

НЕВРОЗ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НИЗКОГО УРОВНЯ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДА

Л.И. Козловская (Санкт-Петербург)

Аннотация. На основе попарного сравнения психологических характеристик больных неврозом и их супругов обосновывается взгляд на невроз как на показатель низкого уровня самоактуализации индивида, проявляющийся отсутствием у него субъективного ощущения адаптации в социуме и «недоверчиво-скептическим» стилем межличностных отношений. Больные неврозом рассматриваются как основной источник межличностных конфликтов. Формулируется определение самоактуализации индивида и представление о низком ее уровне как причине неспособности человека опираться в преодолении жизненных трудностей на самого себя.

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

В процессе психотерапевтической работы с супружескими парами, в которых один из супругов страдает неврозом, наше внимание привлекли уровень личностной зрелости больных неврозом, их низкая способность осознавать реальность и неумение брать на себя ответственность за качество собственной жизни.

Наиболее методически разработанной категорией для изучения уровня личностной зрелости испытуемых сегодня является понятие «самоактуализации» личности.

А.Г. Маслоу, один из основателей гуманистической психологии, создатель теории самоактуализации, определяет ее как «полное использование талантов, способностей, возможностей и т.п.». Для него самоактуализация – это напряженный процесс постепенного роста, кропотливый труд накопления маленьких достижений. Полной самоактуализацией является достижение самодетичности, или «самости» [6].

Вклад, который внес А.Г. Маслоу в науку привлечением внимания к необходимости развития потенциальных возможностей человека, огромен и неоспорим. Он по праву считается лучшим специалистом в области изучения развития потенциальных возможностей человека.

Критики А.Г. Маслоу обвиняли его в отсутствии методологической строгости и сравнения группы самоактуализирующихся людей с контрольной группой несамоактуализирующихся [11]. Сам А.Г. Маслоу считал себя теоретиком и выражал надежду, что на смену интуиции и клиническому опыту, на которые ему пришлось полагаться в своей работе, придут эксперименты, убедительные и достоверные исследования. Он подчеркивал, что его гипотезы требуют экспериментальной проверки [6].

«Отсутствие адекватного инструмента оценки для измерения самоактуализации изначально пресекло любые попытки сделать валидными основные утверждения Маслоу. Однако разработка «Опросника личностных ориентаций» (Personal Orientation Inventory, POI) [Shostrom, 1964, 1974] дала возможность исследователям измерить ценности и поведение, связанные с самоактуализацией [Кнапп, 1976; Kelly, Choran, 1985]» [11].

Невроз А.Г. Маслоу относил к ошибкам личностного роста и считал, что в его патогенезе велика роль социальных, экономических, политических, религиозных, образовательных, философских, аксиологических и семейных факторов. Он считал, что невроз – это неуклюжее и слабое движение человека вперед, порожденное не мужеством, а страхом [6].

А.Г. Маслоу относил невроз к болезням дефицита удовлетворения базовых потребностей, которые человек воспринимает в качестве нужд и желаний (потребность в любви, знании). При этом он считал, что удовлетворение этих потребностей является необходимым, но недостаточным условием здоровья, а их неудовлетворение не является единственной причиной психопатологии [6].

Позитивная диагностика неврозов, основой которой является патогенетическая концепция, психотравмирующую больного ситуацию связывает с особенностями его личности, которые мешают больному самостоятельно справиться с не удовлетворяющей его ситуацией.

Мы полностью разделяем взгляды В.Н. Мясничева [8], который определяет невроз как «психогенное заболевание, в основе которого лежат неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемые личностью противоречия между ней и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно-тягостные для нее переживания».

Б.Д. Карвасарский [3] определяет невроз как «психогенное (как правило, конфликтное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений».

Нам также близки взгляды К. Хорни [10], формулирующей идею о неврозе как специфическом варианте адаптации, конкурирующей с духовным развитием личности.

Целью данного сообщения является обоснование взгляда на низкий уровень самоактуализации больных неврозом как основной признак невроза, приводящий пациентов к потребности в других людях для своей адаптации в социуме.

