

УДК 159.9

**СТРУКТУРА ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛЮДЕЙ,
НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ***С.П. Политова, Н.И. Исмаилова***Аннотация**

В статье описаны результаты исследования особенностей защитного поведения людей, находящихся в трудных жизненных ситуациях, примером которых в данном исследовании выступает инвалидность. В ходе исследования удалось обнаружить, что защитное поведение человека в трудной жизненной ситуации в основном строится на использовании психологических защит, в то время как вне актуального кризиса используются преимущественно копинг-стратегии.

Ключевые слова: трудная жизненная ситуация, кризисная ситуация, адаптация личности, защитное поведение, психологическая защита, псевдокомпенсация, копинг-стратегии.

В последние десятилетия наблюдается тенденция к нарастанию уровня напряженности жизни человека, в связи с чем в психологии усилился интерес к проблеме изучения личности, находящейся в трудной жизненной ситуации [1–9]. Достаточно свободное оперирование в научной литературе различными определениями *трудной жизненной ситуации* сопровождается размытостью и неопределенностью содержания данного понятия. Однако общим для всех исследователей, занимающихся изучением данной проблемы, является признание того, что находящийся в трудной жизненной ситуации человек сталкивается с невозможностью реализации своих потребностей, мотивов, стремлений, ценностей и т. д. При этом, как справедливо отмечает Е.В. Битюцкая [1], термин *трудная жизненная ситуация* может выступать интегрирующим понятием, объединяющим общие признаки того, что в разных источниках называется *напряженной ситуацией* [10], *кризисной ситуацией* [2, 4, 7], *экстремальной ситуацией* [5, 8–9] и т. п.

Следует отметить некоторую фрагментарность подхода современных ученых к исследованию поставленной проблемы, заключающуюся в стремлении ограничиться рамками изучения временных трудных ситуаций. В поле зрения исследователей, как правило, оказываются люди, перенесшие тягостное событие, жизненные катаклизмы, остро нуждающиеся в психологической помощи и поддержке, а за пределами внимания остаются те, кто находятся в трудной жизненной ситуации постоянно.

Наиболее значимым с практической точки зрения является исследование адаптации человека к трудным ситуациям. Для описания механизмов адаптации в психологии используются такие понятия, как *психологическая защита*,

защитное поведение, совладающее поведение и т. д. Представление о механизмах психологической защиты в психологии сформировалось в рамках психоаналитического направления [11, 12], в котором вслед за З. Фрейдом [11] под *психологической защитой* стали понимать техники борьбы личности с неприятными и невыносимыми для сознания представлениями в целях минимизации или полного удаления неприятных аффектов, мыслей и представлений.

Заслуживает внимания также и теория А. Адлера [13], в которой в качестве объяснительного принципа поведения личности автором введено понятие *комплекс неполноценности*. Источником этого комплекса, по мнению А. Адлера, выступает не объективный дефект, а генерализированное чувство неполноценности, которое вызывает приток сил и служит импульсом к действию. При этом условиями формирования компенсации этого комплекса служит, согласно А. Адлеру, стремление к превосходству, власти, то есть социальное чувство, которое, подобно инстинкту, вызывает интерес к другим людям, общественным событиям и заставляет включиться в мир культуры. При отсутствии реальных возможностей социализации повышается вероятность использования псевдокомпенсаций (то есть устойчивых тенденций личности неадекватно использовать защитные механизмы, не позволяющих найти продуктивный выход из сложившейся кризисной ситуации), что приводит к формированию комплекса неполноценности и образованию невротической симптоматики.

Анализ подходов западных ученых к проблеме психологической защиты показал, что защита рассматривается ими в основном как последнее средство устранения эмоционального напряжения, оберегающее психику от травм, которые жизненные обстоятельства могут причинить ей, но вместе с тем механизмы защиты мешают человеку осознать заблуждения относительно черт собственного характера и поведения, что затрудняет разрешение личных проблем [11–14].

