

Иванова И. А., Н. Н. Куимова, Н. А. Корниенко, А. А. Тарасюк

Особенности самосознания лиц с невротическими расстройствами

В работе представлен теоретический анализ особенностей самосознания больных неврозами. Рассмотрена структура самосознания; описаны параметры, характеризующие уровень развития самосознания личности, выделенные М. Розенбергом. Акцентируется внимание на расколе самосознания невротика, которое составлено из двух «Я»: внешнего – защитно-идеализированного, фальшивого, грандиозного и глубинного – пустого, неразвитого. Двойственность самосознания мешает формированию «реального Я». Анализ результатов исследований, проводимых сотрудниками института им. В. М. Бехтерева, позволил выделить общие для лиц с неврозами нарушения личности, среди которых инфантильные и эгоцентрические черты являются осевыми. Также обозначены наиболее значимые проблемы больных невротическими и больных истерической формой невроза: для больных невротическими наиболее актуальной являлась проблематика, связанная с нарушением соотношения центральных компонентов самооценки (уровнем притязаний и уровнем ожиданий), для больных истерической неврозом – проблемы, обусловленные конфликтом между противоречивым стремлением к доминированию и подчинению, между потребностью в быстрых достижениях и отсутствием способности к усилиям и настойчивости. Описаны особенности самоотношения, самооценки, уровня притязаний и других компонентов самосознания невротической личности. Как итог – выделены особенности самосознания лиц с невротическими расстройствами, а именно: слабое «Я»; неадекватная самооценка; недостаток самоуважения; низкий самоинтерес; установка «против себя».

Ключевые слова: невротические расстройства, неврозы; самосознание; образ-Я; самоуважение, самооценка; притязания.

I. A. Ivanova, N. N. Kuimova, N. A. Kornienko, A. A. Tarasyuk

Peculiarities of Self-Consciousness of Persons with Neurotic Disorders

The work presents a theoretical analysis of self-consciousness peculiarities of patients with neurotic disorders. It discusses the structure of self-consciousness; describes parameters which characterize the self-consciousness development level of a personality specified by M. Rosenberg. The focus is made on split self-consciousness of the neurotic which comprises two «I»: external – protective-idealized, false, grand and internal – empty, undeveloped. Duality of self-consciousness hinders formation of «real I». The analysis of the results of the research carried out by the specialists of V. M. Bekhterev Institute allowed singling out personality disorders common for persons with neurotic disorders, among which infantile and egocentric features are axial. The work also specifies the most important problems of patients with neurasthenia and hysteric form of neurosis; describes peculiarities of their self-attitude, self-esteem, the level of aspiration and other self-consciousness components. As a result – peculiarities of self-consciousness of patients with neurotic disorders are specified, and namely: weak «I»; inadequate self-esteem; lack of self-respect; low self-interest; orientation «against myself».

Keywords: neurotic disorders, neuroses, self-consciousness, self-image; self-respect, self-esteem, aspirations.

Социально-экономическая и политическая ситуация в стране, характеризующаяся нестабильностью, провоцирует увеличение стрессовых состояний, а значит, и психическую дезадаптированность. Постоянное изменение действительности истощает запас адаптационной энергии, что ведет к дезорганизации психики и поведения, и как следствие, к развитию невротических расстройств.

В современной психологической и психиатрической литературе невротическими расстройствами или неврозами называют функциональные расстройства психической деятельности, возникающие как реакция на значимые психотравмирующие события (конфликты), обусловленные несовершенством механизмов психоло-

гической защиты и антиципационной несостоятельностью [6].

Развитие невротических расстройств сопровождается многочисленными симптомами, отражающими нарушения как в познавательной, так и в личностной сфере. В статье дан теоретический анализ проблемы изучения самосознания больных неврозом.

Ранее мы отмечали, что знание клинической психологии является одним из важнейших компонентов психологической культуры студентов психолого-педагогического профиля [4].

Специалист данного профиля должен владеть большим количеством общекультурных и профессиональных компетенций, а также быть подготовленным в сфере образования и социального развития, в оказании помощи семьям, детям с

проблемами в развитии [7]. Проблема подготовки специалистов психолого-педагогического профиля актуальна прежде всего из-за сложности объекта познания, то есть психики, как ее нормы, так и патологии. Для совершенствования содержания курса «Клиническая психология» необходимо постоянное его насыщение новой информацией, касающейся личностных особенностей детей и подростков с различными видами расстройств [4].