Для этого было обследовано 75 супружеских пар, один из супругов в которых страдал неврозом. Исследование проводилось в течение 1995–1997 гг. на базе Санкт-Петербургской клиники неврозов им. И.П. Павлова. И больные неврозом, и их супруги были обследованы по единой схеме, в которую входили доверительное интервью и экспериментально-психологические методы исследования. Супруги больных неврозом являлись для последних своеобразной контрольной группой, что позволило выявить психологические особенности пациентов и изучить характер межличностных отношений между партнерами по браку.

Для исследования фундаментальных характеристик личности нами использовался 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (шестнадцать первичных и четыре вторичных фактора).

Диагностика межличностных отношений проводилась с использованием модифицированного варианта методики интерперсональной диагностики Т. Лири (восемь стилей межличностного общения) [9].

Для измерения уровня самоактуализации испытуемых нами использовался самоактуализационный тест, разработанный Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубровской [2] на основе опросника личностных ориентаций (POI) Э. Шострема. Самоактуализационный тест измеряет уровень самоактуализации индивида по двум базовым (шкалы компетентности во времени и поддержки) и 12 дополнительным шкалам.

Доверительное интервью включало ряд вопросов, предполагающих самооценку.

Анализ полученных данных проводился с использованием парных (сопряженных) выборок (результатов психологических тестов для членов каждой супружеской пары), для чего применялся парный *td*-критерий Стьюдента, парный *U*-критерий Вилконсона, методы «близнецового» (*twin-analysis*) анализа и др.

Группа испытуемых состояла из больных неврозом и их супругов. 55% пациентов имели диагноз неврастения, 26% – истерия и 19% – невроз навязчивых состояний. Согласно МКБ-10 все неврозы относятся к группе невротических, связанных со стрессом, и соматоформным расстройствам [7].

Средний возраст больных неврозом – 38 лет, их супругов – 37 лет.

Средняя продолжительность брака – 13 лет. У половины пациентов продолжительность ухудшения состояния колебалась от 1 до 3 лет, у остальных – до 21 года.

91% супругов больных неврозом вообще не считали, что их состояние ухудшилось.

Данные различия состояния больных неврозом и их супругов ($R^2 = 65,64$; $df = 17$; $p = 0,000$; $R_s = 0,66$; $t = 8,20$; $p = 0,000$) мы связываем с особенностями восприятия ими событий супружеской жизни и ответной реакцией на них, обусловленной личностными особенностями испытуемых.

85% больных неврозом и лишь 8% их супругов отмечали, что ухудшение их состояния произошло в браке ($\chi^2 = 33,97$; $p = 0,0000$; $r_s = 0,72$; $t = 9,24$; $p = 0,0000$). Различное реагирование партнеров по браку на их семейную жизнь позволяет утверждать, что события супружеской жизни лишь провоцируют ухудшение психологического состояния больных неврозом, не являясь при этом причиной самого невроза. Фактически ухудшение психологического состояния человека, связанное с событиями его жизни, является лишь отражением степени его зависимости от ближайшего окружения.

Данный тезис нашел свое подтверждение в более выраженной по сравнению с супругами зависимости ценностей и поведения больных неврозом от воздействий извне (табл. 1). Высокая зависимость больных неврозом от их ближайшего окружения рассматривается нами как отражение их потребности в опоре на это окружение ради своей адаптации в социуме. Верность подобного взгляда подтверждается тем, что согласно полученным данным больные неврозом достоверно чаще (84%), чем их супруги (36%), считали себя социально неадаптированными (при $\chi^2 = 16,85$; $p = 0,0000$; $r_s = 0,48$; $t = 4,92$; $p = 0,00001$).

Более низкий уровень социальной адаптации больных неврозом по сравнению с их супругами проявляется в 5 раз более частым, чем у их супругов, наличием суицидальных мыслей ($r_s = 0,61$; $p = 0,0001$) и попытками суицидов, имевшими место в 17% случаев (при отсутствии у супругов). Кроме того, мужчины-пациенты в 2 раза чаще (48%), чем мужчины-супруги (24%), злоупотребляли алкоголем, что мы также рассматриваем как проявление сложностей психологической адаптации (психологический уровень адаптации) в социуме.

