболевания, типичным считается отёк сосков зрительных нервов, отёк сетчатки, кровоизлияния в сетчатку с нарушением и потерей зрения; рано развивается гипертоническая энцефалопатия с головными болями, брадикардией, которые в сочетании с отёком сосков зрительных нервов могут стимулировать развитие опухоли головного мозга; резко снижается память и работоспособность [8].

Для злокачественной гипертонии характерным является и раннее появление левожелудочковой недостаточности с признаками сердечной астмы и отёка легких; во время таких приступов иногда появляется диастолический шум аортальной недостаточности, который проходит спустя несколько дней после приступа.

Системное поражение сосудов при злокачественной гипертонии протекает с поражением почек. Содержание остаточного азота в крови постепенно начинает повышаться после возникновения протеинурии; характерно нарастание азотемии, которая приводит к летальному исходу спустя 3-4 месяца после начала. Следует заметить, однако, что больные злокачественной гипертонией чаще умирают от кровоизлияния в мозг ещё до появления азотемии или от сердечной недостаточности при нерезко выраженной азотемии [8].

Следует заметить, что симптоматическая гипертония по своему течению и признакам ничем не отличается от гипертонической болезни (эссенциальной гипертонии) [8], которая является психосоматическим заболеванием [29].

Как известно, проявление всех эмоций сопровождается и физиологическими реакциями. Также известно, что если эмоция не может быть выражена через нормальные каналы с помощью произвольной активности, она может стать причиной хронического психического или соматического расстройства: в случае, если эмоциональное стимулирование или подавление вегетативной функции становятся хроническим и избыточным, возникает телесный невроз, включающий в себя функциональные расстройства внутренних органов. Однако здесь следует различать два понятия: конверсионный симптом, который является попыткой снятия психоэмоционального напряжения и вегетативный невроз, который является не только попыткой снятия напряжения и символом определённого эмоционального напряжения, но физиологическая реакция внутренних органов на возникающие эмоциональные состояния [1]. Здесь следует отметить, что телесный невроз, или психосоматическое заболевание, диагностируется только в случае отсутствия физиологических изменений в организме [1, 29].

Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь) – «клинический синдром, характеризующийся хронически повышенным уровнем кровяного давления при отсутствии какой-либо явной органической причины» [1, с. 150].

Ситуациями, провоцирующими гипертоническую болезнь являются: состояния долго сдерживаемой тревоги и враждебности, мобилизации [1, 3, 29], стресса [7, 11, 13, 15, 25, 27, 28], в состоянии которого в большом количестве выделяется адреналин, возникает спазм сосудов и давление крови повышается [1, 25, 29]. В ситуации хронического стресса пациенты испытывают подавленный гнев, чувство вины за враждебные мысли [29].

Начало болезни протекает незаметно и проявляется в виде периодических состояний головокружения и оглушённости, ослабления психических и физических возможностей, приступов головной боли. Повышенное артериальное давление часто диагностируется при случайном измерении; больные часто считают, что не нуждаются в лечении. С течением болезни у них нарастает астения с органическим оттенком: ухудшается самочувствие при ухудшении погоды, появляются приступы раздражительности, обидчивость, плаксивость, тревожность, повышенная утомляемость, сонливость днём и бессонница в ночное время.

Постепенно формируется психоорганический синдром: ухудшается память, сообразительность, творческие способности, снижается работоспособность, сужается круг интересов; больные с трудом могут переключаться с одного вида деятельности на другой. Появляется слабодушие, капризность, обидчивость, вспыльчивость. На поздних этапах заболевания появляются изменения сосудов головного мозга, сердца, почек, утолщается мышечный слой артерий, сужается просвет сосудов, повышается его сопротивляемость, ухудшается проницаемость стенок сосудов для крупных молекул жира [29].

В формировании гипертонии играет важную роль и непосредственное взаимодействие в семье: строго устанавливаются правила относительно общения (вербального и невербального), существуют строгие правила взаимоотношений между родителями и детьми. У больных эссенциальной гипертонией, как правило, с детства культивируется трудолюбие, аккуратность, послушание, пунктуальность, бережливость, добросовестность и способности к познанию [3, 17, 26].

Однако, есть и ещё одна версия развития психосоматических заболеваний, которая звучит как критика медицинского подхода к пониманию заболеваний и гипертонии, в частности. В частности В. Шутц пишет: «С осознанием приходит полный контроль над телом, возможность избегать болезней и травм. Если я осознаю часть моего тела, я могу её контролировать. Я могу научиться тому, как привести её в желаемое состояние. При использовании биологической обратной связи, достигается осознание отдельных мышц, так что я могу напрягать и расслаблять их произвольно. Через осознание может быть изменена частота биения сердца, ускорена перистальтика, уменьшена боль» [36, с. 31]. Далее он пишет: «Все болезни являются психологическими в том смысле, что я выбираю болезнь как ответ на свою настоящую жизненную ситуацию [36, с. 32]; «Болезни происходят из неосознанного конфликта. Он выражается в части тела, соответствующей конфликту буквально. Болезнь может служить выражением конфликта... или может компенсировать неадекватные чувства...» [36, с. 33]. С этим мнением солидарен В. Гусев [9]. Не смотря на то, что они ссылаются на исследования психосоматических заболеваний в рамках психоаналитического направления [36] и гештальт-терапии [9] мы не можем полностью опираться на их взгляды, так как нет точных экспериментальных и иных данных о наличии психологической составляющей любой болезни, детерминирующей данное заболевание.

Таким образом, есть существенные различия между гипертонией, как соматическим заболеванием и гипертонией, как психосоматическим заболеванием, заключающееся в течение болезни, его проявлении и показаниях медицинских приборов.

Подводя итоги данной главы можно сделать следующие выводы:

1) иррациональные убеждения – такие умозаключения, которые не только не способствуют адаптации человека, но скорее мешают ей. Они могут быть направлены как во внешний мир (долженствование в отношении мира); на других людей (требования от окружающих людей): на себя (долженствование в отношении себя);

2) защитные механизмы необходимы человеку для более полной адаптации человека к окружающей действительности. Они, как и иррациональные убеждения могут быть направлены вовне (во внешний мир, на искажение восприятия других людей) или внутрь (искажая восприятие себя самого). В защитных механизмах заложена одна из основных дуальностей, дихотомий психики человека: способствуя адаптации человека в окружающем мире, при гиперфункционировании, они «погружают человека в сон», «отрывают» от реальности, погружая в мир грёз и фантазий, при этом, в случае гипофункции не позволяют человеку «выйти за пределы наличной ситуации», не могут снизить силу фрустрирующего воздействия стрессора на организм человека, в связи с чем человек постоянно находится в состоянии эмоционального напряжения;

3) гипертоническая болезнь является заболеванием неясного генеза: причины нарушения функционирования различных органов человеческого тела не известны ни медицине, ни психологии. Возможно, данное заболевание является результатом тесной взаимосвязи и взаимовлияния тела и психики, что делает её психосоматическим и соматопсихическим заболеванием, возникающем при неадекватном функционировании защитных механизмов и наличии иррациональных убеждений у человека.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УБЕЖДЕНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЕЙ, С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАЩИТНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ

2.1. Программа эмпирического исследования

Проведённый теоретический анализ проблемы иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами показал, что данная проблема является плохо изученной как в отечественной, так и в зарубежной психологии и нуждается в более полном и детальном рассмотрении и изучении.

Цель эмпирического исследования заключалась в проверке гипотезы о том, что лица, страдающие гипертонией, с различными защитными механизмами обладают определёнными иррациональными убеждениями, а именно:

1) у больных гипертонией с выраженными защитными механизмами, такими как отрицание, проекция и регрессия в качестве иррациональных убеждений преобладают ожидания от других людей;

2) у лиц, страдающих гипертонией с выраженными защитными механизмами: компенсацией, реактивным образованием и вытеснением преобладает в качестве доминирующих иррациональных убеждений – требования к себе.

В эмпирическом исследовании решались следующие задачи:

1) подобрать батарею психодиагностических методик для изучения иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией с различными защитными механизмами, адаптировать их к целям данного исследования и апробировать в исследовании;

2) определить типы механизмов психологической защиты у лиц, страдающих гипертонией;

3) выявить уровень выраженность иррациональных убеждений у испытуемых;

4) провести эмпирическое исследование, направленное на изучение иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами, проанализировать полученные данные, сформулировать выводы и практические рекомендации психологам и психотерапевтам, работающих с больными гипертонией с целью снижения у пациентов иррациональных убеждений и защитных механизмов, и как результат, снижение сопротивления лечению.

