

DOI: <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.1.015>  
УДК 159.97

Кедярова Е.А.<sup>1,2</sup>, Уварова М.Ю.<sup>1,2</sup>, Монжиевская В.В.<sup>1,2</sup>, Русских Н.И.<sup>1,2</sup>, Чернецкая Н.И.<sup>1,2</sup>, Шумовская О.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Иркутский государственный университет, Иркутск, Россия

<sup>2</sup> Институт развития образования Иркутской области, Иркутск, Россия

Kedyarova E.<sup>1,2</sup>, Uvarova M.<sup>1,2</sup>, Monzhievskaya V.<sup>1,2</sup>, Russkih N.<sup>1,2</sup>, Cherneckaya N.<sup>1,2</sup>, Shumovskaya O.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Irkutsk State University, Irkutsk, Russia

<sup>2</sup> Institute of Development of Education of Irkutsk Region, Irkutsk, Russia

## Особенности защитных механизмов личности у лиц с различными психосоматическими заболеваниями

Peculiarities of Personal Defense in Patients with Different Psychosomatic Diseases

### Резюме

Изучены защитные механизмы личности у пациентов с тремя видами психосоматических заболеваний (сахарный диабет, бронхиальная астма, гастрит). Проведено сопоставительное исследование как психологических защит при разных видах психосоматических заболеваний, так и в зависимости от давности возникновения заболевания. Показано, что пациенты с вновь выявленным заболеванием используют более широкий репертуар защитных механизмов, а также чаще используют конструктивные виды защит (компенсация, рационализация), что, вероятно, свидетельствует о более высоком уровне стрессоустойчивости в начале заболевания. Пациенты с такими заболеваниями, как сахарный диабет, бронхиальная астма, склонны к использованию более деструктивных защитных механизмов вытеснения и отрицания, в отличие от пациентов с гастритом. Более конструктивные психологические защиты, такие как компенсация и рационализация, чаще используют пациенты с гастритом. Во всех группах с хроническим заболеванием доминирующим защитным механизмом высокого уровня напряжения является замещение, что, вероятно, можно определить как замещение решения своих проблем (неприемлемых чувств, действий, недостижимых объектов и т. д.) соматической патологией.

**Ключевые слова:** психосоматические заболевания, психологическая защита, защитные механизмы личности.

### Abstract

Personal defense mechanisms of patients with three kinds of psychosomatic diseases (diabetes mellitus, bronchial asthma, gastritis) are studied. Peculiarities of psychological defense mechanisms are studied not only in patients with different kinds of diseases, but also in patients with different duration of disease. It was showed that patients with diseases found not so long ago have wider psychological defenses and more often use constructive defenses such as compensation and rationalization, which can be related to their higher stress resistance at the beginning of disease. Patients with diabetes mellitus and bronchial asthma are more likely to use destructive defenses of repression and denying unlike patients with gastritis. Constructive defense such as compensation

and rationalization is more likely to be used by patients with gastritis. All patients with chronic diseases use repression much more often than other defense mechanisms, and it may be related with their tendency to solve emotional and other problems by means of their psychosomatic diseases.

**Keywords:** psychosomatic diseases, psychological defense, psychological defense mechanisms.

---

Современные тенденции развития медицины обуславливают все более тесное взаимодействие медицинской и психологической науки в поиске причин и стратегий лечения различных заболеваний. Однако представления о психосоматической медицине, зарождение которой произошло столетие назад, до настоящего времени являются разрозненными как в теоретических, так и практических аспектах.

Изначально понятие «психосоматическая медицина» было введено в рамках психодинамического подхода, рассматривая психосоматический механизм как развитие соматической симптоматики в ответ на ущемленные эмоции, связанные с вытеснением из сознания социально неприемлемых инстинктов [1]. Впоследствии появление многочисленных теорий психосоматической медицины (М. Шур, Г. Фрайбергер, Г. Энгель, Э. Шмале и др.) раскрывало разнообразные аспекты сложных взаимосвязей психического и соматического в понимании механизма ряда заболеваний [2].

Современное понимание единства психического и соматического в механизме данных заболеваний возникло благодаря включению наряду со специфическим неосознанным конфликтом фактора предрасположенности и возникающей в связи с этим индивидуальной специфической соматической диспозиции в теории Ф. Александера. В рамках данной теории появляется понятие «функциональное расстройство» внутренних органов, проявляющееся в форме вегетативного невроза, при этом на следующем этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах [3].

В настоящее время психосоматическая медицина является междисциплинарным направлением в науке. В рамках данного подхода существует представление о возможности возникновения любого заболевания при воздействии как физических, так и психосоциальных факторов, при этом модель заболевания является сложной и многофакторной моделью [4, 5].

Современные исследования в рамках психосоматического подхода посвящены различным аспектам в изучении механизма возникновения заболеваний: патогенетические аспекты психосоматических заболеваний и необходимость их коррекции (Л.А. Теммеева, Х.Х. Шакова, И.В. Боев, М.Н. Якушенко), методологические проблемы современной психосоматики (А.В. Штрахова), особенности психологических защит при психосоматических расстройствах (М.В. Богданова) и т. д. [4, 7, 8].

Кроме того, психосоматический механизм изучается в рамках отдельных заболеваний и их групп: онкозаболевания [9], гастроэнтерологические заболевания [10, 11], бронхиальная астма [12, 13], сахарный диабет [14–17] и др.

При этом, несмотря на возросший интерес к исследованию данной области со стороны различных специалистов, отмечается ряд проблем в изучении и реализации психосоматического подхода.

Одной из важных проблем является отсутствие единства в понимании термина «психосоматический», который используется неоднозначно. С одной стороны, как научный интегративный подход, с другой – обозначение группы заболеваний, характеризующихся психопатологическим полиморфизмом [18]. Разнообразие критериев верификации, классификаций психосоматических заболеваний также является проблемным фактором. При этом медицинский персонал обязан ориентироваться на критерии, представленные в МКБ-10. Соответственно, для развития психосоматического направления в отечественной медицине, по мнению А.В. Штраховой, требуется определить соответствие психологических и клинико-статистических критериев, выработать единую базу понятий и терминов, единые стандарты ведения психосоматических пациентов [19].