Ухудшение физиологического состояния больных неврозом проявляется в дисбалансе функционирования вегетативной нервной системы [4], что также указывает на ухудшение адаптации больных неврозом в социуме, но уже на соматическом уровне.

Сравнение жалоб пациентов, страдающих неврозом, и их супругов, свидетельствующих о дисбалансе вегетативной нервной системы, показывает достоверное их преобладание в группе больных неврозом (при $\chi^2 = 65,64$; $p = 0,000$; $r_s = 0,66$; $t = 8,20$; $p = 0,000$), что согласуется с

Таблица 1
Попарное сравнение характеристик уровня самоактуализации больных неврозом и их супругов ($M \pm m$)

Признаки	Пациенты	Супруги	<i>td</i>	<i>p</i>
Умение жить настоящим (шкала компетентности во времени)	5,49±0,46	7,68±0,48	3,01	0,005
Независимость ценностей и поведения от воздействия извне (шкала поддержки)	37,38±1,50	42,11±1,50	2,92	0,006
Гибкость поведения	10,05±0,52	11,84±0,56	2,93	0,006
Самоуважение	5,50±0,48	7,39±0,46	2,57	0,01
Самопринятие	7,49±0,53	10,68±0,57	3,87	0
Принятие собственной агрессивности	6,36±0,36	7,26±0,32	2,73	0,009

Попарное сравнение психологических характеристик больных неврозом и их супругов ($M \pm m$)

Признаки	Пациенты	Супруги	td	p
Сила «Я» (эмоциональная устойчивость)	5,18±0,23	6,24±0,34	2,38	0,02
Тревожность	7,26±0,30	6,02±0,33	2,21	0,03
Фрустрированность	7,89±0,39	6,46±0,33	2,25	0,03

наблюдениями авторов [1], считающих дисбаланс функционирования вегетативной нервной системы облигатным признаком невроза. Нами не выявлено ни одного больного неврозом, который не предъявлял бы жалоб, свидетельствующих о дисбалансе функционирования вегетативной нервной системы.

Сопряженное (парное) исследование личностных особенностей больных неврозом и их супругов с помощью 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла выявило достоверные различия лишь по трем из двадцати шкал (табл. 2).

Больные неврозом по сравнению со своими супругами оказались эмоционально менее стабильными (более низкая сила «Я»), что проявлялось в их склонности к невротическому утомлению и эмоциональной нестабильности. Они характеризовались также более высокими, чем их супруги, уровнями фрустрированности (высокое рабочее напряжение) и тревожности, что свидетельствует об их неудовлетворенности своими способностями в разрешении жизненных проблем и достижении желаемого.

Выраженность трех перечисленных признаков, по которым выявлены различия между обеими группами испытуемых, находится в средних пределах, что не позволяет относиться к ним как к специфическому признаку невроза.

Проведенное же попарное исследование уровня самоактуализации личности больных неврозом и их супругов выявило значительные различия по степени его выраженности (см. табл. 1).

Результаты сравнения факторов, характеризующих уровень самоактуализации обоих партнеров, показывают, что больные неврозом отличаются от своих супругов неумением жить настоящим, т.е. переживать настоящий момент своей жизни во всей его полноте, а не как фатальное последствие прошлого или подготовку к будущей «настоящей» жизни. Для них характерна ориентация лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее), т.е. они слабо ощущают неразрывную связь прошлого, настоящего и будущего, что говорит об их неспособности воспринимать свою жизнь целостно.

Характеризующее больных неврозом отсутствие ощущения социальной адаптированности (84%) и их низкое «умение жить настоящим» (шкала компетентности во времени) позволяют утверждать, что для адаптации в социуме необходимо умение осознавать реально происходящие события жизни, а не жить воспоминаниями о прошлом или фантазиями о будущем. Другими

словами, психологические особенности больных неврозом не позволяют им, преодолевая жизненные трудности, адаптироваться в социуме.

Кроме того, больных неврозом отличают от их супругов низкие уровни самоуважения и самопринятия (умение принимать себя независимо от оценки своих достоинств и недостатков). Мы считаем, что высокие самоуважение и самопринятие дают человеку уверенность в себе, без чего невозможна опора на самого себя. Умение же опираться на самого себя, в свою очередь, приводит к меньшей зависимости от ближайшего окружения, что, по сути, увеличивает степень личностной свободы, делая человека более эффективным в реализации собственных возможностей и удовлетворении своих потребностей.