В работах отечественных авторов можно выделить два подхода к пониманию феномена психологической защиты. Представители первой точки зрения, сходной с мнением западных ученых, рассматривают психологическую защиту как непродуктивное средство решения внутриличностных проблем [3, 15, 16]. Вторая точка зрения основана на том, что наряду с патологической психологической защитой существует и нормальная, постоянно присутствующая в сознании, служащая для снятия напряжения и способная предотвращать дезорганизацию поведения человека [9, 17, 18].

В целях преодоления терминологической неоднозначности мы под *механизмами психологической защиты* понимаем совокупность психических процессов, обеспечивающих личности охрану психики от опасных негативных и деструктивных действий внутриспсихических и внешних импульсов (примерами механизмов психологической защиты выступают псевдокомпенсации, вытеснение, отрицание, замещение и т. д.). Соответственно, под *стратегиями совладания* мы понимаем совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий личности, суть которых состоит в адаптации к жизненным условиям и стрессовым ситуациям.

В целях уточнения и расширения имеющихся знаний о защитном поведении личности в трудной жизненной ситуации нами было проведено специальное исследование. Примером трудной жизненной ситуации выступила ситуация

потери трудоспособности, в результате которой человек получил статус инвалида I – III группы. Испытуемыми в исследовании выступили люди, находящиеся в трудной жизненной ситуации в силу наличия серьезной соматической патологии, подтвержденной статусом инвалидности (экспериментальная группа, $n = 437$ человек, 237 мужчин и 200 женщин), а также здоровые люди (контрольная группа, $n = 153$ человека, 86 мужчин и 67 женщин). В выборку не включались люди, у которых соматическая патология сопровождалась патологией психической, а также инвалиды с детства. Условием участия в исследовании здоровых испытуемых было отсутствие актуальных кризисов, определяемое по самоотчету.

В исследовании проверялась следующая **гипотеза**: в условиях постоянной трудной жизненной ситуации защитное поведение людей в основном представлено пассивными психологическими защитами, в то время как в условиях отсутствия кризиса и мужчины, и женщины используют преимущественно копинг-стратегии.

Исследование проводилось с использованием следующих психодиагностических средств.

1. Диагностика псевдокомпенсаций осуществлялась с помощью методики «Псевдокомпенсации», составленной соответственно представлениям А. Адлера о движущих силах поведения человека и предназначенной для определения индивидуальных склонностей к псевдокомпенсациям.

Выделяют следующие виды псевдокомпенсаций:

- КУБ – комплекс ухода в болезнь;
- КДС – комплекс демонстративной слабости;
- КЛн – комплекс лени;
- КХт – комплекс хитрости;
- КТир – комплекс тирана;
- КПр – комплекс превосходства;
- КСр – комплекс саморекламы;
- КЖл – комплекс жалости к себе;
- КУМ – комплекс уходящей молодости;
- КПд – комплекс мнимого простодушия;
- КЗв – комплекс зависти;
- КЖд – комплекс жадности;
- КВн – комплекс вины;
- КУщ – комплекс ущербности;
- КСтр – комплекс страха;
- КПч – комплекс предчувствия;
- КХал – комплекс «халевщика»;
- КДв – комплекс доверчивости.

2. Методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, предназначенная для диагностики механизмов психологической защиты «Я». Измеряется 8 видов защитных механизмов:

- вытеснение;
- отрицание;
- замещение;
- компенсация;

- реактивное образование;
- проекция;
- интеллектуализация (рационализация);
- регрессия.

3. Копинг-тест Р. Лазаруса [19]. Методика, разработанная Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 г., предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий.

Выделяют следующие виды копинг-стратегий:

- дистанцирование;
- самоконтроль;
- поиск социальной поддержки;
- принятие ответственности;
- бегство-избегание;
- планирование решения проблемы;
- положительная переоценка.

В исследовании использовалась отечественная адаптация методики, выполненная Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 г.

Полученные данные анализировались с помощью стандартных методов математико-статистического анализа с использованием компьютерной программы обработки данных, разработанной на факультете психологии Казанского (Приволжского) федерального университета. Далее описаны наиболее значимые из полученных результатов.

В первую очередь были проанализированы результаты статистического сравнения средних значений показателей у испытуемых, находящихся в трудной жизненной ситуации (инвалидов), и у здоровых испытуемых (табл. 1, рис. 1–3)¹.