Интегративные тенденции в медицинской области, «биопсихосоциальная» модель здоровья предполагают развитие психосоматического направления медицины как перспективного подхода к обследованию и лечению обширного контингента пациентов [19]. Однако в реальности реализация психосоматического подхода в отечественном здравоохранении связана с рядом трудностей: потенциал отечественных методологических разработок пока не нашел в полной мере применения в лечебно-диагностических стандартах ведения пациентов; система профессионального образования медицинского персонала не включает необходимую психологическую подготовку, в частности по вопросам психосоматической медицины [19, 20].

В рамках изучения психосоматического механизма заболеваний исследователи также выделяют ряд проблем как теоретического, так и практического характера. Одной из важных является исследование психологических особенностей, характерных для данных пациентов, как фактора, способствующего возникновению и развитию психосоматической патологии. При этом особое внимание авторы уделяют выявлению психологических особенностей пациентов, имеющих хронические заболевания, такие как сахарный диабет, бронхиальная астма и т. д.

Сахарный диабет в течение последних десятилетий имеет тенденцию к более широкому распространению в различных странах и, в частности, в нашей стране. При этом выделяют два типа заболевания. Сахарный диабет 1-го типа связан с недостаточной выработкой инсулина [21]. При данном типе диабета в результате исследований выявлены такие особенности, как эмоциональная напряженность, тревожно-депрессивный симптомокомплекс. Выраженность факторов зависит от тяжести и длительности патологического процесса. По мере прогрессирования заболевания уменьшается личностная специфичность, нарастают симптомы ригидности, эмоциональной уплощенности, увеличиваются апатичность и безразличие по отношению к заболеванию, что приводит к низкому уровню самоконтроля и способствует ухудшению прогноза заболевания [14, 16].

Сахарный диабет 2-го типа связан со снижением чувствительности клеток организма к инсулину [21]. Как отмечает Atasoy S., депрессивный

симптомокомплекс является одним из факторов для возникновения сахарного диабета 2-го типа [17]. Кроме того, для пациентов, имеющих сахарный диабет 2-го типа, были выявлены следующие особенности: дисфункциональные отношения, особенно по типу катастрофизации, долженствования в отношении себя и долженствования в отношении других, и склонность к повышенному контролю [17].

Ряд публикаций в рамках медицинской психологии посвящен изучению психологических особенностей личности пациентов с бронхиальной астмой. Авторы выделяют следующие личностные черты, предрасполагающие к развитию и фиксации дыхательных нарушений по нервно-психическому механизму: низкий уровень устойчивости к стрессам, инфантилизм, склонность к блокированию эмоциональных переживаний [12]. О нервно-психическом механизме патогенеза бронхиальной астмы говорят в том случае, когда нервно-психические факторы способствуют провокации и фиксации астматических симптомов, тесно вплетаются в патогенез заболевания, приводят к усугублению биологического дефекта. Кроме того, Lietzen R., Vitanen P. и др. отмечают воздействие стресса высокого напряжения на усиление симптоматики при бронхиальной астме, при этом примерно в 1,5 раза увеличивается потребность пациентов в применении бета-агонистов короткого действия [13].

Взаимосвязь гастроэнтерологических заболеваний с психологическими особенностями пациентов также является предметом изучения в числе современных исследований. Психологическими предпосылками к возникновению гастроэнтерологических заболеваний чаще всего являются длительное перенапряжение, пребывание в состоянии тревоги или страха. Для данной группы пациентов, по мнению авторов, характерна выраженная тревожность, раздражительность, пониженная самооценка, ранимость, вкупе с повышенной требовательностью к себе, ипохондрический тип личности [10, 11]. И.А. Казакова также отмечает, что у подростков, страдающих хроническим гастритом, наблюдаются эмоциональные нарушения в форме повышенной ситуативной и личностной тревожности, наличие признаков депрессии, выраженной алекситимии. Значительно более выраженными, чем у здоровых людей, являются черты педантичного, тревожного и дистимного типов акцентуаций, значительно менее выраженными – черты гипертимного типа [10].

В рамках изучения психологических особенностей, характерных для пациентов, имеющих хронические психосоматические заболевания, важно отметить исследование особенностей психологических защит при данных нарушениях.

Действительно, в структуре заболевания нередко прослеживается нарушение основных систем регуляции, иммунитета, вегетативной и гормональной регуляции, при этом наблюдается деформация системы психологических защитных механизмов как одной из значимых адаптационных систем [22, 23]. Достаточно подробно данный механизм представлен в теории стресса (Г. Селье, Р. Лазарус и др.). В рамках данного направления рассматривается влияние стресса и адаптационных возможностей личности в структуре психосоматической патологии. Теории стресса выявили наличие связи между уровнем стрессоустойчивости,

эффективностью психологических защит и развитием психосоматических расстройств [4]. При этом психологическая защита является врожденным механизмом, запускается в экстремальных ситуациях и выполняет функцию снятия внутреннего напряжения как средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным [2, 24].

В современной литературе представлен ряд публикаций, посвященных особенностям психологических защит пациентов с психосоматическими заболеваниями.

По результатам исследований М.В. Богдановой, для системы психологических защитных механизмов часто и длительно болеющих людей (имеющих несколько эпизодов ОРВИ в год) характерны: стереотипизация защитного репертуара, повышение ригидности системы и ее общей напряженности, преобладание психологических защит, свойственных раннему уровню развития личности. При этом признаки деформации системы психологических защит часто и длительно болеющих пациентов наблюдаются как в период обострения, так и в период ремиссии соматического заболевания. В системе психологических защит выявлены высокие показатели распространенности и выраженности соматизации тревоги [4].