Подтверждением того, что для больных неврозом опорой является ближайшее окружение, а не они сами, служит достаточно высокая зависимость их жизненных ценностей и поведения от воздействий извне (см. табл. 1).

У больных неврозом также отмечается более низкий, чем у их супругов, уровень принятия своих раздражения, гнева и агрессивности как естественных проявлений человеческой природы. Известно, что само по себе неприятие собственной агрессивности способно подталкивать человека к поиску поводов для «обоснованного» ее проявления. Супружеская жизнь предоставляет для этого массу возможностей.

Кроме указанных в таблице факторов, характеризующих уровень самоактуализации испытуемых, представляют интерес данные еще по одному из них. Одинаково низкий уровень креативности выявлен и у больных неврозом ($5,03 \pm 0,38$), и у их супругов ($5,05 \pm 0,29$), что подтверждается отсутствием различий между ними ($p = 1,0$). Можно говорить не только об одинаково низком уровне креативности как факторе, объединяющем больных неврозом и их супругов в пары, но и рассматривать низкий творческий потенциал обоих партнеров как одну из основных причин жизнеспособности их браков, в большинстве своем являющихся дисгармоничными. По нашим данным, 70% больных неврозом и 54% их супругов оценивают свои браки как дисгармоничные.

Таким образом, низкий уровень самоактуализации больных неврозом раскрывается в обеих основных и пяти из двенадцати дополнительных шкалах теста. Больные неврозом характеризуются низкой компетентностью во времени («умение жить настоящим»), низкими самоуважением, самопринятием и креативностью. Что касается гибкости поведения и принятия собственной агрес-

сивности, то они достоверно ниже у больных неврозом, чем у их супругов, как и более высокая зависимость ценностей и поведения пациентов от воздействий извне.

Учитывая то, что обе основные шкалы, характеризующие уровень самоактуализации больных неврозом, имеют низкие (шкала компетентности во времени) или близкие к низким (шкала поддержки) значения, низкий уровень самоактуализации мы считаем отличительной характеристикой больных неврозом. Именно низкий уровень самоактуализации мы рассматриваем как основную причину отсутствия у 84% из них субъективного ощущения адаптации в социуме.

Клинический опыт и проведенное исследование позволяют нам считать, что самоактуализация – это овладение индивидом собственными возможностями и способностями как инструментом познания мира, следствием которого является его адаптация в социуме благодаря опоре на самого себя.

Можно говорить о том, что для больных неврозом характерен низкий уровень самоактуализации, ставящий их в зависимость от ближайшего окружения из-за неспособности опираться на самих себя. Это приводит к тому, что для своей адаптации в социуме они нуждаются в супругах.

Рассмотрим, как в межличностном общении проявляются выявленные психологические особенности больных неврозом. Результаты исследования стилей межличностного общения получены с помощью теста Т. Лири (табл. 3).

Проведенное нами попарное сравнение выявило преобладание у всех больных неврозом без распределения по полу (табл. 3) и отдельно у мужчин ($t_d = 3,52$; $p = 0,002$)

Из сказанного можно сделать вывод, что для больных неврозом обоего пола характерен неконформный и конфликтный «недоверчиво-скептический» стиль межличностных отношений. Это позволяет относиться к больным неврозом как к людям конфликтным, «стоящим у себя на пути», что согласуется с нашим взглядом на невроз как на основную причину супружеских дисгармоний. Проявления дегармонизирующего влияния невротического состояния одного из супругов на семейно-брачные и сексуальные отношения супружеской пары приведены нами в других публикациях [4, 5].

Более высокая выраженность у пациентов по сравнению с их супругами средней (8–11 баллов) и высокой (12–13 баллов) акцентуации того или иного стиля поведения (табл. 3), а также зависимость выраженности акцентуации поведения обоих супругов позволяют расценивать это как проявление напряженности в отношениях между партнерами, источником которой является больной неврозом. Именно потому, что больные неврозом характеризуются более высокой степенью выраженности тех или иных стилей поведения (акцентуации, вплоть до дезадаптации), они и провоцируют усиление поведенческих паттернов у супругов, которые в силу своей низкой креативности не способны по-иному реагировать на поведение больных неврозом.