Данные о частоте диагностирования минимальной и максимальной выраженности псевдокомпенсаций у испытуемых, находящихся в кризисе, и у испытуемых, не испытывающих в настоящее время жизненных затруднений, отражены в табл. 1.

Как видно из рис. 1, в котором отражены результаты статистического сравнения показателей псевдокомпенсаций здоровых людей и инвалидов, между ними обнаруживается много различий. Выяснилось, что мужчин-инвалидов достоверно отличает от здоровых мужчин выраженность 15 из 18 возможных комплексов, причем по 12 из них значения выше у инвалидов. Наиболее распространенными являются комплекс доверчивости (57%), комплекс саморекламы (47%), комплекс уходящей молодости (40%), комплекс хитрости (28%), комплекс «халевщика» (22%), комплекс предчувствия (19%) комплекс жадности (18%). Так, у инвалидов увеличивается возможность контролировать других людей и управлять ими путем демонстрации своей беспомощности (комплекс ущербности $p \leq 0.001$); развивается склонность прикрываться нездоровьем, плохим самочувствием (комплекс ухода в болезнь $p \leq 0.001$); отмечается отсутствие настойчивости и инициативы при решении стоящих перед ними задач

¹ Изучение особенностей защитного поведения, определяемых полом субъекта ситуации, в задачи данного исследования не входило, поэтому в рамках настоящей статьи при изучении защитного поведения полые различия не рассматриваются.

Табл. 1

Частота использования псевдокомпенсаций (в %)

Псевдо-компенсации	Мужчины				Женщины			
	инвалиды		здоровые		инвалиды		здоровые	
	0 баллов	6 баллов						
КУБ	10	14	11	0.9	0	4	31	2
КДС	23	0	12	0	1.5	1	13	7.5
КЛн	0	6.8	5.2	0.9	0	4.5	31	1.5
КХт	1.7	28	17	0.9	9	16	4.5	2
КТир	5.1	6.8	18	0	0	3	33	12
КПр	31	0	4.3	1.7	12	7	3	1.5
КСр	0	47	11	0	1.5	13	22	0.5
КЖл	16	0	23	0	7.5	0	7.5	6
КУМ	0	40	20	0	10	12	1.5	1.5
КПд	24	0	18	0.9	1.5	3	10	19
КЗв	6.8	0	10	0.9	0	7.5	7.5	2.5
КЖд	17	18	19	1.7	0	6.5	19	3.5
КВн	14	2.1	20	0	3	18	24	4
КУщ	18	6.8	20	1.7	0	8.5	15	2
КСтр	20	13	20	0	1.5	4.5	15	5.5
КПч	0	19	11	1.7	0	5	1.5	3
КХал	0	22	5.2	6	0	1	28	36
КДв	0	57	17	0.9	1.5	17	6	0