Базой эмпирического исследования являлась БУЗ ВО «Поворинская ЦБ». Исследованием было охвачено 100 человека. Из которых 24 мужчины и 76 женщин в возрасте от 42 до 78 лет.

В работе для сбора эмпирической информации использовался метод стандартизированного самоотчёта, который реализовывался в следующих конкретных методиках.

1. Стандартизированный тест-опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля» [18] для диагностики механизмов психологической защиты Эго (Приложение А).

Цель методики: опросник предназначен для диагностики механизмов психологической защиты «Я» и включает 92 утверждения, требующих ответа по типу «верно – неверно». Измеряются восемь видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация (рационализация) и регрессия. Каждому из этих защитных механизмов соответствует 10 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях. На основе ответов строится профиль защитной структуры обследуемого.

Инструкция к опроснику: «Прочитайте приведённые ниже высказывания. Если вы согласны с высказыванием, то необходимо поставить галочку в графу «да», если не согласны – «нет» рядом с номером вопроса».

Положительные ответы оцениваются по шкале от 1 до 8 баллов в соответствии с ключом; отрицательные ответы оцениваются в 0 баллов. Баллы по каждой шкале суммируются. Для выделения уровня выраженности того или иного защитного механизма личности шкальные оценки были стандартизированы и переведены в Z-оценки, по которым и осуществлялось определение уровня функционирования какого-либо механизма психологической защиты человека.

2. Методика для оценки наличия и выраженности иррациональных установок А. Эллиса [9, с. 690–693] (Приложение Б).

Цель методики: данный тест-опросник предназначен для диагностики наличия и выраженности иррациональных установок и включает в себя 50 утверждений, на которые предлагает 6 вариантов ответа (от «полностью согласен» (1) до «полностью не согласен» (6)).

В данной методике имеется 6 шкал: 1) катастрофизация – отражает восприятие людьми различных неблагоприятных событий, при этом, низкий балл по данной шкале указывает на то, что человеку свойственно оценивать каждое событие как ужасное и невыносимое (высокий балл говорит об обратном); 2) долженствования в отношении себя и 3) долженствования в отношении других указывают на наличие или отсутствие чрезмерно высоких требований к себе (2) и другим (3); 4) оценочная установка показывает на то, как человек оценивает себя и других. Наличие такой установки может свидетельствовать о том, что человеку свойственно оценивать не отдельные черты или поступки людей, а личность в целом; 5) фрустрационная толерантность – показывает уровень стрессоустойчивости и 6) степень иррациональности мышления. При этом шкалы 1–4 являются основными.

Инструкция к методике: «У людей бывают разные убеждения. Нас интересует ваше мнение относительно утверждений, приведённых ниже. Пожалуйста, зачеркните или обведите в кружок цифру справа от каждого

утверждения, которая наиболее соответствует вашему отношению к данному утверждению».

Ответы оцениваются по шкале от 1 до 6 баллов в соответствии с ключом. При этом, чем выше суммарный балл по каждой шкале, тем ниже выраженность иррационального убеждения. В целях исследования, мы будем использовать только 2 шкалы из данной методики: 1) долженствование в отношении себя и 2) долженствование в отношении других людей.

Специальных условий проведения исследования не требуется.

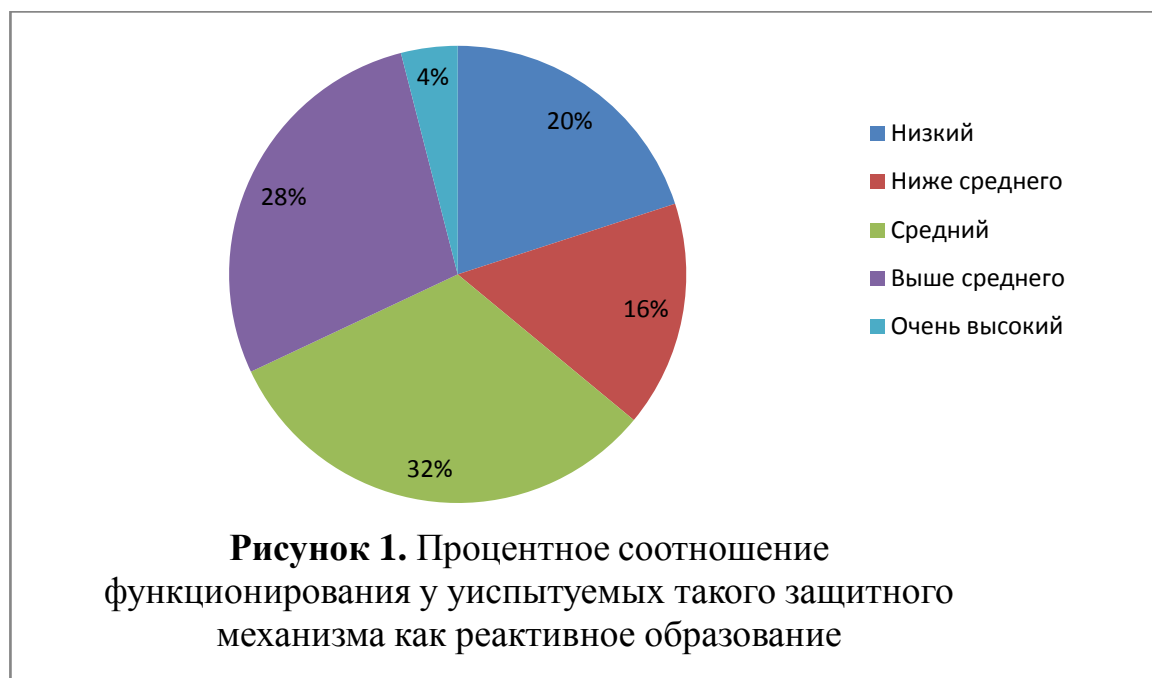
Обработка полученных данных с помощью описанного диагностического комплекса проводилась методами качественного и количественного, в том числе статистического анализа. Для изучения иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с видами защитных механизмов использовался U-критерий Манна-Уитни, так он позволяет сравнивать выборки разного объёма и удовлетворяет целям и задачам исследования.

2.2. Анализ и обсуждение результатов исследования

В ходе проведения исследования, которым было охвачено 100 человек в возрасте 42-78 лет, среди которых 24 мужчины (24% выборки) и 76 человек (76%) – женщины, по методике Р. Келермана-Х. Плутчика, направленной на диагностику функционирования защитных механизмов, были получены следующие данные: такой защитный механизм, как реактивное образование функционирует у большинства людей (32 человека из 100, что составляет 32% выборки) на среднем уровне. Данный защитный механизм выражен на уровнях ниже среднего у 16 (16%) и выше среднего у 28 (28%) человек. На низком уровне он функционирует у 20 человек из 100 (20%). На очень высоком – у 4% выборки (4 человека из 100). Очень низкий и высокий

уровни выраженности такого защитного механизма, как реактивное образование, диагностировано не было.

Полученные в исследовании результаты отображены на рис. 1.



Людам с очень высоким уровнем функционирования данного защитного механизма свойственно формирование эмоций, чувств и желаний, противоположных наличным: человек, который думает, что жадность это плохое качество, будет проявлять щедрость по отношению к другим людям; мать, не любящая ребёнка будет задаривать его подарками, чтобы казаться хорошей матерью. Также следует заметить, что данный защитный механизм лучше всего функционирует и преобладает у людей, основным содержанием психической жизни которых являются негативные эмоции и переживания.

Иные данные были получены при диагностике следующего механизма психологической защиты – отрицания (рис. 2).

На очень низком уровне данный механизм психологической защиты функционирует у 4 человек из 100 (4% от объёма выборки). Низкая выраженность данного механизма психологической защиты диагностирована у 12% выборки (12 человек из 100). На уровне ниже среднего отрицание, как механизм психологической защиты, функционирует у 4 респондентов (4%).

У 64% (64 человека из 100) был диагностирован высокий уровень функционирования данного защитного механизма.

Уровни выше среднего и очень высокий в данной выборке представлены не были.