Соматизация тревоги также выделяется и Ф.Б. Березиным как одна из наиболее выраженных в системе психологических защит при психосоматической патологии, в результате которой тревога связывается с соматическими, а не с психологическими факторами, что в клинике проявляется картиной ипохондрического невроза. По мнению автора, соматизация тревоги обеспечивает социально приемлемый выход из трудно разрешимых и эмоционально значимых проблем, перенося центр тяжести с этих проблем на телесные ощущения [6].

Результаты исследований А.В. Рюмина свидетельствуют, что пациенты с соматоформными расстройствами в качестве защиты используют преимущественно «незрелые» механизмы защиты «я» (регрессию, проекцию и др.), которые в известной мере препятствуют когнитивно-аффективной оценке травмирующей ситуации. При этом усиливается психогенное влияние внутренних условий (особенностей личности) и внешних психосоциальных факторов [7].

Механизм психологических защит как фактор, влияющий на возникновение и течение психосоматического заболевания, на современном этапе требует дальнейшего исследования. Г.С. Корытова отмечает, что «...содержательная наполненность понятия «психологическая защита» варьирует от глубоких теоретических описаний до эмпирических исследований, от вдумчивого проникновения в психические процессы до нерелефлексивного прикладного использования» [5]. М.В. Богданова и другие авторы также отмечают, что недостаточная изученность системы психологических защит препятствует повышению эффективности психотерапии, в частности, длительно болеющих пациентов. При этом автор выделяет следующие проблемы в изучении данного вопроса: отсутствие единства в теоретических подходах, в конкретизации определения психологической защиты, представлениях об их количестве и классификации и т. д. [4, 25–27].

Таким образом, можно отметить, что для дальнейшего развития психосоматического направления в медицинской сфере представляется

важным изучение механизма психологических защит как значимого компонента в структуре психосоматического заболевания. В современной литературе, несмотря на достаточное количество публикаций, посвященных психосоматическим тенденциям таких хронических заболеваний, как бронхиальная астма, сахарный диабет, гастроэнтерологические заболевания, недостаточно изучены особенности механизма психологических защит пациентов, имеющих данные заболевания.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей механизмов психологических защит лиц с заболеваниями, имеющими психосоматические тенденции (бронхиальная астма, сахарный диабет, гастрит). В качестве основной гипотезы исследования выступало предположение о том, что психологические защитные механизмы у пациентов с психосоматическими заболеваниями различаются в зависимости от типа заболевания и степени его хронизации.

Исследование проводилось на базе медицинских учреждений Иркутской области в 2011–2017 гг.\* В данном исследовании испытуемые: 90 человек, из них 70% женщины, 30% мужчины, все в возрасте от 40 до 65 лет.

Испытуемые были разделены на 3 группы согласно выявленному заболеванию: 1-я группа – по сахарному диабету, 2-я группа – по астме, 3-я группа – по гастриту. В каждой группе было по 30 человек. Также каждая группа разделена на 2 подгруппы. Группы 1.1, 2.1 и 3.1 составили 15 испытуемых с впервые выявленным заболеванием, группы 1.2, 2.2 и 3.2 – 15 испытуемых, состоящих на учете по заболеванию 5 лет и более. Такой срок заболевания взят нами, исходя из определения хронической болезни, которое гласит, что хронические заболевания – это заболевания внутренних органов, которыми люди болеют длительное время, более 3 лет [21].

В каждой подгруппе также 70% женщины, 30% мужчины. Существенных различий по гендерному составу хронических пациентов по каждому из исследованных заболеваний не выявлено.

Для диагностики защитных механизмов испытуемых была применена методика «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х.Р. Конте) [28]. Полученные результаты соотносились с патогенезом заболевания. Кроме того, учитывался фактор конструктивности психологической защиты. Более конструктивными психологическими защитами являются компенсация и рационализация, а деструктивными – отрицание, регресс и вытеснение.

Проанализируем полученные результаты для группы испытуемых с сахарным диабетом.

У пациентов с вновь выявленным сахарным диабетом наблюдается высокий уровень напряженности следующих шкал: вытеснение (60%), регрессия (40%), компенсация (40%), отрицание (20%), замещение (10%), проекция (10%), гиперкомпенсация (10%), рационализация (10%). Более подробные результаты представлены на рис. 1.

У пациентов с хроническим сахарным диабетом высокий уровень напряжения проявляется в следующих шкалах: замещение (60%), отрицание (30%). Более подробные результаты представлены на рис. 2.

---

\* Часть данных была собрана в рамках выпускной квалификационной работы Л. Доенина.

Таким образом, среди лиц с вновь выявленным сахарным диабетом все виды психологических защит имеют показатели высокого уровня напряженности, в отличие от пациентов с хроническим заболеванием. Кроме того, пациенты с вновь выявленным сахарным диабетом имеют более разнообразный комплекс психологических защит с высоким уровнем интенсивности, чем пациенты с хроническим сахарным диабетом, что подтверждает выявленную М.В. Богдановой особенность, характерную для психосоматических пациентов: стереотипизация репертуара защитных механизмов [4]. Более конструктивный вид психологической защиты (компенсация) имеет большую интенсивность у пациентов с вновь выявленным заболеванием, что также соотносится с данными Ю.Г. Самойловой, установившей, что по мере прогрессирования данного заболевания уменьшается личностная специфичность, нарастают симптомы ригидности, эмоциональной уплощенности и т. д. [16].