Целью нашего исследования был всесторонний анализ исследований особенностей самосознания лиц с невротическими расстройствами на основе работ современных психологов.

Особенности самосознания, выделенные нами в результате проведенного анализа, позволят студентам психолого-педагогического профиля более полно раскрыть картину данного расстройства и понять причины его возникновения.

Независимо от психологических ориентаций все исследователи сходились в одном: для больных неврозом характерно расколотое самосознание. Для того чтобы понять, что за этим стоит, рассмотрим структуру самосознания. Самосознание – это процесс, с помощью которого человек познает себя и относится к самому себе. Оно характеризуется также своим продуктом – представлением о себе: «Я-образом» или «Я-концепцией». Структура самосознания представляет собой взаимодополняющее соединение трех подструктур: когнитивной, аффективной и поведенческой. Когнитивная подструктура включает образ своих качеств, способностей, внешности, социальной значимости; осознание себя в системе какой-либо деятельности, в системе межличностных отношений и в системе его личного развития.

«Образ-Я» обеспечивает потребность личности в самоактуализации, в раскрытии и расширении своих возможностей. В нем выделено два аспекта: знания о себе и самоотношение. Поведенческая составляющая – это поведенческие реакции, вызванные «образом Я» и самоотношением. Аффективная подструктура – это составляющая «Я-концепции», связанная с отношением к себе или отдельным своим качествам, которая существует в силу того, что когнитивная составляющая безразлично воспринимается человеком. Она побуждает оценки и эмоции, интенсивность которых зависит от когнитивного содержания. Развитие самосознания, особенно эмоционального его компонента, начинается с раннего

детского возраста и происходит в процессе общения.

М. Розенбергом были выделены следующие параметры, характеризующие уровень развития самосознания личности [6]:

– *во-первых*, степень когнитивной сложности «образа Я», измеряемая числом и характером связи осознаваемых личностных качеств: чем больше своих качеств человек вычленяет и относит к своему «Я», чем сложнее и обобщеннее эти качества, тем выше его уровень самосознания;

– *во-вторых*, степень отчетливости, выпуклости «образа Я», его субъективной значимости для личности. Этот параметр характеризует как уровень развитости рефлексии, так и содержание «образа Я» в зависимости от субъективной значимости тех или иных качеств. Ценность и субъективная значимость качеств, их отражение в «образе Я» и самооценка могут маскироваться действием защитных механизмов (транссексуалы и лица с косметическим дефектом кожи – ценность и самооценка своих психических качеств в противовес физическим оказывается компенсаторно завышенной [10]);

– *в-третьих*, это степень внутренней цельности, последовательности образа Я как следствие несоответствия реального и идеального «образа Я».

Четвертым измерением уровня развития самосознания Розенберг считает степень устойчивости, стабильности «образа Я» во времени [6].

Итоговое измерение самосознания – мера самопринятия, положительное или отрицательное отношение к себе, установка «за» или «против» себя [10].

В синдроме невроза центральной является структура самосознания, называемая «расколотым Я», «хрупким Я». Расколотое самосознание невротика составлено из двух «Я»: внешнего – защитно-идеализированного, фальшивого, грандиозного, и глубинного – пустого, неразвитого. Двойственность самосознания мешает формированию «реального Я». Оно отражается в других аспектах психического функционирования, прежде всего, характеризуется устойчивым стилем эмоционального реагирования – доминируют эмоции враждебности, пустоты, скуки, зависти. Для этой раздвоенности характерна патологическая нетерпимость к критике: с одной стороны, она угрожает сохранению образа «грандиозного Я»; с другой – еще более фрустрирует слабое и беззащитное «реальное Я». Доминирование «грандиозного Я» заглушает слабый голос сове-

сти (суперэго), требовательности к себе, самоконтроля и самоограничения. В сфере общения раздвоенность побуждает к идеализации отношений, за которыми следует последующее их обесценивание.

Доминирующим является эгоцентрическая мотивация. У таких людей низкий уровень эмпатии. Слабое «Я» стремится к сближению с сильными людьми, но очень часто компенсирует свою слабость эксплуатацией силы другого; они начинают манипулировать другими людьми, больше пытаются взять.

Людей подобных себе, в которых они узнают не привлекающие их черты, могут ненавидеть, осуждать, преследовать. Нападение на таких же, как они, служит специфической защитой от признания собственной недостаточности.

Выделим особенности самосознания больных невротизмом:

- слабое «Я»;
- неадекватная самооценка;
- недостаток самоуважения;
- низкий самоинтерес;
- установка «против себя».