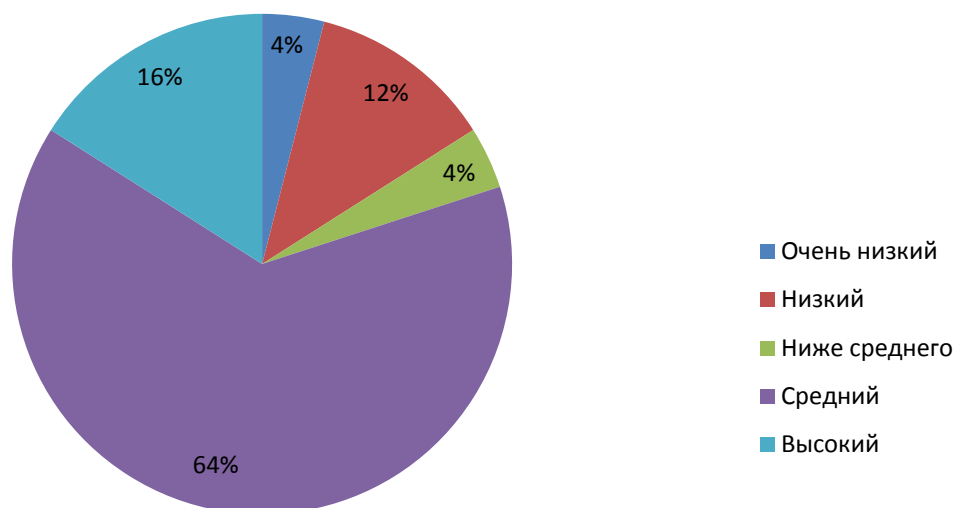


Рисунок 2. Процентное соотношение выраженности защитного механизма, отрицание у испытуемых

Люди, склонные к отрицанию, отказываются от существования травмирующих обстоятельств. Те респонденты, у которых данный защитный механизм функционирует на высоком уровне, возможно, редко посещают лечебные учреждения в силу того, что они отрицают саму возможность заболеть, а, столкнувшись лицом к лицу с данным фактом, просто не замечают его, отрицают его существование. Отрицая факт ограниченности своих ресурсов, такие люди могут ставить перед собой непосильные задачи, работать и учиться на износ, истощая свои внутренние резервы всё сильнее, и, чем сильнее они истощаются, тем выше уровень отрицания. Также высокие показатели по данной шкале могут свидетельствовать об особом стиле поведения людей, использующих отрицание как ведущий защитный механизм: они вряд ли сразу станут решать возникшую задачу или проблему со здоровьем, им свойственно долгое сопротивление возникшей ситуации, они могут долго не обращать внимания на возникшие проблемы в силу того, что просто не видят её, отрицая сам факт существования

проблемной ситуации и факт того, что данная проблема могла случиться именно с ними.

Те люди, у которых данный защитный механизм функционирует на низком уровне, менее всего склонны отрицать возникшие проблемы со здоровьем. Возможно, такие люди чаще обращаются за помощью к врачам. Успешность лечения таких людей может быть связана также с тем, что они более рационально используют свои ресурсы как физические, так и психические, признавая их ограниченность; знают и осознают свои возможности и ограничения.

Иные данные были получены при изучении следующего механизма психологической защиты – замещения (рис. 3).

Как видно из диаграммы, очень высокий уровень функционирования данного защитного механизма был выявлен у 4 человек из 100, что составило 4% выборки. Высокий и низкий уровни выраженности замещения были диагностированы у 12% (12 человек из 100) и 16% (16 человек из 100) выборки соответственно.

Уровни функционирования выше и ниже среднего в выборке распределены следующим образом: уровень выше среднего выявлен у 28 человек из 100 (28%); уровень выраженности замещения, как механизма психологической защиты, ниже среднего выявлен у 24% выборки (24 человек из 100).

Данный защитный механизм (замещение) на среднем уровне функционирует у 16 человек из 100, что составляет 16% от общего объема выборки.

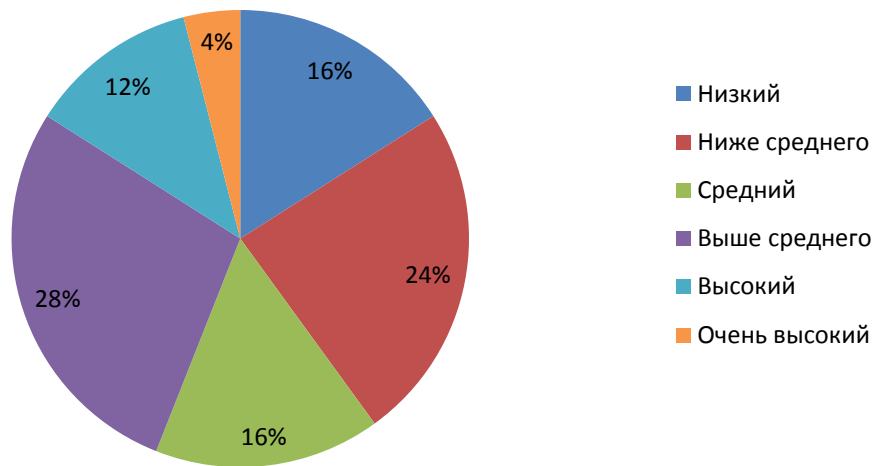


Рисунок 3. Процентное соотношение функционирования у испытуемых такого защитного механизма как замещение

Данный защитный механизм проявляется в разрядке негативных эмоций и состояний на объекты, представляющие меньшую опасность, чем объект, породивший их, или более доступные. Часто в роли таких объектов, на которых смещается агрессия, злость и другие негативные чувства и проявления человека, выступают домашние животные, дети и невоодушевлённые предметы. Возможно, люди, получившие более высокие значения, чем остальные склонны вымещать агрессию на более слабых и более безопасных объектах, таких как члены семьи, домашние животные, мебель и так далее. Замещению, также, подлежат объекты и люди, вызывающие положительные эмоции: после отъезда любимого человека может происходить его замещение домашним животным, например.

Далее мы рассмотрим такой защитный механизм, как регрессия (рис. 4).

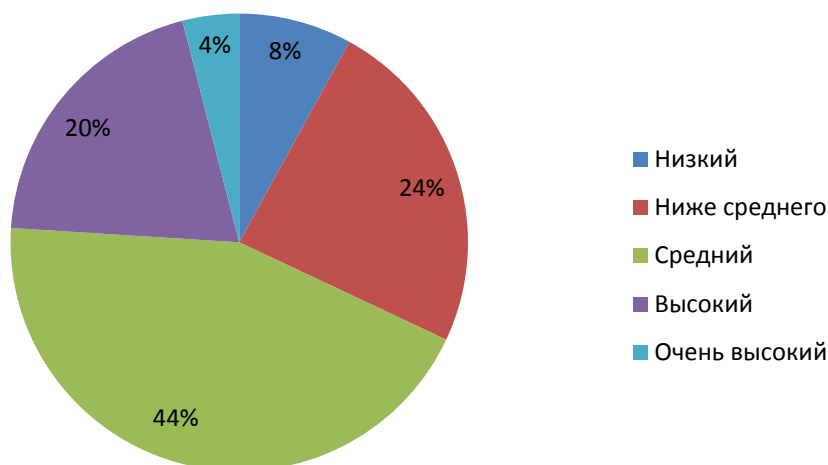


Рисунок 4. Процентное соотношение выраженности у испытуемых такого защитного механизма как регрессия

Низкий уровень по данному механизму психологической защиты характерен для 8% выборки (8 человек из 100).

Уровень выраженности регрессии, как защитного механизма, ниже среднего был диагностирован у 24 человек из 100 (24%). Средний уровень функционирования регрессии, как защитного механизма, был выявлен у 44% выборки (44 человека из 100).

Высокий уровень в функционировании данного защитного механизма выявлен у 20% выборки (20 человек из 100).

Очень высокий уровень выраженности регрессии, как защитного механизма, был диагностирован у 4 человек из 100 (4%).

Уровень выше среднего в выборке, по изучаемому признаку, представлен не был.

Регрессия знаменует собой возврат на предыдущие периоды развития к более инфантильным формам поведения. Возможно, люди, у которых регрессия функционирует на высоком и очень высоком уровнях часто болеют. Данное предположение можно сделать исходя из того, что для регрессии характерен «возврат» человека к более инфантильным формам поведения и переживания. Такие люди могут начать болеть из-за того, что не ощущают себя в безопасности, нуждаются в заботе со стороны окружающих,

им требуется больше внимания. Возможно также, что такие люди более импульсивны и их поведение непосредственно как у детей: склонны к необдуманым поступкам и действиям, открыто проявляют эмоции. У остальных регрессия может проявлять себя в сновидениях, когда они видят себя детьми или ведут во сне как дети; им может сниться, что они беспомощны, и что о них кто-то заботится.

Охарактеризуем такой защитный механизм, как компенсации (рис. 5).