Кроме того, можно отметить, что для пациентов с сахарным диабетом в начальный период заболевания более характерен процесс вытеснения как неприятие внутренних импульсов и побуждений, свойств и

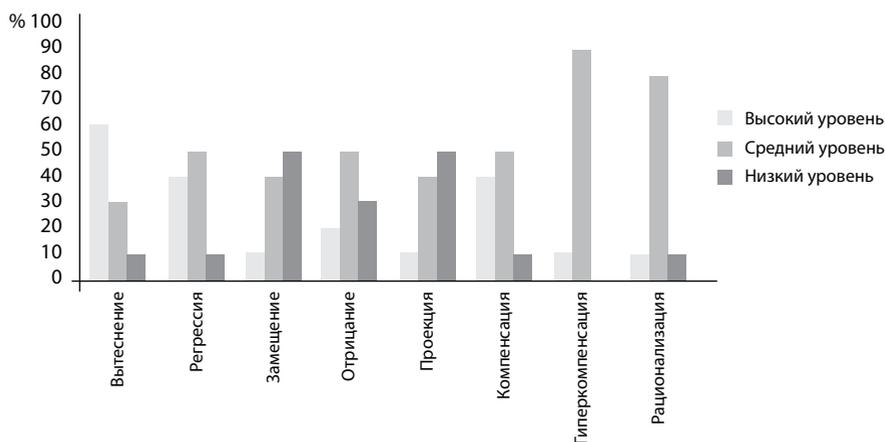


Рис. 1. Уровень напряженности шкал у пациентов с вновь выявленным сахарным диабетом

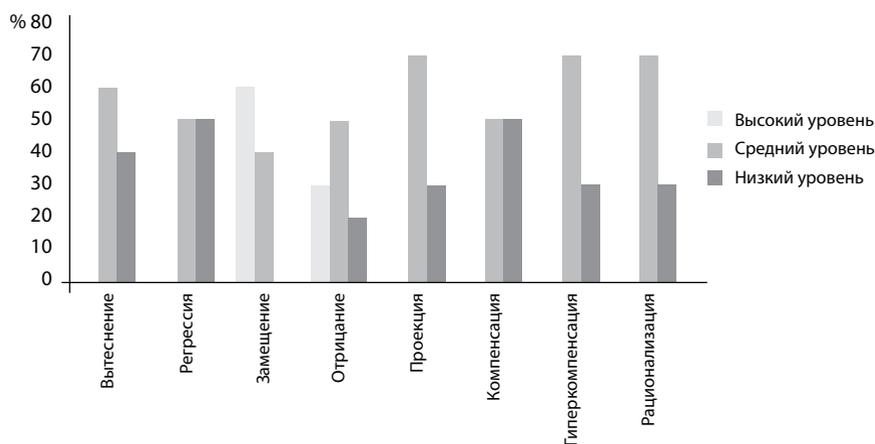


Рис. 2. Уровень напряженности шкал у пациентов с хроническим сахарным диабетом

качеств личности, принятие самого себя. Для пациентов с хроническим заболеванием напряжение по шкале «вытеснение» снижается, но несколько повышается в шкале «отрицание» как принятие внутренних импульсов и побуждений, так и в виде отрицания внешних факторов, некоторого искажения восприятия действительности. Данные результаты соотносятся с особенностями пациентов с сахарным диабетом, выявленными И.С. Малафеевским, М.Л. Захаровой: принятие себя и других в виде долженствования в отношении себя и долженствования в отношении других [15].

При этом для пациентов с хроническим заболеванием на первый план выходит такой механизм психологической защиты, как замещение. Данный психологический механизм, на наш взгляд, отражает сущность сахарного диабета: снижение чувствительности клеток организма к инсулину либо его недостаточная выработка приводят к тому, что глюкоза не перерабатывается надлежащим образом, в большинстве случаев требуется введение инсулина дополнительно извне [21]. Психологический механизм замещения в данном случае подобен: перенос реакции с недоступного объекта на доступный, принятие себя, собственной жизни, а также и удовольствия от собственной жизни замещается удовольствием физическим, извне, а именно от сладкой, калорийной пищи. При этом известно, что нарушения в питании, лишний вес являются одним из факторов, провоцирующих развитие заболевания (сахарный диабет 2-го типа).

Проанализируем полученные результаты для группы испытуемых с астмой. У пациентов с вновь выявленной бронхиальной астмой наблюдается высокий уровень напряженности следующих шкал: отрицание (60%), компенсация (60%), гиперкомпенсация (60%), замещение (50%), вытеснение (30%), рационализация (20%), регрессия (10%), проекция (10%). Более подробные результаты представлены на рис. 3.

У пациентов с хронической бронхиальной астмой наблюдается высокий уровень напряженности следующих шкал: замещение (40%), отрицание (30%), проекция (30%), гиперкомпенсация (30%). Более подробные результаты представлены на рис. 4.

Таким образом, для пациентов с вновь выявленным заболеванием отмечается более разнообразный репертуар защитных механизмов, что отмечалось и в показателях пациентов с сахарным диабетом. У пациентов с хронической бронхиальной астмой механизм замещения является наиболее выраженной психологической защитой, как и в случае с пациентами, имеющими сахарный диабет.

Однако, на наш взгляд, в отличие от пациентов с сахарным диабетом, у пациентов с бронхиальной астмой будет доминировать другой вариант механизма защиты: замещение неприемлемого действия приемлемым. Данный вариант механизма замещения, на наш взгляд, в большей степени соотносится с патогенезом заболевания бронхиальной астмой. Патогенетический механизм бронхиальной астмы раскрывается в повышенной реактивности бронхиального дерева, в норме у здорового человека тонус бронхиальной мускулатуры регулирует парасимпатическая нервная система, у пациентов с бронхиальной астмой возрастает роль симпатической нервной системы, что вызывает сужение бронхов, отек слизистой, увеличение секреции слизи [21].

