

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОМ В СОЦИУМЕ

Л.И. Козловская (Санкт-Петербург)

Аннотация. Обсуждаются психологический, соматический и межличностный уровни адаптации больных неврозом в социуме и дезадаптирующий характер влияния пациентов на своих супругов. Обосновывается взгляд на невроз как на патологический способ адаптации человека в социуме за счет лиц из ближайшего окружения.

Ключевые слова: адаптация, брак, дисгармония, невроз, самоактуализация, супружеские отношения.

Опыт показывает, что больные неврозом чрезвычайно редко являются инициаторами расторжения брака. Напротив, несмотря на характерное для них недовольство своими семейно-брачными отношениями они, как правило, любым способом стараются сохранить брак, как только начинают чувствовать реальную угрозу его расторжения по инициативе супруга. Это позволяет предполагать, что отношения с супругом чрезвычайно важны для больного неврозом.

Данное сообщение является развитием идей, изложенных в статье «Низкий уровень самоактуализации индивида как характерный признак невроза», опубликованной в предыдущем номере журнала [5].

Нами обследовано 75 супружеских пар, в которых один из супругов страдает неврозом. Оба супруга обследовались по единой схеме.

Фундаментальные характеристики личности исследовались с помощью 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла. Стили межличностного общения изучались по результатам проведения модифицированного варианта методики интерперсональной диагностики Т. Лири. Уровень самоактуализации испытуемых измерялся при помощи самоактуализационного теста.

Для определения психофизиологического состояния испытуемых использовалась цветовая методика Макса Люшера (оригинальные карточки с восемью основными цветами). Предложенный Люшером перевод восприятия испытуемыми различных цветов в сферу межличностных отношений позволяет связать их с психофизиологическим состоянием человека. Выбор (отвержение) определенного цвета информирует о психофизиологическом состоянии испытуемого. Анализ же отношения ко всем восьми цветам позволяет выявить уровень сбалансированности протекания психофизиологических процессов, т.е. оценить состояние испытуемого как целое. На основе полученных данных рассчитывался вегетативный коэффициент, предложенный венгерским психологом К. Шипошем, который выделил в цветовых карточках теста Люшера две характерные пары цветов: «теплые и активные» и «холодные и пассивные». Если испытуемому приятными кажутся «теплые» цвета, то можно предполагать наличие у него установки на действие и активность. Физиологически этому соответствует доминирование симпатического отдела вегетативной нервной системы. Максимальной реализации всех возможностей человека в напряженных ситуациях, по всей видимости, соответствует оптимальная степень симпа-

тического доминирования и связанная с ним энергетическая мобилизация организма (значения вегетативного коэффициента от 1,0 до 1,5). Выше 1,5 лежат значения вегетативного коэффициента, указывающие на наличие у испытуемого перевозбуждения и сковывающего напряжения [6].

Нами [5] выявлено, что больные неврозом отличаются от своих супругов низким уровнем самоактуализации. Это проявляется в низкой компетентности больных неврозом во времени («умение жить настоящим»), низких значениях самоуважения, самопринятия и креативности.

Что касается гибкости поведения и принятия собственной агрессивности, то они также достоверно ниже у больных неврозом, чем у их супругов, хотя и не достигают низких значений.

Низкому уровню креативности больных неврозом соответствует столь же низкая творческая направленность их супругов, что, на наш взгляд, в определенной степени объясняет сохранение данных браков несмотря на обоюдную неудовлетворенность, имеющую место в большинстве случаев.

Установлено также, что больные неврозом характеризуются более высокой, чем их супруги, зависимостью и потребностью в других людях. При этом ригидностью поведения больные неврозом демонстрируют нежелание приспособливаться к окружающим людям, что, фактически, свидетельствует о попытке подчинить их своему влиянию. Подобное поведение нередко встречается не только в семейных, но и в служебных отношениях, что лишь подтверждает характерный для больных неврозом способ взаимодействия с другими людьми.

Выявлено, что «недоверчиво-скептический» стиль межличностного общения является наиболее типичным для больных неврозом обоего пола. Он характеризуется конфликтностью и опережающей враждебностью в высказываниях и поведении, а это является одним из доказательств того, что можно рассматривать больных неврозом как основной источник конфликтов в семье.