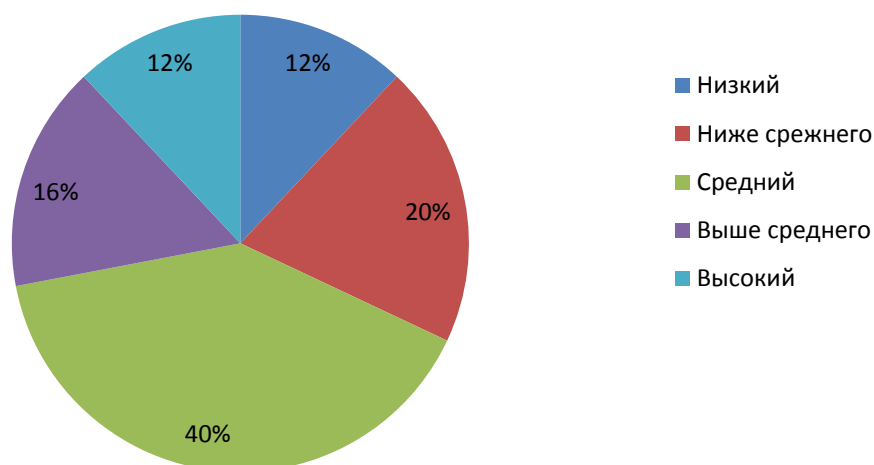


Рисунок 5. Процентное соотношение функционирования у испытуемых такого защитного механизма как компенсация

В ходе проведения психодиагностического обследования было установлено, что компенсация, как механизм психологической защиты на высоком уровне функционирует у 12 человек из 100 (12%). Уровень функционирования данного защитного механизма выше среднего был выявлен у 16% (16 человек из 100).

Из 100 человек 40 имеют средний уровень выраженности компенсации как механизма психологической защиты; 20 человек из 100 (20%) имеют уровень выраженности компенсации ниже среднего.

Низкий уровень выраженности данного защитного механизма был выявлен у 12 % выборки (12 человек из 100). Очень высокого и очень низкого уровней по показателю компенсации как защитного механизма в выборке выявлено не было.

Данный защитный механизм – компенсация – служит для восполнения недостающей функции и её реализации за счёт другой. Люди, у которых этот механизм психологической защиты имеет значения выше средних, возможно, имеют какие-либо недостатки и проблемы со здоровьем, которые тем или иным образом компенсируются, за счёт достоинств: плохо развитая функция психики, необходимая для реализации каких-либо действий, выполняется за счёт других, более развитых. Возможно, эти люди недовольны чем-то в себе или своим здоровьем и пытаются исправить свои недостатки, используя свои достоинства для «восполнения» недостающей, но желаемой «части себя». Возможен уход в работу для того, чтобы компенсировать заболевание.

Компенсация может происходить и за счёт такого защитного механизма, как идентификация: человек, которому нужна забота со стороны окружающих, но боящийся об этом сказать, будет сам заботиться о них и, идентифицируя себя с ними, будет получать необходимую заботу опосредованно. Возможна идентификация со здоровым человеком с целью почувствовать своё самочувствие более благополучным, чем есть.

Далее мы рассмотрим проекцию как защитный механизм психики (рис. 6).

Очень высокий и очень низкий уровни выраженности проекции были выявлены у 4 человек (4% из 100) каждый.

Высокий уровень выраженности проекции был диагностирован у 12% выборки (12 человек из 100). 8 человек из 100 (8%) имеют уровень функционирования проекции выше среднего. Такой же процент людей имеет выраженность данного механизма психологической защиты на уровне ниже среднего. Средний уровень функционирования проекции, как механизма психологической защиты, был диагностирован у 48 человек из 100, что составляет 48% выборки.

У 16 человек из 100 (16% от объёма выборки) данный защитный механизм функционирует на низком уровне.

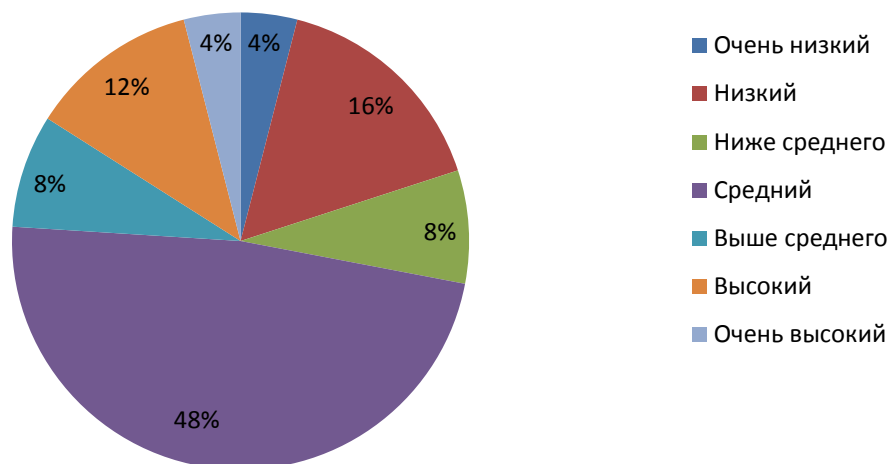


Рисунок 6. Процентное соотношение выраженности у испытуемых такого защитного механизма, как проекция

При проекции человек присваивает другим людям те негативные свойства, которые отвергает у себя. Возможно, люди, у которых были диагностированы относительно высокие показатели данного защитного механизма больше, чем остальные, присваивают окружающим какие-либо свои негативные стороны, такие как, например, лень, агрессия, злость, зазнайство и другие. Проявляется данный защитный механизм во фразах: «Я тебя злю», «Ты меня не любишь» и других, призванных указать человеку на те его недостатки, о которых говорит собеседник, по сути, сам обладающий этими недостатками, но выносящим их во вне и присваивающий свои недостатки окружающим людям.

Однако стоит сказать, что возможен и другой вариант проекции: когда людям приписываются не негативные, а позитивные чувства, мысли, желания: «Ко мне хорошо относятся», «Меня любят» и другие. Но проекции по данному типу очень редки.

Далее опишем результаты, полученные при диагностике такого механизма психологической защиты, как вытеснение (рис. 7).

По функционированию данного механизма психологической защиты низкие показатели имеют 8% выборки (8 человека из 100). Уровень ниже

среднего по показателю проекции был диагностирован у 8 человек из 100 (8%).

52% выборки (52 человека из 100) имеют средние показатели по функционированию данного защитного механизма (вытеснение). Уровень выраженности вытеснения выше среднего имеют 12 человек из 100 (12%).

Высокие показатели по функционированию такого механизма психологической защиты, как вытеснение имеют 16% (16 человек из 100). На очень низком уровне вытеснение функционирует у 4% (4 человека из 100).

Очень высокий уровень выраженности данного механизма психологической защиты в выборке диагностирован не был.

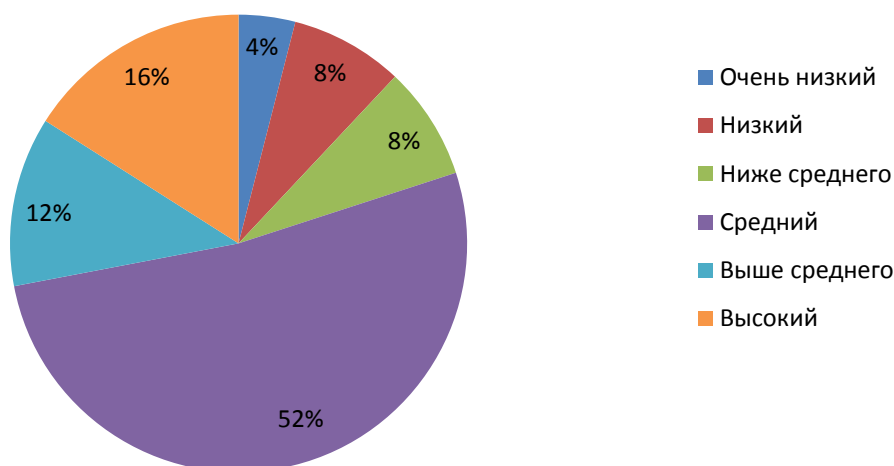


Рисунок 7. Процентное соотношение выраженности защитного механизма подавление у испытуемых

Вытеснение (подавление) представляет собой основу для других защитных механизмов, являясь при этом самостоятельным защитным механизмом. Сущность подавления заключается в вытеснении негативных мыслей, эмоций и желаний в бессознательное, делая их, таким образом, недоступными для сознания и, как результат, относительно безвредными для целостности и функционирования личности. Однако, данный защитный механизм психики человека, кроме того, что изменяет восприятие реальности, вытесняя какую-то часть объективного или субъективного мира, может иметь и другие негативные последствия, такие как: подавлению

подвержены не только негативные чувства, эмоции и желания, но также и положительные переживания человека, делая жизнь человека эмоционально более бедной, не давая ему пережить какое-то чувство, «скрывая» какую-то часть субъективной реальности.