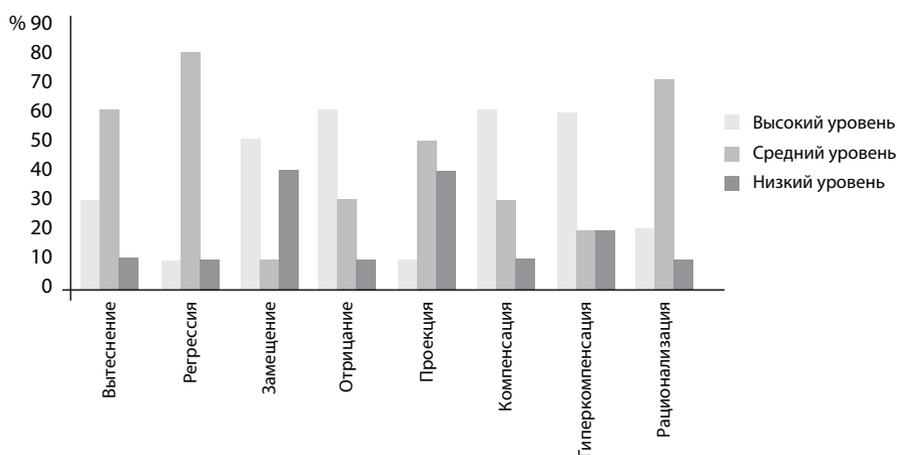


Рис. 3. Уровень напряженности шкал у пациентов с вновь выявленной бронхиальной астмой

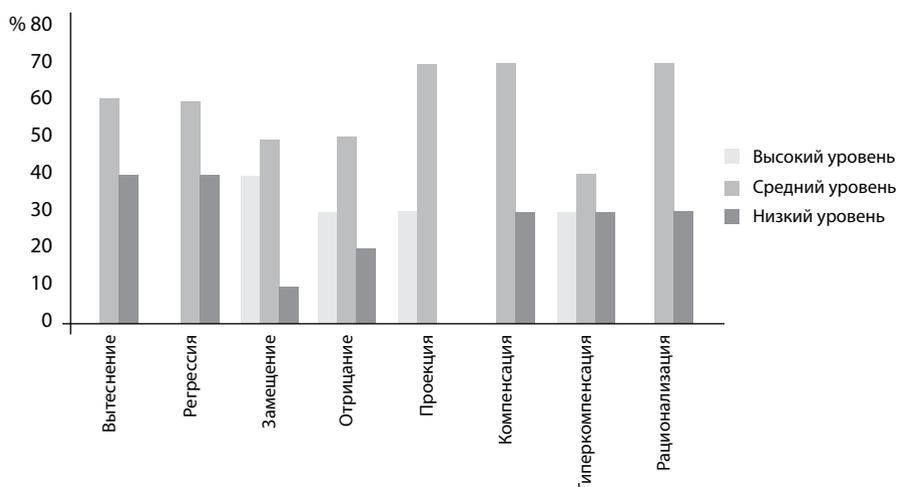


Рис. 4. Уровень напряженности шкал у пациентов с хронической бронхиальной астмой

При этом известно, что проявление гнева, лежащего в основе механизма замещения, физиологически связано с активацией симпатической нервной системы. Таким образом, можно предположить, что невысказанная агрессия, направленная на какой-либо объект, как неприемлемое действие замещается приемлемой агрессией, направленной на себя, проявляющейся в виде бронхального спазма, как блокирование органа, связанного с речевым актом. Данный механизм соотносится с особенностью, выявленной Н.Д. Семеновой у пациентов с бронхиальной астмой: склонность к блокированию эмоциональных переживаний [12].

Таким образом, если у пациента с сахарным диабетом гнев, лежащий в основе механизма защиты, вероятнее всего, будет направлен на самого себя как проявление неприятия себя и своей жизни, то у пациента с бронхиальной астмой гнев чаще будет направлен на какой-либо

внешний объект. В этом случае замещение неприемлемого действия приемлемым не относится только к внутриличностным потребностям, а, скорее, имеет межличностный аспект как соблюдение социальных норм.

Проанализируем полученные результаты для группы испытуемых с гастритом.

У пациентов с вновь выявленным гастритом наблюдается высокий уровень напряженности следующих шкал: вытеснение (60%), замещение (60%), проекция (60%), компенсация (60%), отрицание (20%), гиперкомпенсация (20%), рационализация (20%), регрессия (10%).

У пациентов с хроническим гастритом наблюдается высокий уровень напряженности следующих шкал: замещение (70%), проекция (60%), вытеснение (30%), гиперкомпенсация (30%).

Как уже упоминалось выше, для пациентов с вновь выявленным заболеванием характерен более широкий репертуар защитных механизмов, что прослеживается и в случае заболевания гастритом. Среди лиц