Результаты наших исследований показывают, что в супружеских парах, где один из супругов страдает неврозом, по оценкам обоих супругов, преобладают дисгармоничные сексуальные и семейно-брачные отношения, вероятность развития которых возрастает с увеличением продолжительности брака [4].

О характере взаимовлияний больных неврозом и их супругов на поведение друг друга свидетельствует вы-

явленная положительная корреляционная зависимость ($r = 0,42$; $p = 0,006$) выраженности акцентуации того или иного стиля поведения пациентов и их супругов.

Разделение испытуемых по полу выявило, что мужчины-супруги чаще, чем женщины, избыточно проявляли тот или иной стиль поведения, вплоть до уровня его дезадаптивности. Так, выраженность дезадаптивного поведения мужчин-супругов достигает уровня дезадаптивного поведения их жен, страдающих неврозом. Выявленный факт свидетельствует о более сильном дезадаптирующем влиянии на своих супругов женщин, страдающих неврозом, по сравнению с мужчинами-невротиками.

Вывод о более сильном влиянии женщин на мужчин подтверждает и выявленный нами при попарном сравнении обоих партнеров более высокий уровень доминантности женщин, страдающих неврозом, по сравнению с их мужьями ($td = 2,37$; $p = 0,03$). Несмотря на то, что уровень доминантности женщин не превышает средних значений ($6,50 \pm 0,40$), сама по себе их склонность доминировать может являться поводом для супружеских конфликтов.

Более сильное влияние женщин, страдающих неврозом, на поступки их мужей подтверждают и полученные нами формулы [2], позволяющие не только прогнозировать готовность супругов пациентов сотрудничать с врачом для оказания помощи больному неврозом, но и судить о качестве сексуальных отношений супружеской пары, напрямую связанную с качеством брака.

Полученные данные о склонности мужчин к приспособительному поведению вполне согласуются со взглядом на мужской пол как более гибкий и приспособляющийся, в отличие от женского, функция которого – сохранение целесообразных для выживания вида особенностей.

Учитывая более высокую степень акцентуации тех или иных стилей поведения больных неврозом по сравнению с их супругами, а также менее выраженную гибкость их поведения можно утверждать, что усиление определенных стилей поведения супругов, вплоть до уровня их дезадаптивности, провоцируют именно больные неврозом. Этот тезис подтверждается и тем, что женщины, страдающие неврозом, характеризуются более высоким, чем их супруги, уровнем доминантности.

Данное наблюдение, а также характерный для больных неврозом и их супругов низкий уровень креативности позволяют объяснить, почему преодоление конфликтов в семьях больных неврозом идет не по пути поиска иных стилей поведения, а по пути усиления поведенческих паттернов.

Обсуждая вопросы адаптации человека в социуме, Л.И. Вассерман и М.А. Беребин [1] пишут, что «в основе формирования состояния психической и психосоматической дезадаптации человека лежит дисгармония функциональных связей в этой системе» (с. 17). Авторы справедливо отмечают важность «взаимодействия и взаимокompенсации возможных нарушений данной систе-

мы». Они также указывают на необходимость исследования функционирования личности на ее биологическом (физиологическом), психологическом (индивидуально-личностном) и социально-психологическом (личностно-средовом) уровнях.

Изложенные нами результаты исследования [5] продемонстрировали наличие у больных неврозом «дисгармонии функциональных связей» на соматическом, психологическом и межличностном уровнях.

Отношение к супружеской паре как к системе более высокого порядка по отношению к индивиду [3] требует для понимания происходящих в ней процессов рассмотрения уже не просто психодинамики отдельного человека, а его поведения в ходе взаимодействия с партнером.

Мы считаем, что гармоничное функционирование индивида на межличностном уровне базируется на гармоничном взаимодействии его соматического (биологического) и психологического уровней, являющихся базовыми по отношению к межличностному. Больные неврозом и на психологическом, и на соматическом уровнях функционируют дисгармонично, что свидетельствует о сложности их адаптации на уровне данных подсистем [5] и приводит к дисгармонии межличностных отношений (личностно-средовой уровень).