Из сознания людей, которые имеют высокие уровни функционирования данного защитного механизма могут вытесняться не только чувства, эмоции и желания, но и воспоминания, тем или иным образом вызывающие негативные чувства и реакции, связанные с заболеванием, скрывая таким образом от этих людей часть их жизни, не давая пережить этот опыт и мешая дальнейшему эмоциональному продвижению вперёд.

Далее опишем результаты, полученные в ходе диагностики следующего защитного механизма – рационализации (рис. 8).

В ходе проведения психодиагностического обследования по показателю выраженности рационализации (интеллектуализации) как защитного механизма были получены следующие данные: очень высокие показатели по данному механизму психологической защиты имеют 4 человека из 100 (4%).

Высокий уровень функционирования рационализации как механизма психологической защиты личности был выявлен у 8% выборки (8 человек из 100). Значения выше среднего выявлены у 20 человек из 100, что составляет 20% от объёма выборки.

Рационализация, как механизм психологической защиты, на среднем уровне функционирует у 44% выборки (44 человека из 100). На уровне ниже среднего данный защитный механизм функционирует у 12 человек (12%). Низкий уровень выраженности рационализации был выявлен у 8 человек (8% выборки).

У 4 человек из 100 (4% от объёма выборки) данный защитный механизм функционирует на очень низком уровне.

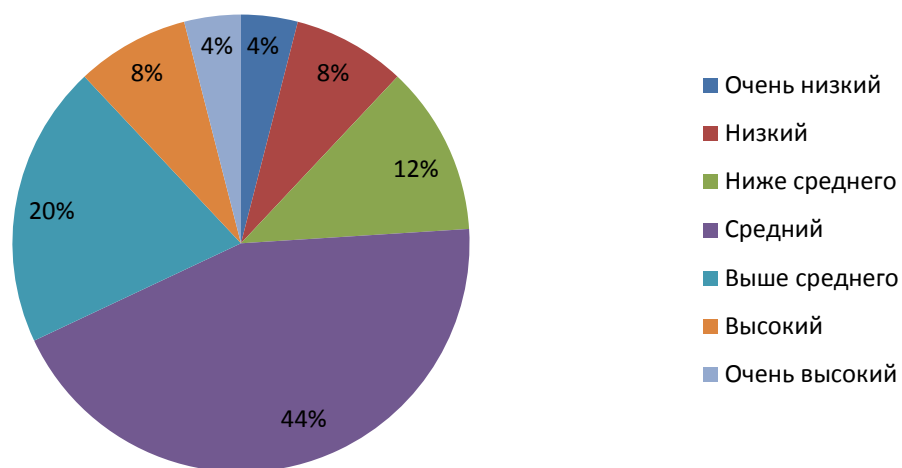


Рисунок 8. Процентное соотношение функционирования у испытуемых такого защитного механизма как рационализация

Люди, которые используют данный механизм психологической защиты, говорят, что не испытывают эмоций. Такие люди часто дают логическое объяснение происходящему, уходят от мира чувств в мир разума. Такие люди много думают, постоянно всё взвешивают и пытаются просчитать каждый свой шаг. Возможно, это связано с той профессией, которую выбрали эти люди. Это также может быть связано с тем, что этих людей научили больше полагаться на разум, а на чувства не обращать внимания или обращать внимание в меньшей степени, чем на разум и логику. Также, нельзя исключать и то, что эти люди могут быть склонны к рационализации – всему ищут, на их взгляд, рациональное и правдоподобное объяснение.

Нам не удалось разделить обследуемых на тех, у кого выражены определённые механизмы психологической защиты и тех, у кого они не выражены в силу того, что все механизмы психологической защиты выражены у всех обследуемых, но в разной степени: реактивное образование функционирует у большинства людей (32 человека из 100, что составляет 32% выборки) на среднем уровне, из которых у 8 человек преобладает долженствование в отношении других, как ведущее иррациональное убеждение, а у 24 человек – преобладающим иррациональным убеждением

является долженствование в отношении себя. Данный защитный механизм выражен на уровнях ниже среднего у 16 (16%) (из которых 0 человек имеют, в качестве ведущего иррационального убеждения – долженствование в отношении других и 16 человек – долженствование в отношении себя) и выше среднего у 28 (28%) человек, среди которых более высокий уровень требований, предъявляемых к другим, был диагностирован у 28 человек, а высокий уровень ожиданий от себя – у 0 человек из 100 (0%). На низком уровне он функционирует у 20 человек из 100 (20%), при этом у 8 человек, имеющих повышенные требования к другим, а у 12 – к себе. На очень высоком – у 4% выборки (4 человека из 100), из которых все 4 имеют высокие требования к другим; по функционированию вытеснения, как механизма психологической защиты низкие показатели имеют 8% выборки (8 человека из 100), из которых все 8 человек имеют завышенные требования к себе. Уровень ниже среднего по показателю проекции был диагностирован у 8 человек из 100 (8%), среди которых с преобладанием такого иррационального убеждения, как долженствование по отношению к себе – 4 человека, и у 4 человек преобладает долженствование по отношению к окружающим.

52% выборки (52 человека из 100) имеют средние показатели по функционированию данного защитного механизма (вытеснение). При этом у 8 человек были диагностированы повышенные требования к окружающим, и у 44 – к себе. Уровень выраженности вытеснения выше среднего имеют 12 человек из 100 (12%), из которых 12 человек имеют повышенные требования к окружающим.

Высокие показатели по функционированию такого механизма психологической защиты, как вытеснение имеют 16% (16 человек из 100), из которых у 4 человек наиболее выраженным является иррациональное убеждение долженствования к себе. На очень низком уровне вытеснение

функционирует у 4% (4 человека из 100), 4 из которых предъявляют высокие требования к себе.

Очень высокий и очень низкий уровни выраженности проекции были выявлены у 4 человек (4% из 100) каждый. При этом, из тех, для кого наиболее характерным является иррациональное убеждение в виде долженствования к другим наиболее характерным является очень высокий уровень проекции (он был выявлен у 4 человек, в то время, как среди тех, для кого наиболее характерно долженствование в отношении себя данный уровень проекции (он был выявлен у 4 человек, в то время, как среди тех, для кого наиболее характерно долженствование в отношении других данный уровень выявлен не был). Для людей с очень низким уровнем функционирования данного механизма психологической защиты наиболее характерным является долженствование в отношении себя (он был выявлен у 4 человек, в то время, как среди тех, для кого наиболее характерно долженствование в отношении других данный уровень выявлен не был).

Высокий уровень выраженности проекции был диагностирован у 12% выборки (12 человек из 100). При этом, среди тех, для кого наиболее характерными являются повышенные требования к окружающим он был выявлен у 8 человек, в то время, как у тех, у кого наиболее выраженным являются требования к себе – только у 4 человек.

8 человек из 100 (8%) имеют уровень функционирования проекции выше среднего. Такой же процент людей имеет выраженность данного механизма психологической защиты на уровне ниже среднего. Однако, уровень выше среднего в равной степени характерен для как для людей, имеющих повышенные требования к окружающим (4 человека), так и для тех, кто предъявляет повышенные требования к себе (4 человека). Среди тех, для кого характерным является уровень функционирования данного механизма психологической защиты ниже среднего встречаются преимущественно люди, предъявляющие высокие требования к себе (8 человек).

Средний уровень функционирования проекции, как механизма психологической защиты, был диагностирован у 48 человек из 100, что составляет 48% выборки, из которых 8 человек имеют более выраженное такое иррациональное убеждение, как долженствование в отношении других, и 40 – долженствование в отношении себя.

У 16 человек из 100 (16% от объёма выборки) данный защитный механизм функционирует на низком уровне. При этом, у 12 человек преобладает долженствование в отношении окружающих, и у 4 – долженствование в отношении себя, как ведущего иррационального убеждения.

В ходе проведения психодиагностического обследования было установлено, что компенсация, как механизм психологической защиты на высоком уровне функционирует у 12 человек из 100 (12%), при этом, у 12 человек наблюдаются высокие ожидания от себя. Уровень функционирования данного защитного механизма выше среднего был выявлен у 16% (16 человек из 100), распределение по выраженности иррациональных убеждений у лиц, с данным уровнем выраженности следующий: у тех, кто имеет высокие показатели по иррациональному убеждению долженствования по отношению к себе – 4 человека, к окружающим – 12 человек.