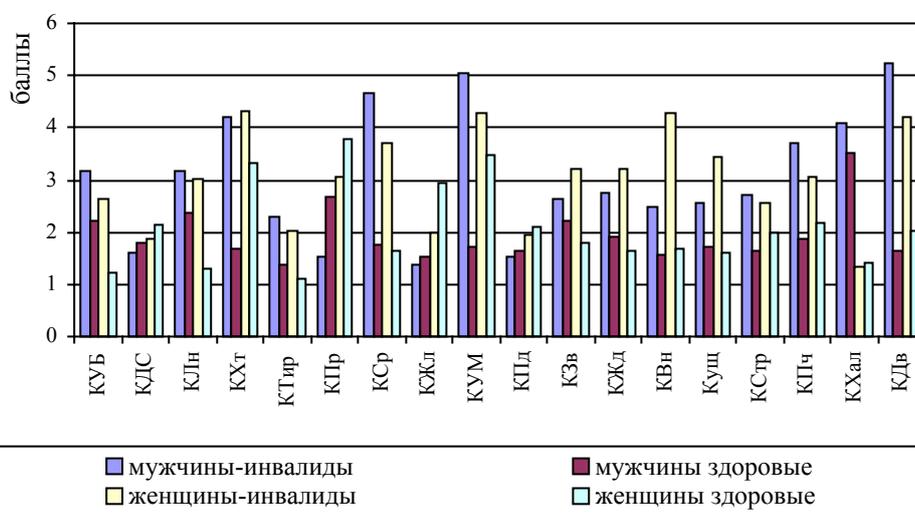


Рис. 1. Выраженность показателей псевдокомпенсаций в выборках

(комплекс лени $p \leq 0.001$), так как болезнь является, с точки зрения инвалидов, оправданием для неудач. Инвалиды-мужчины, столкнувшись с «холодной» реальностью кризисной ситуации, часто становятся на путь тирании, демонстрируя для манипулирования окружающими беспомощность либо жестокость и силу (комплекс тирана $p \leq 0.001$); стремятся завоевать одобрение и признание

окружающих (комплекс саморекламы $p \leq 0.001$). Для мужчин-инвалидов характерно показное доверие к людям (комплекс доверчивости $p \leq 0.001$), особая чувствительность (комплекс предчувствия $p \leq 0.001$), сожаления об уходящем времени (комплекс уходящей молодости $p \leq 0.001$); склонность испытывать опасения и страхи (комплекс страха $p \leq 0.001$). В то же время инвалидам свойственно завидовать окружающим (комплекс зависти $p \leq 0.05$), проявлять жадность (комплекс жадности $p \leq 0.001$), испытывать чувство вины (комплекс вины $p \leq 0.001$). Все эти элементы составляют структуру защитного образования, позволяющую инвалиду надеяться на получение помощи и поддержки от окружающих. Здоровые же мужчины в отличие от инвалидов нацелены на высокие достижения (комплекс превосходства $p \leq 0.001$). Большое различие в использовании псевдокомпенсаций между инвалидами и здоровыми мужчинами говорит о том, что инвалиды поддерживают целостность своего «Я» с большим искажением реальности. Используемые ими защитные стратегии ригидны и в конечном итоге не устраняют проблемы, а лишь способствуют развитию повышенной чувствительности в хронической кризисной ситуации.

Множество различий в показателях индивидуальных склонностей к использованию псевдокомпенсаций обнаруживается также между выборками женщин-инвалидов и здоровых женщин. Использование псевдокомпенсаций как малоэффективного средства психологической защиты является реакцией на убежденность в своей неспособности решить проблему. Согласно данным, представленным в табл. 1, из 18 возможных псевдокомпенсаций женщины-инвалиды используют 17 видов неадекватных условиям существования защитных механизмов, сужающих их возможности в хронической кризисной ситуации.

Женщины-инвалиды склонны сожалеть об уходящем времени (комплекс уходящей молодости $p \leq 0.001$), прогнозировать будущие сложности и проблемы (комплекс предчувствия $p \leq 0.001$), испытывать страх (комплекс страха $p \leq 0.01$), кроме того, они часто ощущают себя ненужными и чувствуют неуверенность в себе (комплекс ущербности $p \leq 0.001$). Чувство несостоятельности они прикрывают хитростью (комплекс хитрости $p \leq 0.001$) и жалостью к себе (комплекс жалости $p \leq 0.001$), стремятся завоевать одобрение и признание окружающих (комплекс саморекламы $p \leq 0.001$), проявляя при этом жадность (комплекс жадности $p \leq 0.001$) и зависть (комплекс зависти $p \leq 0.001$). Испытывая чувство нехватки и недостатка чего-либо (комплекс вины $p \leq 0.001$), они склонны приобретать выгоду, сознательно вызывая у окружающих чувство жалости к себе (комплекс жалости к себе $p \leq 0.001$), демонстрируют показное доверие к людям (комплекс доверчивости $p \leq 0.001$). Таким образом, слезы и жалобы женщин-инвалидов являются средством реализации желания достичь первенства любой ценой, при этом они используют свою болезнь в качестве оправдания неудач и отсутствия настойчивости и инициативы при решении жизненных задач.