О том, что функционирование больных неврозом на межличностном уровне является дисгармоничным, свидетельствует распространенность дисгармонии семейно-брачных (70%) и сексуальных (53%) отношений больных неврозом, что сопровождается отсутствием у 84% из них субъективного ощущения адаптации в социуме.

Установлено, что больные неврозом работали достоверно реже (68%), чем их супруги, которые работали в 100% случаев ($\chi^2 = 11,91$; $p = 0,001$; $rs = 0,36$; $t = 3,94$; $p = 0,0002$).

Отсутствие у 32% больных неврозом трудовой занятости можно рассматривать как одно из проявлений трудностей социальной адаптации, что подтверждает влияние психологического состояния индивида (психологический, индивидуально-личностный уровень адаптации) на его активность в социуме (межличностный, социально-психологический, личностно-средовой уровень).

Потеря работы может являться не только следствием нежелания больного неврозом работать, но и следствием его конфликтности в общении, чему способствует «недоверчиво-скептический» стиль поведения. Потерю работы можно рассматривать как своеобразный защитный механизм, ограничивающий интенсивность общения больных неврозом, с помощью которого они пытаются ослабить непосильное для них напряжение в сфере межличностных отношений.

Данное предположение подтверждается выявленным повышением вероятности оценки больными неврозом своего брака как «дисгармоничного» с увеличением количества детей в семьях. В отличие от трудовой занятости, которую можно под тем или иным предло-

гом регулировать, общение с детьми подобным ограничениям не подвластно. И единственное, что больному неврозом остается, – это отстраняться под любым предлогом от общения с собственным ребенком, лишая его при этом родительской любви, внимания, препятствуя, таким образом, его развитию и этим способствуя формированию невроза.

Межличностный уровень функционирования человека мы рассматриваем как более высокий по сравнению с соматическим (биологическим) и психологическим (личностно-средовым). Однако характер обретения гомеостатического равновесия на каждом из этих уровней идентичен: слабость одного элемента подсистемы компенсируется активизацией деятельности другого. Различие проявляется лишь в степени осознанности происходящих процессов.

Так, при дисбалансе на соматическом уровне человек независимо от своего желания адаптируется за счет собственных возможностей. Осознание индивидом физиологических процессов, происходящих при этом, отсутствует. Осознание дисбаланса наступает лишь в случае развития явных соматических сбоев (дисбаланс вегетативной нервной системы). Для устранения дисбаланса на психологическом уровне требуется уже осознанное желание самого человека, подкрепленное его волевыми усилиями.

Неспособность устранить дисбаланс на психологическом уровне, который по мере усиления вызывает дисбаланс на уровне соматическом, наблюдается у больных неврозом. Психологический уровень при этом мы рассматриваем как ведущий, ибо от него в значительной степени зависит функционирование соматического уровня. Бесспорно, нельзя отрицать и обратного влияния. Однако, на наш взгляд, чем более высокого уровня личностной зрелости (самоактуализации) достигает человек, тем более устойчива психика к неблагоприятным влияниям дисбаланса на соматическом уровне.

Сбалансированность психологического и соматического уровней оказывает прямое влияние на межличностный уровень функционирования человека. Дисбаланс функционирования больных неврозом на психологическом и соматическом уровнях приводит к дисбалансу на межличностном уровне адаптации (дисгармония межличностных отношений), что подталкивает их к поиску поддержки у окружающих людей. Как правило, этими людьми являются супруги.

Приведем подтверждение помощи супруга в адаптации больного неврозом в социуме. Нами выявлено, что выраженность «умения жить настоящим» (шкала компетентности во времени), которая является одним из двух основных показателей уровня самоактуализации индивида, у одного партнера по браку связана отрицательной корреляционной зависимостью с проявлением данного качества у другого ($r = 0,44$; $p = 0,004$). Эта закономерность характерна для пациентов мужчин ($r = 0,48$; $p = 0,04$) и для женщин ($r = 0,41$; $p = 0,05$) и их

супругов. То есть чем ниже умение больных неврозом жить настоящим, тем выше эта способность развита у их супругов.