Из 100 человек 40 имеют средний уровень выраженности компенсации как механизма психологической защиты, из которых 16 человек имеет высокие показатели по выраженности ожидания от окружающих, и 24 – предъявляют более высокие требования к себе, чем к окружающим; 20 человек из 100 (20%) имеют уровень выраженности компенсации ниже среднего, из которых 20 человек имеют завышенные требования к себе.

Низкий уровень выраженности данного защитного механизма был выявлен у 12 % выборки (12 человек из 100), при этом, иррациональное

убеждение в виде долженствования к окружающим имеют 0 человек, и 12–долженствование к себе.

Низкий уровень по данному механизму психологической защиты характерен для 8% выборки (8 человек из 100), из которых 8 человек имеют, в качестве ведущего иррационального убеждения, долженствование в отношении себя.

Уровень выраженности регрессии, как защитного механизма, ниже среднего был диагностирован у 24 человек из 100 (24%), из которых у 16 человек было выявлено иррациональное убеждение долженствования в отношении себя, а у 8 – долженствования в отношении других, как ведущего иррационального убеждения. Средний уровень функционирования регрессии, как защитного механизма, был выявлен у 44% выборки (44 человека из 100), при этом, из тех, у кого было диагностировано долженствование в отношении других он встречается у 20 человека, а у тех, для кого наиболее характерно долженствование в отношении себя – 22 человека.

Высокий уровень в функционировании данного защитного механизма выявлен у 20% выборки (20 человек из 100), при этом, у тех, для кого характерным является такое иррациональное убеждение, как долженствование в отношении себя, он встречается у 16 человек, и у 4 – с преобладанием долженствования в отношении других.

Очень высокий уровень выраженности регрессии, как защитного механизма, был диагностирован у 4 человек из 100 (4%), при этом, для них всех более характерно долженствование в отношении других.

На очень низком уровне отрицание, как механизм психологической защиты функционирует у 4 человек из 100 (4% от объёма выборки), из которых 4 имеют более выраженный уровень долженствования в отношении себя. Низкая выраженность данного механизма психологической защиты диагностирована у 12% выборки (12 человек из 100), из которых у 12 более

выраженным является долженствование в отношении себя. На уровне ниже среднего отрицание, как механизм психологической защиты, функционирует у 4 респондентов (4%), при этом данный уровень функционирования этого защитного механизма имеют 4 человека, у которых, в качестве ведущего иррационального убеждения, было диагностировано долженствование в себя. У 64% (64 человека из 100) был диагностирован высокий уровень функционирования данного защитного механизма, из которых 28 человек имеет высокий уровень по показателю долженствования в отношении других, и 36 – в отношении себя. Высокий уровень отрицания выявлен у 16 человек (16%), при этом повышенными требованиями к другим обладают 8 человека, к себе – 8 человек.

По результатам проведённого эмпирического исследования можно сделать выводы:

- 1) все защитные механизмы у большинства испытуемых функционируют на среднем уровне;
- 2) ведущие механизмы психологической защиты выявлены не были;
- 3) большинство людей в выборке в качестве ведущего иррационального убеждения имеют долженствование по отношению к себе.

В качестве h_0 гипотезы выступало предположение, что лица, страдающие гипертонией, с различными защитными механизмами не обладают специфическими иррациональными убеждениями; а h_1 – лица, страдающие гипертонией, с различными защитными механизмами обладают определёнными иррациональными убеждениями.

Для проверки гипотезы мы использовали U-критерий Манна-Уитни, который показал, что при $\alpha_{0,01}=2,576$ при диагностике таких защитных механизмов, как отрицание, регрессия, проекция $Z_{0,01} = 4,021$, а при выявлении таких защитных механизмов, как реактивное образование, и вытеснение и компенсация $Z_{0,01} = 6,549$, попадают в критическую область. Это говорит о том, что принимается h_1 . Следовательно, гипотеза о том, что

лица, страдающие гипертонией, с различными защитными механизмами обладают определёнными иррациональными убеждениями, а именно: 1) у больных гипертонией с выраженными защитными механизмами, такими как отрицание, проекция и регрессия в качестве иррациональных убеждений преобладают ожидания от других людей; 2) у лиц, страдающих гипертонией с выраженными защитными механизмами: компенсацией, реактивным образованием и вытеснением преобладают в качестве доминирующих иррациональных убеждений – требования к себе, полностью подтвердилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование было направлено на установление различий между иррациональными убеждениями у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами.

В ходе выполнения теоретического исследования нами были решены следующие задачи:

1) дать определение понятию «иррациональные убеждения», рассмотреть их виды;

2) проанализировать механизм возникновения иррациональных убеждений;

3) определить понятие «защитные механизмы личности», рассмотреть основные механизмы, участвующие в патогенезе и хронизации заболевания;

4) описать гипертоническую болезнь с точки зрения медицины и психологии;

5) разработана и предложена новая классификация защитных механизмов личности;

6) провести эмпирическое исследование, направленное на изучение иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами, проанализировать полученные данные, сформулировать выводы и практические рекомендации психологам и психотерапевтам, работающих с больными гипертонией с целью снижения у пациентов иррациональных убеждений и защитных механизмов, и как результат, снижение сопротивления лечению.

Теоретический анализ литературы позволил сформулировать следующие выводы:

1) иррациональные убеждения и защитные механизмы различаются по направленности воздействия (внутри или наружу);

2) защитные механизмы и иррациональные убеждения в той или иной степени изменяют субъективное восприятие объективной действительности;

3) защитные механизмы и иррациональные убеждения являются неосознаваемыми;

4) иррациональные убеждения и защитные механизмы присутствуют у всех людей вне зависимости от расы, пола, религии и так далее, но их содержание и особенности функционирования зависят от онтогенеза человека, условий, в которых он жил и так далее;

5) в проявлениях гипертонии как соматического и психосоматического недуга есть определённые различия;

6) на появление эссенциальной гипертонии оказывает социальное окружение индивида (родители, друзья и т.д.) и характерные черты самого индивида (эмоциональность, склонность сдерживать эмоции и т.д.).

Во второй главе мы проверяли гипотезу о том, что лица, страдающие гипертонией, с различными защитными механизмами обладают определённым иррациональными убеждениями, а именно:

1) у больных гипертонией с выраженными защитными механизмами, такими как отрицание, проекция и регрессия в качестве иррациональных убеждений преобладают ожидания от других людей;

2) у лиц, страдающих гипертонией с выраженными защитными механизмами: компенсацией, реактивным образованием и вытеснением преобладают в качестве доминирующих иррациональных убеждений – требования к себе.

В связи с результатами проведённого исследования мы можем предположить следующие рекомендации психологам и психотерапевтам, работающих с больными гипертонией с целью снижения у пациентов иррациональных убеждений и защитных механизмов, и как результат, снижение сопротивления лечению.

Психологам и психотерапевтам, работающим с больными гипертонией людьми, целесообразно использовать методы гештальт-терапии (для помощи в осознании чувств и эмоций людьми, больными гипертонией), арт-методов (для проведения с пациентами занятий, направленных на снятие психо-эмоционального напряжения и высвобождения подавленных эмоций) и поведенческой психотерапии (более эффективными являются методы рационально-эмотивной психотерапии (РЭП) или рационально-эмотивно-поведенческой психотерапия (РЭПТ)) (она поможет проработать иррациональные убеждения), рекомендуется использовать методы танатотерапии (могут быть использованы в занятиях, направленных на релаксацию). Также, целесообразным является использование психоаналитических методов и техник (анализ сновидений, метод свободных ассоциаций) для коррекции выраженности защитных механизмов. Для достижения более длительных и стойких результатов психотерапевтической работы важно работать с семейным окружением пациента для снятия психо-эмоциональной напряжённости в семейной системе пациента.

Перспективой исследования может выступать связь между: 1) катастрофикацией и тревожностью; 2) выраженностью защитных механизмов, адаптивностью и ригидным мышления; 3) иррациональными убеждениями и защитными механизмами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина : принципы и практическое применение / Ф. Александер. – Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 349 с.
2. Бассин Ф. В. О силе «Я» и психологической защите / Ф. В. Бассин // Самосознание и защитные механизмы : хрестоматия / [под ред. Д. Я. Райгородского]. – Самара : Бахрах-М, 2006. – С. 3–12.
3. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении : взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – Москва : Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. – 468 с.
4. Большой Психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. – Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2009. – 811 с.
5. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби. – Москва : Академический Проект, 2004. – 229 с.
6. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым : диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии / Дж. Бьюдженталь. – Москва : «Класс», 1998. – 232 с.
7. Ващенко Ю. А. Личность и психосоматическое заболевание : Психоаналитическая точка зрения / Ю. А. Ващенко. – URL: <http://www.koob.ru/> (дата обращения: 12.10.2014).
8. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / А. В. Виноградов. – Москва : Медицина, 1980. – 814 с.
9. Гусев В. Средство от болезней / В. Гусев. – Воронеж : Воронежский Гештальт Центр, 2014. – 144 с.
10. Диагностика здоровья : психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 949 с.

11. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – Санкт-Петербург : Речь, 2005. – 400 с.
12. Кепнер Д. Телесный процесс / Д. Кепнер. – Воронеж : Воронежский Гештальт Центр, 2014. – 67 с.
13. Китаев-Смык Л. А. Организм и стресс : стресс жизни и стресс смерти / Л. А. Китаев-Смык. – Москва : Смысл, 2012. – 463 с.
14. Клиническая психология : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 960 с.
15. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 286 с.
16. Лапланш Ж. Защита / Ж. Лапланш, Ж. Понталис // Самосознание и защитные механизмы : хрестоматия / [под ред. Д. Я. Райгородского]. – Самара : Бахрах-М, 2006. – С. 357–394.
17. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика : понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – Москва : Класс, 2003. – 474 с.
18. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2009. – 1022 с.
19. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие / В. Д. Менделевич. – Москва : «МЕДпресс-информ», 2005. – 426 с.
20. Менинжер В. Психологические механизмы / В. Менинжер, М. Лиф // Самосознание и защитные механизмы : хрестоматия / [под ред. Д. Я. Райгородского]. – Самара : Бахрах-М, 2006. – С. 507–535.
21. Мэй Р. Открытие бытия : очерки экзистенциальной психологии / Р. Мэй. – Москва : Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. – 200 с.

22. Налчаджян А. А. Психологические защитные механизмы / А. А. Налчаджян // Самосознание и защитные механизмы : хрестоматия / [под ред. Д. Я. Райгородского]. – Самара : Бахрах-М, 2006. – С. 395–479.
23. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 464 с.
24. Никандров В. В. Психология : учебник / В. В. Никандров. – Москва : WoltersKluwer, 2009. – 947 с.
25. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / М. Бауэр [и др.]. – Москва : АЛЕТЕЙА, 1999. – 503 с.
26. Романова Е. С. Механизмы защиты как специфические средства решения универсальных проблем адаптации / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников // Самосознание и защитные механизмы : хрестоматия / [под ред. Д. Я. Райгородского]. – Самара : Бахрах-М, 2006. – С. 566–593.
27. Сандомирский М. Е. Защита от стресса : телесные технологии / М. Е. Сандомирский. – Санкт-Петербург : Питер, 2008. – 255 с.
28. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – Москва : Независимая фирма «Класс», 2005. – 588 с.
29. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – Москва : Изд-во Института психотерапии, 2005. – 489 с.
30. Тарт Г. Механизмы защиты / Г. Тарт // Самосознание и защитные механизмы : хрестоматия / [под ред. Д. Я. Райгородского]. – Самара : Бахрах-М, 2006. – С. 480–506.
31. Теппервайн К. Психосоматика, отношения и здоровье / К. Теппервайн. – Москва : АСТ-АСТРЕЛЬ, 2004. – 221 с.
32. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы / А. Фрейд. – Москва : Педагогика-пресс, 1993. – 140 с.

33. Фрейд З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Психология мотиваций и эмоций / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, М. В. Фаликман. – Москва : ЧеРо, 2002. – С. 313–318.

34. Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск : ЕГУ, 2003. – 170 с.

35. Хрестоматия по патопсихологии / под ред. Б. В. Зейгарник, А. П. Корнилова, В. В. Николаевой. – Москва : Изд-во МГУ, 1982. – С. 49–59.

36. Шутц В. Глубокая простота / В. Шутц. – Воронеж : Воронежский гештальт Центр, 2013. – 159 с.

37. Эволюция психотерапии : в 4 т. / пер. с англ. Т. К. Кругловой. – Москва : Независимая фирма «Класс», 1998. – Т. 1. : Семейный портрет в интерьере : семейная психотерапия. – 301 с.

38. Эволюция психотерапии : в 4 т. / пер. с англ. Т. К. Кругловой. – Москва : Независимая фирма «Класс», 1998. – Т. 2. : Осень патриархов : психоаналитически ориентированная и когнитивная терапия. – 301 с.

39. Эллис А. Гуманистическая психотерапия : рационально-эмотивный подход / А. Эллис. – Санкт-Петербург : Изд-во Сова; Москва : Изд-во ЭКСМО-пресс, 2002. – 269 с.

40. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой психотерапии / А. Эллис, У. Драйден. – Санкт-Петербург : Изд-во Речь, 2002. – 345 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Индекс жизненного стиля Р. Плутчика-Х. Келермана

Инструкция: Прочитайте приведённые ниже высказывания. Если вы согласны с высказыванием, то необходимо поставить галочку в графу «да», если не согласны – «нет» рядом с номером вопроса.

1. Со мной очень легко поладить.
2. Я сплю больше, чем другие мои знакомые.
3. Я всегда нахожу человека, на которого хочу походить.
4. Если меня лечат, я стараюсь узнать, почему мне всё это делают.
5. Если я чего-нибудь захочу, не могу дождаться, пока не получу.
6. Я часто краснею.
7. Одно из самых больших моих достоинств – сдержанность.
8. Иногда у меня возникает побуждение пробить кулаком стену.
9. Я несдержанный.
10. Если меня кто-нибудь затащит в толпу людей, я готов его убить.
11. Я редко запоминаю свои сны.
12. Меня злят люди, которые командуют другими.
13. Мне часто бывает плохо.
14. Я – высоконравственный человек, как мало кто другой.
15. Чем больше приобретаю имущества, тем счастливее себя чувствую.
16. Я всегда нахожусь в центре своих мечтаний.
17. Мне делается неловко даже от мысли, что члены моей семьи ходили бы голыми.
18. Люди мне говорили, что я часто хвастаюсь.
19. Если меня кто-нибудь отвергает, у меня иногда даже возникает желание покончить с жизнью.
20. Люди мною часто любят.

21. Я иногда бывал так ожесточён, что даже ломал вещи.
22. Меня очень раздражают люди, сочиняющие всякие сплетни.
23. Я всегда вижу лучшую сторону жизни.
24. Я хочу и всё время стараюсь с помощью физзарядки изменить свой внешний облик.
25. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила окружающий мир.
26. Я не суеверен.
27. Мне уже говорили, что я бываю слишком импульсивен.
28. Меня раздражают люди, которые рисуются перед другими.
29. Ненавижу недружелюбных.
30. Я очень стараюсь никого не обидеть.
31. Я их тех людей, которые не плачут.
32. Я очень много курю.
33. Мне очень трудно расставаться с тем, что мне принадлежит.
34. Я плохо запоминаю лица.
35. Я много занимаюсь онанизмом.
36. Я с трудом запоминаю фамилии.
37. Если мне что-то мешает, я ему ничего не говорю, а сразу же жалуюсь кому-нибудь.
38. Люблю выслушивать различные мнения по обсуждаемому вопросу, даже если знаю, как его надо решать.
39. Люди мне никогда не надоедают.
40. Я не могу спокойно усидеть на месте.
41. Я мало что помню из своего детства.
42. Я долго не замечаю отрицательные стороны своих знакомых.
43. Прежде чем сердиться, надо всё хорошо обдумать.
44. Обо мне говорят, что я доверчив.

45. Мне неприятны люди, которые одним прыжком достигают своей цели.

46. Неприятные мысли я стараюсь выбросить из головы.

47. Я никогда не теряю оптимизма.

48. Перед путешествием я обдумываю каждую мелочь.

49. Иногда я сам вижу, что сержусь на кого-то больше, чем следовало бы.

50. Если дела идут не так, как мне хочется, я иногда становлюсь мрачным и угрюмым.

51. Во время спора я люблю указывать другим на ошибки в их рассуждениях.

52. Если мне бросают вызов, у меня появляется сильное желание его принять.

53. Неприятные фильмы меня бесят.

54. Я раздражаюсь, если на меня не обращают внимания.

55. Люди говорят про меня, что я не эмоционален.

56. Приняв какое-то решение, я даже после этого обдумываю его.

57. Если кто-нибудь говорит, что моих способностей недостаточно, чтобы сделать что-либо, то я обязательно стараюсь сделать это.

58. Когда я вожу автомобиль, мне иногда хочется разбить другую машину.

59. Многие люди меня раздражают потому, что они эгоисты.

60. Уезжая в отпуск, я всегда беру с собой какую-то работу.

61. Я брезгую некоторыми пищевыми продуктами.

62. Я иногда грызу ногти.