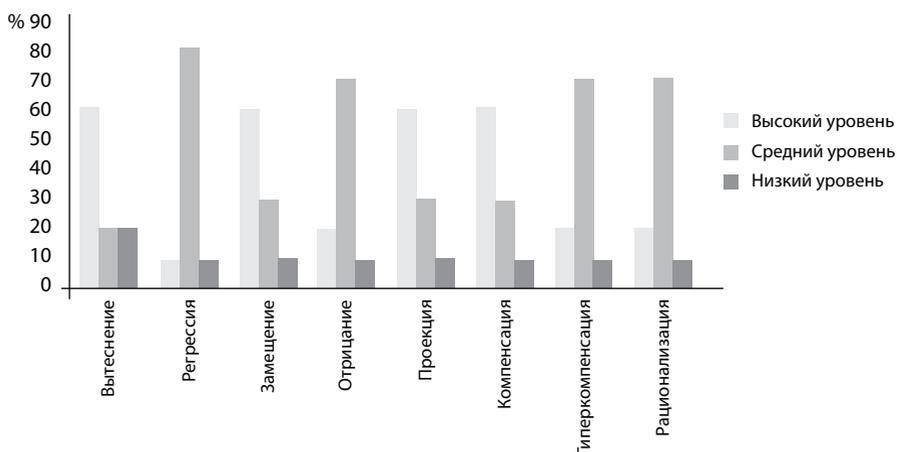


Рис. 5. Уровень напряженности шкал у пациентов с вновь выявленным гастритом

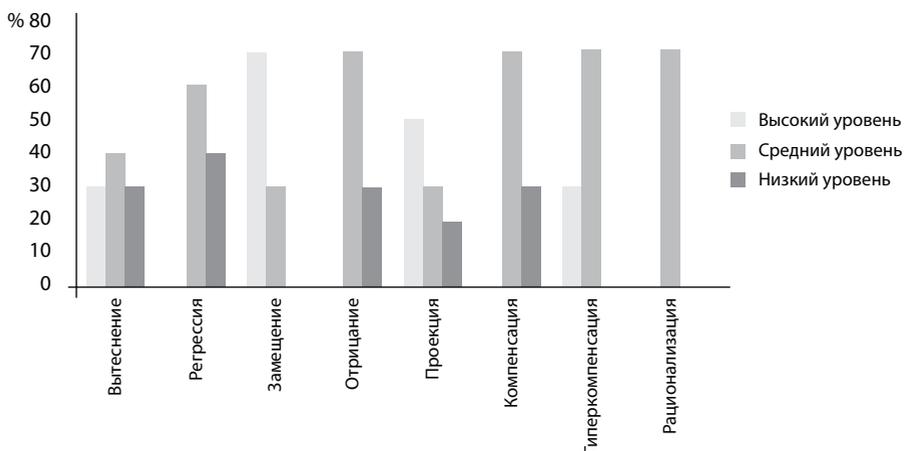


Рис. 6. Уровень напряженности шкал у пациентов с хроническим гастритом

с вновь выявленным гастритом все виды психологических защит имеют показатели высокого уровня напряженности, основные из них: вытеснение, регрессия, компенсация. Для пациентов с хроническим заболеванием характерны следующие защитные механизмы с высоким уровнем напряженности: замещение, проекция. При этом важно установить взаимосвязь данных защитных механизмов с патогенезом заболевания, который описывается как воспалительные или воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки, прогрессирование ведет к нарушению основных функций желудка, в основном секреторной [4]. Доминирующим механизмом пациентов с хроническим заболеванием является замещение, как и в выше описанных случаях. На наш взгляд, в данном случае механизм ближе к варианту замещения неприемлемого действия приемлемым: как неприемлемая агрессия, направленная на другой объект, направляется на самого себя в виде воспалительного процесса в желудке. Данный механизм соотносится с особенностями, выявленными О.В. Минаевым, В.Р. Шолоховой: для пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями характерна выраженная тревожность, раздражительность вкупе с повышенной требовательностью к себе [11].

Кроме того, в данном случае важно отметить выраженность механизма проекции – собственные желания, чувства проецируются на внешний объект как неприятие в себе чего-то. Вероятно, этот механизм подобен симптоматике при нарушении секреторной функции желудка: при повышенной кислотности желудок плохо воспринимает кислую пищу (как «это для меня слишком кислое»), хотя высокой является собственная кислотность, и наоборот при пониженной кислотности.

Анализ результатов исследования показал, что во всех группах с вновь выявленным заболеванием более широкий репертуар защитных механизмов. Замещение является доминирующим защитным механизмом высокого уровня напряжения во всех группах пациентов с хроническим заболеванием. После математической обработки полученных результатов с помощью U-критерия Манна – Уитни и t-критерия Стьюдента были получены данные о достоверности различий показателей (табл. 1–4).

**Таблица 1**  
**Результаты статистического исследования показателей испытуемых с сахарным диабетом по методике «Индекс жизненного стиля»**

Шкалы теста	Уэмп.	Результат
Вытеснение	0	Различия достоверны ( $p \leq 0,01$ )
Регрессия	74	Различия не достоверны
Замещение	80	Различия не достоверны
Отрицание	12	Различия достоверны ( $p \leq 0,01$ )
Проекция	75	Различия не достоверны
Компенсация	87	Различия не достоверны
Гиперкомпенсация	79	Различия не достоверны
Рационализация	26,5	Различия достоверны ( $p \leq 0,01$ )

Примечание: Укр. для  $n_1 = n_2 = 15$ : 72 ( $p \leq 0,05$ ), 56 ( $p \leq 0,01$ ).

**Таблица 2**  
**Результаты статистического исследования показателей испытуемых с астмой по методике «Индекс жизненного стиля»**

Шкалы теста	Уэмп.	Результат
Вытеснение	70	Различия не определены
Регрессия	73	Различия не достоверны
Замещение	50	Различия достоверны ( $p \leq 0,01$ )
Отрицание	25	Различия достоверны ( $p \leq 0,01$ )
Проекция	77	Различия не достоверны
Компенсация	28	Различия достоверны ( $p \leq 0,01$ )
Гиперкомпенсация	74	Различия не достоверны
Рационализация	75	Различия не достоверны

Примечание: Укр. для  $n_1 = n_2 = 15:72$  ( $p \leq 0,05$ ), 56 ( $p \leq 0,01$ ).

**Таблица 3**  
**Результаты статистического исследования показателей для группы испытуемых с гастритом по методике «Индекс жизненного стиля»**

Шкалы теста	Уэмп.	Результат
Вытеснение	34	Различия достоверны ( $p \leq 0,01$ )
Регрессия	80	Различия не достоверны
Замещение	89	Различия не достоверны
Отрицание	71	Различия не определены
Проекция	91	Различия не достоверны
Компенсация	54	Различия достоверны ( $p \leq 0,01$ )
Гиперкомпенсация	93	Различия не достоверны
Рационализация	75	Различия не достоверны

Примечание: Укр. для  $n_1 = n_2 = 15:72$  ( $p \leq 0,05$ ), 56 ( $p \leq 0,01$ ).