Из данных, представленных в табл. 1, видно, что люди, утратившие здоровье, крайне активны в использовании псевдокомпенсаций, то есть можно сказать, что инвалиды не могут идти по пути прямой борьбы с трудной жизненной ситуацией и потому для достижения поставленных целей используют различные ухищрения, часто бывают жестоки, склонны ссылаться на свою болезнь для оправдания

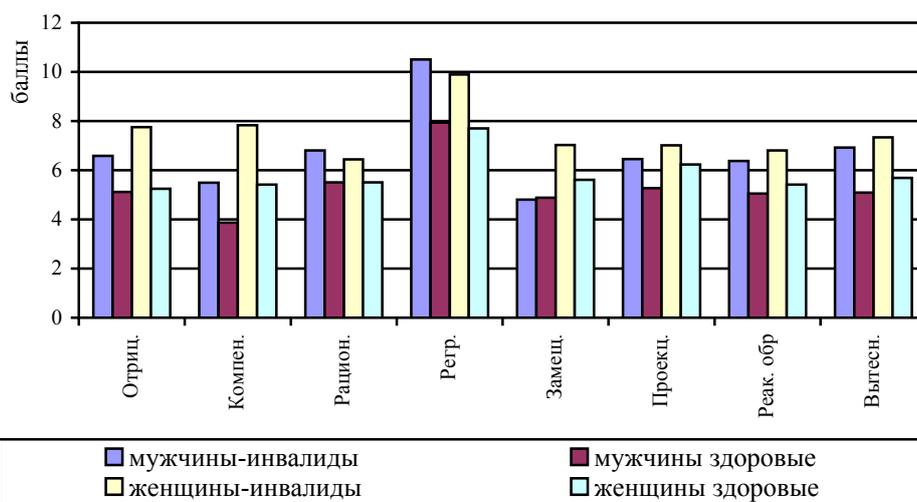


Рис. 2. Выраженность склонности к использованию психологических защит у инвалидов и у здоровых людей

собственной бездеятельности. Наряду с этим инвалидов отличает доверчивость к окружающим и стремление завоевать их одобрение и признание.

Таким образом, инвалиды в хронической трудной жизненной ситуации используют пассивную и неконструктивную психологическую защиту, которая направлена не на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, а лишь на смягчение психического дискомфорта.

Зафиксированные статистически значимые различия средних значений показателей психологических защит у мужчин-инвалидов и здоровых мужчин показывают, что инвалиды стараются тщательно избегать ситуаций, в которых проявляется негативное отношение к ним со стороны других людей, поскольку эти ситуации вызывают у людей с физическими отклонениями страх (показатель «отрицание» $p \leq 0.001$); такая позиция приводит как к вытеснению тревожных чувств и мыслей (показатель «вытеснение» $p \leq 0.001$), так и к замене нежелательных мыслей и чувств на прямо противоположные (показатель «реактивные образования» $p \leq 0.001$) (см. рис. 2). Неприятные или неприемлемые для инвалидов мысли, чувства или поступки компенсируются путем преувеличенного развития противоположных форм (показатель «компенсация» $p \leq 0.001$). Это свидетельствует о попытках мужчин-инвалидов с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств или поведенческих характеристик другой личности найти подходящую замену реальному или воображаемому недостатку с целью избегания внутреннего конфликта и повышения чувства самодостаточности. Инвалидам в отличие от здоровых людей свойственно блокировать тревогу простым и привычным поведением (показатель «регрессия» $p \leq 0.001$), а также оправдывать свое поведение, за счет чего происходит частичное снятие возникшего психологического напряжения (показатель «рационализация» $p \leq 0.001$). Собственные поступки или качества инвалиды склонны видеть в поведении окружающих, а в случае неблагоприятности поступков обвинять в причине их совершения других людей (показатель «проекция» $p \leq 0.001$).