Таким образом, можно говорить о дезадаптивном функционировании больных неврозом на соматическом, психологическом и межличностном уровнях.

Основным признаком, характеризующим больных неврозом, мы считаем низкий уровень их самоактуализации, который сопровождается «недоверчиво-скептичес-

Таблица 3

Попарное сравнение стилей межличностного общения больных неврозом и их супругов ($M \pm m$)

Признаки	Пациенты	Супруги	t_d	p
«Прямолнейно-агрессивный» стиль межличностного общения	7,71 $\pm$ 0,38	6,03 $\pm$ 0,47	2,12	0,04
«Недоверчиво-скептический» стиль межличностных отношений	9,08 $\pm$ 0,54	5,70 $\pm$ 0,49	4,31	0
«Покорно-застенчивый» стиль межличностных отношений	8,11 $\pm$ 0,52	6,43 $\pm$ 0,53	2,46	0,02
«Зависимо-послушный» стиль межличностных отношений	7,05 $\pm$ 0,47	5,92 $\pm$ 0,42	2,19	0,03
Средний уровень акцентуации поведения (8–11 баллов)	0,97 $\pm$ 0,03	0,86 $\pm$ 0,06	2,08	0,04
Высокий уровень акцентуации поведения (12–13 баллов)	3,79 $\pm$ 0,25	2,68 $\pm$ 0,31	3,23	0,002

и женщин ($t_d = 2,58$; $p = 0,02$) «недоверчиво-скептического» стиля межличностного общения над всеми другими.

«Недоверчиво-скептический» стиль поведения, выраженный на уровне акцентуации, проявляется обидчивым, склонным к подозрительности, недоверчивым модусом отношений с окружающими. Для него характерны ригидность установок и опережающая враждебность в высказываниях и поведении.

Стилем межличностных отношений. Следствием низкого уровня самоактуализации больных неврозом является их неспособность опираться на самих себя (отсутствие субъективного ощущения адаптации в социуме), что приводит к использованию людей из ближайшего окружения (супругов) для своей адаптации в социуме.

Литература

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 1998. 752 с.
2. Ильина М.Н. Измерение уровня самоактуализации личности (методическое пособие). СПб., 1992. 14 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд. М.: Медицина, 1990. 576 с.
4. 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.: ООО фирма «Ольга», 1999. С. 16–23.
5. Козловская Л.И. Невроз и его проявления в сексуальной сфере человека // Клиническая сексология: Сборник научных трудов, посвященный юбилею кафедры сексологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. СПб.: ООО фирма «Ольга», 1999. С. 13–15.
6. Маслоу А.Г. Дальние пределы человеческой психики / Пер. с англ. А.М. Татлыдаевой; Науч. ред., вступ. ст. и ком. Н.Н. Акулиной. СПб.: Издат. группа «Евразия», 1997. 430 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / Всемирная организация здравоохранения. СПб., 1994. 303 с.
8. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. 426 с.
9. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений (модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири): Методическое руководство. М., 1990. 48 с.
10. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию / Пер. с англ. Е.И. Замфир; Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Совместное изд. Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К., 1997. 316 с.
11. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности: (Основные положения, исследования и применение). СПб.: Питер Пресс, 1997. 608 с. (Сер. «Мастера психологии»).

NEUROSIS AS INDIVIDUAL AUTOACTUALIZATION OF LOW LEVEL DEMONSTRATION
L.I. Kozlovskaya (S.-Petersburg)

Summary. On basis of in pairs comparison of neurosis patients psychological characteristics and their husbands (wives) the author grounds the view to neurosis as a characteristic of individual autoactualization of low level, which shows as an absence of adaptation subjective sense in society and as a "distrustful - skeptical" style of interpersonal relation. Neurosis patients are considered as the main source of interpersonal conflicts. The author formulates definition of individual autoactualization and notion about its low level as a cause of person's incapacity to rely on himself to overcome life difficulties.

Key words: adaptation, marriage, disharmony, neurosis, autoactualization, matrimonial relation.