**Таблица 4**  
**Результаты статистического исследования выборок по t-критерию Стьюдента**

Фактор 1	Фактор 2	t	p
Вытеснение: группа с сахарным диабетом	Вытеснение: группа с астмой	-2,76	0,003**
Регрессия: группа с сахарным диабетом	Регрессия: группа с астмой	-1,14	0,008**
Замещение: группа с сахарным диабетом	Замещение: группа с астмой	-0,60	0,546
Отрицание: группа с сахарным диабетом	Отрицание: группа с астмой	0,77	0,004**
Проекция: группа с сахарным диабетом	Проекция: группа с астмой	-1,16	0,439
Компенсация: группа с сахарным диабетом	Компенсация: группа с астмой	-3,02	0,030*
Гиперкомпенсация: группа с сахарным диабетом	Гиперкомпенсация: группа с астмой	0,45	0,091
Рационализация: группа с сахарным диабетом	Рационализация: группа с астмой	-1,11	0,460
Вытеснение: группа с сахарным диабетом	Вытеснение: группа с гастритом	1,42	0,000***
Регрессия: группа с сахарным диабетом	Регрессия: группа с гастритом	-1,14	0,443
Замещение: группа с сахарным диабетом	Замещение: группа с гастритом	-0,60	0,004**
Отрицание: группа с сахарным диабетом	Отрицание: группа с гастритом	0,77	0,439
Проекция: группа с сахарным диабетом	Проекция: группа с астмой	-1,16	0,030*
Компенсация: группа с сахарным диабетом	Компенсация: группа с гастритом	-3,02	0,091
Гиперкомпенсация: группа с сахарным диабетом	Гиперкомпенсация: группа с гастритом	-1,90	0,460

Окончание таблицы 4

Рационализация: группа с сахарным диабетом	Рационализация: группа с гастритом	-0,16	0,054
Вытеснение: группа с астмой	Вытеснение: группа с гастритом	0,51	0,004**
Регрессия: группа с астмой	Регрессия: группа с гастритом	0,38	0,219
Замещение: группа с астмой	Замещение: группа с гастритом	-0,63	0,116
Отрицание: группа с астмой	Отрицание: группа с гастритом	-1,31	0,000***
Проекция: группа с астмой	Проекция: группа с гастритом	-0,60	0,065*
Компенсация: группа с астмой	Компенсация: группа с гастритом	0,77	0,092
Гиперкомпенсация: группа с астмой	Гиперкомпенсация: группа с гастритом	-1,16	0,132*
Рационализация: группа с астмой	Рационализация: группа с гастритом	-3,02	0,221

Примечания:

\*  $p < 0,05$ ;

\*\*  $p < 0,01$ ;

\*\*\*  $p < 0,001$ .

У лиц со вновь выявленным сахарным диабетом значения защитных механизмов вытеснения, отрицания и рационализации больше, чем у лиц с хроническим заболеванием. У лиц со вновь выявленной астмой значения защитных механизмов замещения, отрицания и компенсации больше, чем у лиц с хроническим заболеванием. У лиц со вновь выявленным гастритом значения защитных механизмов вытеснения и компенсации больше, чем у лиц с хроническим заболеванием.

В заключение можно отметить, что пациенты со вновь выявленным заболеванием используют более широкий репертуар защитных механизмов, а также чаще используют конструктивные виды защит (компенсация, рационализация), что, возможно, свидетельствует о более высоком уровне стрессоустойчивости в начале заболевания. Кроме того, пациенты с такими заболеваниями, как сахарный диабет, бронхиальная астма, склонны к использованию более деструктивных защитных механизмов, таких как вытеснение и отрицание, в отличие от пациентов, имеющих гастрит. Более конструктивные психологические защиты, такие как компенсация и рационализация, чаще используют пациенты с гастритом. Во всех группах с хроническим заболеванием доминирующим защитным механизмом высокого уровня напряжения является замещение, что, вероятно, можно определить как замещение решения своих проблем (неприемлемых чувств, действий, недостижимых объектов и т. д.) соматической патологией.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Frejd A. (2010) *Psichologiya "YA" i zashchitnye mekhanizmy* [Psychology "Me" and protective mechanisms]. M., 302 p.
2. Kedyarova E., Pchel'nikova A. (2017) Osobennosti vzaimosvyazi psichologicheskikh zashchit i koping-strategij u yunoshej i devushek [Features of interconnection of psychological defense and coping strategies in young men and girls]. *Innovacionnye podhody v sovremennoj nauke: sb. st. po materialam X mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Innovacionnye podhody v sovremennoj nauke»*, 10 (10). M.: Izd. «Internauka», pp. 52–56.