По результатам анализа обнаруживаются максимально выраженные различия между женщинами-инвалидами и здоровыми женщинами в использовании механизмов психологической защиты абсолютно по всем показателям. Женщины-инвалиды отказываются воспринимать травмирующую их хроническую кризисную реальность, избегают и искажают ее, проявляют пассивность при преодолении трудностей (показатель «отрицание» $p \leq 0.001$), что приводит как к вытеснению тревожных чувств и мыслей (показатель «вытеснение» $p \leq 0.001$), так и к замене нежелательных мыслей и чувств на прямо противоположные (показатель «реактивные образования» $p \leq 0.001$). Отсутствие переработки травматического материала, например такого, как инвалидность, приводит к неспособности отстаивать свои позиции, развитию соглашательства и покорности. Интенсивное использование защиты «Компенсация» способствует предотвращению проявления неприятных или неприемлемых для личности мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных им форм. Инвалидам в отличие от здоровых женщин свойственно стремление купировать тревогу путем использования более простых и привычных поведенческих стереотипов (показатель «регрессия» $p \leq 0.01$), стремление оправдывать свое поведение, за счет чего происходит частичное снятие возникшего психологического напряжения (показатель «рационализация» $p \leq 0.05$), а также стремление к своеобразной разрядке подавленных отрицательных эмоций, что выражается в раздражительности и повышенной требовательности к окружающим, проявлении недовольства, использовании брани (показатель «замещение» $p \leq 0.001$). Собственные неблагоприятные поступки или нежелательные качества женщины-инвалиды склонны видеть в других людях, выплескивая при этом на окружающих накопившееся недовольство (показатель «проекция» $p \leq 0.001$).

Итак, мы видим, что для женщин-инвалидов, находящихся в трудной жизненной ситуации, характерно чувство недостаточности и боязнь быть отвергнутыми другими людьми, им присуща склонность возвращаться к инфантильным паттернам поведения, начинают проявляться отрицательные качества, которые в конечном итоге не способствуют, а препятствуют достижению инвалидами успеха в ситуации социального взаимодействия.

Исследование позволило обнаружить также различия между мужчинами-инвалидами и здоровыми мужчинами в применении ими осознанных стратегических реакций, направленных на устранение психологической угрозы, причем эффективными копинг-стратегиями здоровые мужчины пользуются статистически достоверно чаще, чем инвалиды (см. рис. 3). Так, инвалиды менее готовы к риску и к решительным действиям по изменению ситуации (показатель «конфронтативный копинг» $p \leq 0.001$). Возможно, недостаток «здоровой агрессии», например отсутствие умения настоять на своем, неубедительная аргументация, необходимость соперничества с кем-либо или с чем-либо, препятствует успешной адаптации в хронической кризисной ситуации. Недостаточная выраженность усилий по регулированию своих чувств и действий (показатель «самоконтроль» $p \leq 0.001$) снижает способность к всестороннему анализу проблемы и поиску путей выхода из сложившейся ситуации, что в итоге определяет низкие когнитивные усилия «отделиться» от ситуации и уменьшить ее значимость (показатель «дистанцирование» $p \leq 0.001$). Выраженное стремление избегать

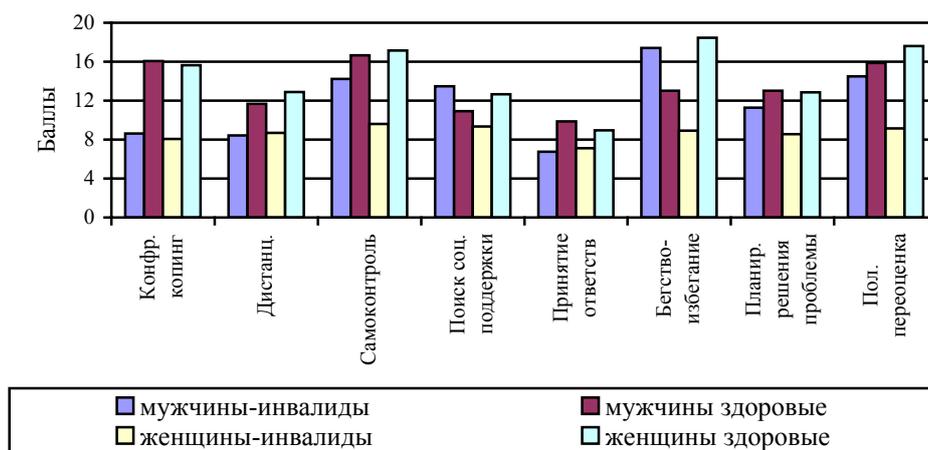


Рис. 3. Выраженность склонности к использованию копинг-стратегий у инвалидов и у здоровых людей