Больные неврозом характеризуются низкой компетентностью во времени [5]. Очевидно, что пара как система более высокого порядка по отношению к индивиду для сохранения гомеостатического равновесия и реализации своих потребностей должна адекватно оценивать действительность. Недостаток этой способности («умения жить настоящим») у одного из ее членов – больного неврозом – вынужден компенсировать супруг, скорее всего, изначально обладавший большей выраженностью этого качества, что, вероятно, и явилось привлекательным для больного неврозом при вступлении в брак.

В выраженности данного качества у обоих партнеров по браку мы видим определенный баланс возможности и необходимости супружеской пары как целого, оставаться в реальности. Низкая способность больных неврозом переживать текущий момент жизни во всей его полноте, а не как фатальное последствие прошлого или подготовку к будущей «настоящей» жизни, компенсируется большей выраженностью этой же способности у их супругов.

Еще одним подтверждением того, что супруг действительно жизненно необходим больному неврозом для адаптации в социуме, является обнаруженная положительная корреляционная зависимость между степенью выраженности «ответственно-великодушного» стиля поведения больного неврозом и его супруга ($r = 0,46$; $p = 0,002$). Эта зависимость подтверждена и у мужчин-пациентов и их жен ($r = 0,58$; $p = 0,007$), и у женщин-пациентов и их мужей ($r = 0,48$; $p = 0,03$). Чем сильнее выражено «ответственно-великодушное» поведение одного партнера по браку, тем более явно оно и у другого.

«Ответственно-великодушный» стиль межличностного общения характеризуется гибкостью в контактах, коммуникабельностью, доброжелательностью, стремлением к деятельности, полезной для всех людей, что не характерно для больных неврозом.

Типичным для больных неврозом является «недоверчиво-скептический» стиль межличностного общения [5], проявляющийся конфликтностью и опережающей враждебностью. Это дает нам основание говорить о том, что супруги, для которых «ответственно-великодушное» поведение в «гармоничных» для больных неврозом браках является наиболее характерным, способствуют проявлению данного поведения и у больных неврозом, улучшая качество их межличностных отношений и помогая таким образом адаптироваться в социуме.

По сути больной неврозом является тем патологическим элементом супружеской пары, неполноценное функционирование которого вынужден компенсировать его супруг. И если ему это удастся, то брак расценивается больным неврозом как «гармоничный».

Можно утверждать, что, ориентируясь на невротические потребности больного неврозом и проявляя из-

быточно конформное поведение, супруги больных неврозом не только делают личностное развитие последних не обязательным, но постоянно ориентируясь преимущественно на требования больного неврозом, ограничивают свое собственное развитие.

В отличие от супругов, которые актуализируют адаптивные возможности больных неврозом, сами пациенты, напротив, дезадаптируют своих супругов.

Доказательством именно дезадаптирующего влияния больных неврозом на своих супругов является выявленное при попарном сравнении снижение вероятности социальной адаптации супругов при адаптации в социуме больных неврозом ($t_d = 3,87$; $p = 0,001$).

Это дает нам право утверждать, что больной неврозом адаптируется в социуме, дезадаптируя своего супруга. Следствием этого является в 12 раз более высокий уровень дезадаптивности поведения супругов в «гармоничных» для больных неврозом браках по сравнению с дисгармоничными (при $t = 3,81$; $p = 0,001$). Другими словами, ценой адаптации больного неврозом («гармоничный» брак) является дезадаптация его супруга, т.е. гармония брака для больного неврозом и означает его адаптацию в социуме благодаря супругу.

Причину неспособности больных неврозом адаптироваться в социуме за счет собственных способностей мы видим в низком уровне самоактуализации, являющейся их характерной чертой.

Можно говорить о том, что больной неврозом адаптируется в социуме за счет своего супруга (или других лиц из ближайшего окружения). Подключение к своей адаптации в социуме других людей свидетельствует об отсутствии, точнее – неиспользовании, внутренних резервов (психологический уровень адаптации) вследствие неумения, нежелания и т.п.

Зависимость межличностного уровня адаптации больных неврозом в социуме от эффективности адаптации на психологическом и соматическом уровнях имеет наглядное подтверждение.