3. Aleksander F. (2009) *Psichosomaticheskaya medicina* [Psychosomatic medicine]. M.: Institut Obshchegumanitarnykh Issledovaniy, 520 p.
4. Bogdanova M. (2007) *Osobennosti psihologicheskikh zashchit pri psihomaticheskikh rasstrojstvah: na primere chasto i dlitel'no boleyushchih* [Features of psychological defense in psychosomatic disorders: on the example of often and long sick patients] (PhD Thesis), Tomsk, 207 p.
5. Korytova G. (2005) *Struktura zashchitnogo i sovladayushchego povedeniya v professional'noj deyatel'nosti pedagogicheskikh rabotnikov* [The structure of protective and coping behavior in professional activity of teaching staff]. *Sibirskiy psihologicheskij zhurnal*, 21, pp. 112–117.
6. Berezin F., Beznosyuk E., Sokolova E. (1998) *Psichologicheskie mekhanizmy psihosomaticheskikh zabolevaniy* [Psychological mechanisms of psychosomatic diseases]. *Rossiyskij medicinskij zhurnal*, 2, pp. 4–9.
7. Ryumin A. (2014) *Specifika zashchitnogo povedeniya lichnosti u bol'nykh s somatoformnymi rasstrojstvami i s rasstrojstvami adaptatsii* [Specificity of protective behavior of an individual in patients with somatoform disorders and adaptation disorders]. *Sbornik nauchnykh statej «Aktual'nye problemy psihosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike»* [Collection of scientific papers "Actual problems of psychosomatics in general medical practice"]. SPb.: izd-vo «Al'ta Astra», Vyp. XIV, 220 p.
8. Temmoeva L., SHakova H., Boev I., YAKushenko M. (2007) *Patogeneticheskie aspekty psihosomaticheskikh zabolevaniy i neobhodimost' ih korrektsii* [Pathogenetic aspects of psychosomatic diseases and the need for their correction]. *Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza*, 1, pp. 13–16.
9. Ivashkina M. (1998) *Psichologicheskie osobennosti lichnosti onkologicheskikh bol'nykh* [Psychological features of personality of oncological patients] (PhD Thesis), M., 166 p.
10. Kazakova I. (2009) *Psichologicheskaya diagnostika i korrektsiya ehmoatsional'nykh narushenij pri hronicheskom gastrite* (PhD Thesis), Sankt-Peterburg, 24 p.
11. Minaeva O., SHolohova V. (2017) *Psichosomaticheskie aspekty yazvennoj bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki* [Psychosomatic aspects of peptic ulcer of the stomach and duodenum]. *Medicina: vyzovy segodnyashnego dnja: materialy IV Mezhdunar. nauch. konf. (Moskva, noyabr' 2017 g.)*. M.: Buki-Vedi, pp. 48–51. Available at: <https://moluch.ru/conf/med/archive/252/13174/> (accessed 29.07.2018).
12. Semenova N. (1997) *Psichologicheskie aspekty bronhial'noj astmy* [Psychological aspects of bronchial asthma]. *Bronhial'naya astma* [Bronchial asthma]. M.: Agar, vol. 2, pp. 187–212.
13. Lietzen R., Vitanen P., Kivimaki M., Korkeila J., Suominen S., Sillanmaki L., Koskenvuo M., Vahtera J. (2017) *Change in B2-agonist use after severe life events in adults with asthma: A population-based cohort study*. *Journal of psychosomatic research*, vol. 98. Available at: [www.jpsychores.com](http://www.jpsychores.com) (accessed 08.08.2018).
14. Guseva N., Malanicheva I. (2014) *Trevozhnost' podrostkov s sahnarnym diabetom 1 tipa* [Anxiety of adolescents with type 1 diabetes mellitus]. *Sbornik nauchnykh statej «Aktual'nye problemy psihosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike»* [Collection of scientific papers "Actual problems of psychosomatics in general medical practice"]. SPb.: izd-vo «Al'ta Astra», Vyp. XIV, 220 p.
15. Malafeevskij I., Zaharova M. (2014) *Vospriyatie sobstvennogo tela zhenshchinami s sahnarnym diabetom II tipa* [Body perception in women with type 2 diabetes mellitus]. *Sbornik nauchnykh statej «Aktual'nye problemy psihosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike»* [Collection of scientific papers "Actual problems of psychosomatics in general medical practice"]. SPb.: izd-vo «Al'ta Astra», Vyp. XIV, 220 p.
16. Samoijlova YU. (2010) *Kliniko-metabolicheskie, psihosotsial'nye zakonomernosti formirovaniya psihosomaticheskikh sootnoshenij pri sahnarnom diabete 1 tipa i ozhirenii* [Clinical-metabolic, psychosocial patterns of formation of psychosomatic relations in type 1 diabetes mellitus and obesity] (PhD Thesis), Novosibirsk, 28 p.
17. Atasoy S., Kruse J., Thorand B., Ladwig K.N. (2018) *Synergistic Effects of severe depressed mood and obesity on type II diabetes incidence: finding from the MONICA/KORA cohort study*. *Journal of psychosomatic research*, vol. 109. Available at: [www.jpsychores.com](http://www.jpsychores.com) (accessed 05.08.2018)
18. Hajkin A. (2012) *K teorii i praktike psihosomatiki* [Theory and practice of psychosomatics]. *Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal*, vol. 8, no 2, pp. 193–198.
19. SHtrahova A. (2009) *Sovremennaya psihosomatika: metodologicheskie problemy i vozmozhnosti ih preodoleniya* [Modern psychosomatics: methodological problems and ways to solve them]. *Vestnik YUzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya*, 42 (175), pp. 86–90.
20. Krasnov V., Paleev N. (2014) *Psichosomatika v kontekste razvitiya integrativnoj mediciny* [Psychosomatics in the context of development of integrative medicine]. *Al'manah klinicheskoy mediciny*, 35, pp. 84–88.
21. Borodulin V. (2008) *Bol'shoy medicinskij spravochnik. Kniga prakticheskogo vracha* [Large medical reference book. Book of practitioner]. Izd.: Oniks, 816 p.
22. Demina L., Ral'nikova I. (2011) *Psihicheskoe zdorov'e i zashchitnye mekhanizmy lichnosti* [Mental health and protective mechanisms of personality]. Izd-vo Altajskogo gosudarstvennogo universiteta, 439 p.
23. Nikolaeva V. (1987) *Vliyanie hronicheskoy bolezni na psihiku: Psihologicheskoe issledovanie* [Influence of chronic disease on psyche: psychological research]. M.: Izd-vo Mosk. Universiteta, 168 p.
24. Granovskaya P., Nikol'skaya I. (1998) *Zashchita lichnosti: psihologicheskie mekhanizmy* [Personal protection: psychological mechanisms]. SPb.: Izd-vo «Znanie», 472 p.
25. Kolesnikov D., Rapoport S., Voznesenskaya L. (2014) *Sovremennye vzglyady na psihosomaticheskie zabolevaniya* [Modern views at psychosomatic diseases]. *Klinicheskaya medicina*, 7, pp. 12–18.
26. Kulakov S. (2003) *Osnovy psihosomatiki* [Basics of psychosomatics]. SPb.: Rech', 288 p.
27. Brojtigam V. (2009) *Psichosomaticheskaya medicina* [Psychosomatic medicine]. M.: GEHOTAR MEDICINA, 373 p.
28. Vasserman L., Eryshev O., Klubova E. (2005) *Psichologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya: metodicheskie rekomendatsii* [Psychological diagnostics of the index of lifestyle: guidelines]. SPb.: Izd-vo SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva, 50 p.

Поступила/Received: 06.09.2019

Контакты/Contacts: [kedu\\_72@mail.ru](mailto:kedu_72@mail.ru), [uv-marg@mail.ru](mailto:uv-marg@mail.ru), [vvm.kpgt@mail.ru](mailto:vvm.kpgt@mail.ru), [ru-ni@mail.ru](mailto:ru-ni@mail.ru), [chernaya@yandex.ru](mailto:chernaya@yandex.ru), [shumovs22@yandex.ru](mailto:shumovs22@yandex.ru)