стрессовых ситуаций (показатель «бегство-избегание» $p \leq 0.001$) поведенчески ориентирует инвалидов на активное обращение к межличностному взаимодействию (показатель «поиск социальной поддержки» $p \leq 0.001$) с целью совладания с трудной жизненной ситуацией при помощи актуальных когнитивных, поведенческих и эмоциональных ответов ближайшего окружения. Другими словами, инвалиды нуждаются в эффективном руководстве, обратной связи и рефлексии отношений с людьми из ближайшего социального окружения, которые сопереживают им, могут и хотят помочь в решении существующих проблем. Здоровые мужчины готовы взять на себя ответственность за решение существующей проблемы (показатель «принятие ответственности» $p \leq 0.001$), поэтому они в отличие от инвалидов активно применяют аналитический подход к пониманию и изменению ситуации (показатель «планирование решения проблемы» $p \leq 0.001$), а также нацелены на личностный рост (показатель «положительная переоценка» $p \leq 0.001$).

Таким образом, мужчины-инвалиды отличаются большей по сравнению со здоровыми мужчинами пассивностью в использовании копинг-стратегий. Если здоровые, обладая широким спектром стратегических реакций, могут адекватно реагировать на сложную ситуацию, то инвалиды, используя ограниченный набор стратегий, зачастую боятся решать стоящую перед ним проблему.

Продолжая анализ используемых копинг-стратегий, отметим достоверно значимые различия между женщинами-инвалидами и здоровыми женщинами в использовании ими поведенческих и внутрипсихических механизмов совладания. Так, стратегия действий при психологической угрозе у здоровых женщин выражается как в агрессивных усилиях, враждебности и готовности к риску (показатель «конфронтативный копинг» $p \leq 0,001$), как в когнитивных и рациональных усилиях уйти от ситуации (показатель «дистанцирование» $p \leq 0.001$), так и в поведенческом стремлении к бегству от проблемы (показатель «бегство-избегание» $p \leq 0.001$) (тем самым они пытаются уменьшить значимость проблемы в своих глазах). Умение здоровых женщин регулировать свои чувства

и действия (показатель «самоконтроль» $p \leq 0.01$), брать на себя ответственность за решение проблемы (показатель «принятие ответственности» $p \leq 0.01$) способствует применению аналитического подхода к решению проблем (показатель «планирование решения проблемы» $p \leq 0.05$). Такая жизненная позиция приводит здоровых женщин к мыслям о том, что они нужны обществу и имеют с ним взаимные обязательства, что их ценят и любят (показатель «поиск социальной поддержки» $p \leq 0.05$).

Женщины-инвалиды, находящиеся в трудной жизненной ситуации и испытывающие постоянное напряжение, при решении собственных проблем проявляют нерешительность, робость и пассивность, стремятся спрятаться от проблем, ослабляют собственную включенность в трудную ситуацию, для них характерен низкий уровень активности жизненной позиции.

В заключение на основании проведенного исследования сделаем следующие выводы.

1. Как женщины, так и мужчины в условиях трудной жизненной ситуации, связанной с инвалидностью, уверены в своей неспособности разрешить ее и потому используют большое количество псевдокомпенсаций, которые не устраняют проблему, а только повышают чувствительность к ней. Использование псевдокомпенсаций препятствует адекватной оценке реальности и подавляет проявление таких качеств, как ответственность, настойчивость, мужество. Наличие обнаруженной совокупности комплексов псевдокомпенсаций может означать, что инвалиды склонны считать себя слабыми, невезучими и не способными постоять за себя.

2. Адаптация личности к условиям трудной жизненной ситуации происходит в большинстве случаев за счет использования механизмов пассивной психологической защиты, что приводит к ослаблению внутриличностного напряжения путем искажения существующей действительности. В конечном итоге это может привести к закреплению оправдания своей несостоятельности, снятию с себя ответственности за решение проблем.