Так, и в «гармоничных», и в «дисгармоничных», по оценкам больных неврозом, браках у них выявлена активизация симпатической нервной системы, свидетельствующая о наличии не удовлетворяющей их ситуации (вычислялся вегетативный коэффициент). Однако если при «гармоничных» для пациентов семейно-брачных отношениях уровень симпатического доминирования у них является оптимальным для преодоления неблагоприятных жизненных ситуаций, то в «дисгармоничных» браках уровень симпатического доминирования избы-

точен, что указывает на наличие у испытуемых перевозбуждения и сковывающего напряжения, при которых затруднено влияние субъекта на изменение неудовлетворительной ситуации [4].

Как мы уже отмечали, в «гармоничных» для больных неврозом браках их супруги, для которых наиболее характерным является «ответственно-великодушный» стиль поведения, инициируя его усиление у больных неврозом, помогают последним преодолевать неблагоприятные ситуации.

В «дисгармоничных» же для больных неврозом браках подобной поддержки со стороны супругов не выявлено. Отсутствие необходимой поддержки супруга в «дисгармоничном» браке обнажает неспособность больного неврозом самостоятельно справиться с неудовлетворительными ситуациями в силу не только психологического, но и физического состояния.

Таким образом, индивид, страдающий неврозом, в силу низкого уровня самоактуализации имеет ограниченные возможности достижения желаемого своими силами. Фактически все зависит от индивидуальных возможностей и желаний супругов (или других людей из ближайшего окружения). Если супруг проявляет конформное поведение, подстраиваясь к невротизму, то последний оценивает свой брак как «гармоничный». Если же супруг возражает, заботясь при этом о самом себе, то для больного неврозом это является признаком дисгармонии семейно-брачных отношений.

Неумение больных неврозом быть гибкими и креативными (а также другие признаки низкой самоактуализации) делают возможным лишь путь усиления первоначальных требований к супругу, что ведет к дезадаптивному поведению не только самих больных неврозом, но и их супругов, а также проявляется в дисбалансе вегетативной нервной системы больного неврозом, чрезмерное симпатическое доминирование которой делает невозможным уже в силу дисбаланса на соматическом уровне адаптации его влияние на не удовлетворяющую ситуацию. Таким образом, дисбаланс на психологическом и соматическом уровнях приводит к дисбалансу на межличностном уровне функционирования больного неврозом.

Анализ результатов проведенного исследования и собственный клинический опыт работы психотерапевта позволяют рассматривать невроз как патологический способ адаптации человека в социуме за счет своего ближайшего окружения, в основе которого лежит низкий уровень самоактуализации индивида.

Литература

1. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Социальная фрустрированность и ее роль в генезе психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
2. Козловская Л.И. Влияние особенностей больных неврозами на их супружеские отношения // Клиническая сексология: Сборник научных трудов, посвященный юбилею кафедры сексологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. СПб.: Изд-во «Ольга», 1999. С. 16–23.
3. Козловская Л.И. Гештальт-подход в сохранении гомеостатического равновесия человека как многоуровневой системы // Психотерапия и сексология. СПб.: Изд-во «Яблочко СО», 1997. С. 60–69.

4. Козловская Л.И. Клиника невротических расстройств и ее влияние на супружеские отношения // Семейная психология и семейная терапия. 1999. № 4. С. 95–106.
5. Козловская Л.И. Низкий уровень самоактуализации индивида как характерный признак невроза // Сибирский психологический журнал. 2003. № 16–17.
6. Филимоненко Ю.И. Цветовой тест Люшера: Методическое руководство. СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 1993. 48 с.

LOW LEVEL OF SELFACTUALIZATION OF AN INDIVIDUAL AS A CHARACTER FEATURE OF NEUROSIS

L.I. Kozlovskaya (St. Petersburg)

Summary. Married couples were studied. Patients suffering from neurosis are considered to be the main source of interpersonal conflicts. The definition of self-actualization of an individual is formulated. Low level of a person's self-actualization is regarded as the reason for a person's inability to rely on himself in overcoming life problems.

Key words: adaptation, marriage, disharmony, neurosis, self-actualization, matrimonial relations.