63. Говорят, что я склонен обходить острые вопросы.

64. Я любитель выпить.

65. Я возмущаюсь, когда слышу вульгарные шутки.

66. Мне иногда снятся вещи, вызывающие неприязнь.

67. Карьеристы меня раздражают.
68. Я много вру.
69. Я брезгую порнографией.
70. Из-за своего характера я имел неприятности по работе.
71. Больше всего я ненавижу несчастных людей.
72. Разочарование в чем-либо приводит меня в плохое настроение.
73. Если я слышу или читаю о какой-нибудь трагедии, это не меняет моего настроения.
74. Прикосновение к чему-то слизистому вызывает у меня отвращение.
75. Когда я в приподнятом настроении, то начинаю вести себя как ребенок.
76. Я все-таки много спорю с людьми.
77. Я никогда не испытываю неприятных ощущений на похоронах от того, что нахожусь в одном помещении с покойником.
78. Не люблю людей, которые стараются быть в центре внимания.
79. Многие люди меня раздражают.
80. Мыться не в своей ванне для меня настоящее мучение.
81. Мне неловко произносить нецензурные слова.
82. Я раздражаюсь, когда чувствую, что нельзя доверять людям.
83. Мне нужно, чтобы обо мне говорили, что я сексуально привлекателен.
84. Что бы я ни начинал, я никогда не заканчиваю начатого дела.
85. Я стараюсь одеваться так, чтобы выглядеть более привлекательным.
86. Я придерживаюсь более строгих моральных принципов, чем мои знакомые.
87. В споре мои аргументы, как правило, бывают более логичными, чем у других.
88. Люди безнравственные мне неприятны.
89. Когда кто-то меня толкает, я способен взбеситься.

90. Я часто влюбляюсь.

91. Говорят, что я человек объективный.

92. Вид крови не вызывает у меня никакого волнения.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Методика для оценки наличия и выраженности иррациональных установок А. Эллиса

Инструкция: У людей бывают разные убеждения. Нас интересует ваше мнение относительно утверждений, приведённых ниже. Пожалуйста, зачеркните или обведите в кружок цифру справа от каждого утверждения, которая наиболее соответствует вашему отношению к данному утверждению.

1	2	3	4	5	6
Полностью согласен	В основном согласен	Слегка согласен	Слегка не согласен	В основном не согласен	Полностью не согласен

1. Иметь дело с некоторыми людьми может быть неприятно, но это никогда не бывает ужасно	1 2 3 4 5 6
2. Когда я в чём-то ошибаюсь, то часто говорю себе: «Мне не следовало этого делать»	1 2 3 4 5 6
3. Люди, несомненно, должны жить по законам	1 2 3 4 5 6
4. Не существует ничего такого, чего я не выношу	1 2 3 4 5 6
5. Если меня игнорируют или я чувствую себя неуклюжим на вечеринке, то у меня понижается чувство собственной ценности.	1 2 3 4 5 6
6. Некоторые ситуации в жизни действительно совершенно ужасны.	1 2 3 4 5 6
7. В некоторых вопросах я определенно должен быть более компетентным.	1 2 3 4 5 6
8. Моим родителям следовало бы быть более сдержанными в требованиях, предъявляемых ко мне.	1 2 3 4 5 6
9. Существуют вещи, которые я не могу вынести.	1 2 3 4 5 6
10. Мое чувство собственной ценности не повышается, даже если у меня есть действительно большие успехи в учебе или работе.	1 2 3 4 5 6
11. Некоторые дети ведут себя действительно ужасно.	1 2 3 4 5 6
12. Я не должен был совершать несколько очевидных ошибок в	1 2 3 4 5 6

моей жизни.	
13. Если мои друзья пообещали сделать для меня что-то очень важное, они не обязаны выполнять своих обещаний.	1 2 3 4 5 6
14. Я не могу иметь дело с моими друзьями или моими детьми, если они ведут себя глупо, дико или неправильно в той или иной ситуации.	1 2 3 4 5 6
15. Если оценивать людей по тому, что они делают, то их можно разделить на «хороших» и «плохих».	1 2 3 4 5 6
16. Бывают такие периоды в жизни, когда случаются действительно совершенно ужасные вещи.	1 2 3 4 5 6
17. В жизни нет ничего такого, что я действительно обязан делать.	1 2 3 4 5 6
18. Дети должны, в конце концов, научиться выполнять свои обязанности.	1 2 3 4 5 6
19. Иногда я просто не в состоянии вынести мои низкие достижения в учебе и на работе.	1 2 3 4 5 6
20. Даже когда я делаю серьезные ошибки и причиняю боль окружающим, мое самоуважение не меняется.	1 2 3 4 5 6
21. Это было бы ужасно, если бы я не смог добиться расположения людей, которых я люблю.	1 2 3 4 5 6
22. Мне бы хотелось лучше учиться или работать, однако нет никаких оснований считать, что я должен добиваться этого, во что бы то ни стало.	1 2 3 4 5 6
23. Я убежден, что люди определенно не должны плохо себя вести в общественных местах.	1 2 3 4 5 6
24. Я просто не выношу сильного давления на меня или стресса.	1 2 3 4 5 6
25. Одобрение или неодобрение моих друзей или членов моей семьи не влияет на то, как я оцениваю самого себя.	1 2 3 4 5 6
26. Было бы жалко, но не ужасно, если бы кто-то из членов моей семьи имел бы серьезные проблемы со здоровьем.	1 2 3 4 5 6
27. Если я принял решение сделать что-то, я обязательно должен сделать это очень хорошо.	1 2 3 4 5 6
28. В общем, я нормально отношусь к тому, что подростки ведут	1 2 3 4 5 6

себя иначе, чем взрослые, например, поздно просыпаются по утрам или разбрасывают книжки или одежду на полу в своей комнате.	
29. Я не выношу некоторых вещей, которые делают мои друзья или члены моей семьи.	1 2 3 4 5 6
30. Тот, кто постоянно грешит или приносит зло окружающим, - плохой человек.	1 2 3 4 5 6
31. Было бы ужасно, если бы кто-то из тех, кого я люблю, заболел психическим заболеванием и оказался бы в психиатрической больнице.	1 2 3 4 5 6
32. Я должен быть абсолютно уверен, что все идет хорошо в наиболее важных сферах моей жизни.	1 2 3 4 5 6
33. Если для меня это важно, мои друзья должны стремиться сделать все, о чем я их попрошу.	1 2 3 4 5 6
34. Я легко переношу неприятные ситуации, в которые попадаю, так же как неприятное общение со знакомыми.	1 2 3 4 5 6
35. От того, как меня оценивают окружающие (друзья, начальники, учителя, преподаватели), зависит, как я оцениваю самого себя.	1 2 3 4 5 6
36. Это ужасно, когда мои друзья ведут себя плохо и неправильно в общественных местах.	1 2 3 4 5 6
37. Я точно не должен делать некоторые ошибки, которые я продолжаю делать.	1 2 3 4 5 6
38. Я не считаю, что члены моей семьи должны действовать именно так, как мне хочется.	1 2 3 4 5 6
39. Это совершенно невыносимо, когда все идет не так, как мне хочется.	1 2 3 4 5 6
40. Я часто оцениваю себя по своим успехам на работе и в учебе или же по своим социальным достижениям.	1 2 3 4 5 6
41. Это будет ужасно, если я потерплю полный крах в работе или учебе.	1 2 3 4 5 6
42. Я как человек не должен быть лучше, чем я есть на самом деле.	1 2 3 4 5 6
43. Определенно существуют некоторые вещи, которые	1 2 3 4 5 6

окружающие люди не должны делать.	
44. Иногда (на работе или в учебе) люди совершают поступки, которых я совершенно не выношу.	1 2 3 4 5 6
45. Если у меня возникают серьезные эмоциональные проблемы или я нарушаю законы, мое чувство собственной ценности понижается.	1 2 3 4 5 6
46. Даже очень плохие, отвратительные ситуации, в которых человек терпит неудачу, лишается денег или работы, не являются ужасными.	1 2 3 4 5 6
47. Есть несколько существенных причин, почему я не должен делать ошибок в школе или на работе.	1 2 3 4 5 6
48. Несомненно, что члены моей семьи должны лучше обо мне заботиться, чем они это иногда делают.	1 2 3 4 5 6
49. Даже если мои друзья ведут себя иначе, чем я от них ожидаю, я продолжаю относиться к ним с пониманием и принятием.	1 2 3 4 5 6
50. Важно учить детей тому, чтобы они были «хорошими мальчиками» и «хорошими девочками»: прилежно учились в школе и зарабатывали одобрение своих родителей.	1 2 3 4 5 6