3. Активные, преимущественно сознательные усилия, направленные на психологическое преодоление кризиса в трудной жизненной ситуации, вызванной потерей трудоспособности, встречаются крайне редко. В отличие от здоровых людей, у инвалидов в меньшей степени определена стратегия действий при психологической угрозе, что проявляется в недостаточной адаптивности когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер.

4. Особенности защитно-поведенческой сферы инвалидов, их склонность к использованию псевдокомпенсаций и механизмов психологической защиты, а также малопродуктивное использование копинг-стратегий позволяют говорить о низких адаптивных возможностях данной категории лиц к актуальной для них трудной жизненной ситуации.

Таким образом, нам удалось доказать исходную гипотезу о том, что длительное нахождение в трудной жизненной ситуации сопровождается увеличением количества используемых псевдокомпенсаций и пассивных механизмов психологической защиты, в то время как количество используемых личностью копинг-стратегий сокращается. Это означает, что человек утрачивает возможность

активного преобразования ситуации, ограничиваясь изменением ее представления в психике.

Полученные результаты могут быть использованы в работе психологических служб, специализирующихся на консультировании лиц, находящихся в условиях кризиса. Обнаруженные закономерности формирования и использования психологических защит личности могут быть конкретизированы в соответствии со сроком инвалидности, с типом заболевания, послужившего причиной инвалидности, с возрастом человека, утратившего здоровье и т. д., что позволит индивидуализировать психологическую помощь данной категории лиц и тем самым повысить ее эффективность.

Summary

S.P. Politova, N.I. Ismailova. The Structure of Defensive Behavior of People in a Difficult Living Situation.

The article describes the features of defensive behavior of people, who find themselves in difficult living situations, on the example of physical disability. The research made it possible to find out that defensive behavior of a person in a difficult living situation is generally based on the use of psychological defenses, whereas beyond the actual crisis coping strategies are mainly used.

Key words: difficult living situation, crisis situation, person's adaptation, defensive behavior, psychological defense, pseudo-compensation, coping strategies.

Литература

1. *Битюцкая Е.В.* Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания // Психол. наука и образование. – 2007. – № 4. – С. 87–93.
2. *Бурмистрова Е.В.* Система оказания психологической помощи в кризисной ситуации // Психол. наука и образование. – 2003. – № 3. – С. 16–24.
3. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Моск. гос. ун-т, 1984. – 200 с.
4. *Осинова А.А.* Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 315 с.
5. *Осухова Н.Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М.: Академия, 2005. – 288 с.
6. *Пергаменик Л.А., Гончарова С.С., Яковчук М.И.* Преодоление психических травм. – М.: НИО, 1999. – 55 с.
7. *Ромек В.Г., Контрович В.А., Крукович Е.И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
8. *Малкина-Пых И.Г.* Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. – М.: ЭКСМО, 2006. – 960 с.
9. *Соловьева С.Л.* Психология экстремальных ситуаций. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 128 с.
10. *Наенко Н.И.* Психическая напряженность. – М.: Моск. гос. ун-т, 1976. – 112 с.
11. *Freud S.* The defense neuro-psychoses // The Collected Papers: in 10 v. – N. Y.: Collier Books, 1963. – V. 2. – P. 67–81.
12. *Фрейд А.* Психология «Я» и защитные механизмы. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 144 с.

13. *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 213 с.
14. *Райх В.* Анализ характера. – М.: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 517 с.
15. *Карвасарский Б.В.* Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2007. – 960 с.
16. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных невротами и с психосоматическими расстройствами. – СПб., 1992. – 24 с.
17. *Бассин Ф.В., Бурлакова М.К., Волков В.Н.* Проблема психологической защиты // Психол. журн. – 1998. – № 3. – С. 79–86.
18. *Никольская И.М., Грановская Р.М.* Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000. – 507 с.
19. *Lazarus R.S.* Psychological stress and the coping process. – N. Y.: McGraw-Hill, 1966. – 466 p.

Поступила в редакцию
29.04.10

Политова Светлана Павловна – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций Казанского (Приволжского) федерального университета.

E-mail: sveta034@yandex.ru

Исмаилова Наиля Иркиновна – старший преподаватель кафедры психологии Елабужского государственного педагогического университета.

E-mail: ismailova01@mail.ru