Результаты исследований больных невротизмом, проводимых сотрудниками института им. В. М. Бехтерева, показали, что наиболее характерными для них являлись проблемы, связанные с конфликтом между потребностью в самостоятельности, с одной стороны, и зависимостью, потребностью в опеке, помощи – с другой; между уровнем притязаний и возможностями; между уровнем притязаний и уровнем достижений. Анализ результатов исследований позволяет выделить вполне определенные, общие для больных нарушения личности, среди которых инфантильные и эгоцентрические черты являются основными и определяют эмоциональную, поведенческую и социальную дефицитарность личности больного невротизмом [5].

Для больных невротизмом наиболее значимыми оказались проблемы, связанные с противоречием между уровнем притязаний и достижений, а также между уровнем притязаний и возможностями, то есть наиболее актуальной для них являлась проблематика, связанная с нарушением соотношения центральных компонентов самооценки (уровнем притязаний и уровнем ожиданий). Больные истерическим невротизмом в качестве более значимых для себя выделили проблемы, обусловленные конфликтом между стремлением к независимости, самостоятельности, с одной стороны, и потребностью в опеке,

помощи – с другой; конфликты между противоречивым стремлением к доминированию и подчинению; конфликты между потребностью быстрых достижений и отсутствием способности к усилиям и настойчивости. Перечисленные проблемы связаны с эгоцентрической структурой личности больных истерическим невротизмом, определяющей и количество, и содержание их жизненных трудностей.

Особенностью больных невротизмом является их пониженное, по сравнению с нормой, самоуважение [8]. Самоуважение – обобщенное отношение личности к самой себе. Оно тесно связано с самооценкой. Завышенная и заниженная самооценка ведет к серьезным внутренним конфликтам. И в том и в другом случае человек оказывается неспособным осуществить взятые на себя обязанности. Низкая самооценка ведет к пониженному самоуважению, которое делает представление человека о самом себе противоречивым и неустойчивым, а человека – неуверенным в себе. Высокая самооценка ведет к излишней самоуверенности, что ведет к многочисленным конфликтам. Е. Т. Соколовой были описаны исследования формирования неадекватной самооценки при невротических заболеваниях [10]. Объясняя устойчивость самооценки как динамическое равновесие системы оценок и самооценок человека, Е. Т. Соколова указывает, что изменение любого звена этого целого приводит к переструктурированию отношений внутри него и обуславливает возникновение нового равновесия или же дальнейших изменений, приводящих к распаду самооценочного гештальта (в случае невротических расстройств) [10]. Она отмечает, что при невротизме неустойчивость самооценки связана с нестабильностью сложившейся субъективно искаженной картины мира и образа своего «Я».

Исследование уровня притязаний при невротизме проводилось сотрудниками В. Н. Мясищева. Отмечена диспропорция между уровнем притязаний и внутренними ресурсами личности при невротизме. У больных истерией отмечались как завышенный уровень притязаний, так и отсутствие его.

Притязания – важнейшая составляющая личностной активности. Понятие уровня притязания разрабатывалось психологами школы Курта Левина. В эксперименте было установлено, что уровень притязаний зависит от того, насколько успешно выполняются обследуемыми экспериментальные задания. В. Н. Мясищев различал

две стороны уровня притязаний – объективно-принципиальную и субъективно-личностную. Последняя тесно связана с самооценкой, с чувством неполноценности, тенденцией самоутверждения и стремлением видеть в показателях своей деятельности снижение или повышение трудоспособности. Автор указывал, что соотношением этих мотивов и определяется уровень притязания больных [9].

Уровень притязания непосредственно связан с образом «Я» и самооценкой. Завышенная самооценка непосредственно связана с завышенными притязаниями, с переоценкой своих возможностей, талантов и перспектив. Заниженная самооценка, напротив, отражается в невысоком уровне притязаний, ограничивает пространство будущей активности, проявляется в ожидании неудач, неуспеха и т. д. [1].

Притязания включают мотивацию достижения. Притязая на многое, человек может не иметь сильной мотивации достижения, и, наоборот, имея мотивацию, он не обладает большими притязаниями.

О хрупкости, неустойчивости уровня притязаний у больных неврозами писали В. И. Бежанишвили, Б. В. Зейгарник. В процессе исследования после нескольких неудач резко падал уровень притязаний, и лишь после удачного решения наиболее простых заданий больные вновь его повышают.

Объяснение этого явления предложил Б. С. Братусь. Различая идеальную и реальную цели в процессе деятельности, Братусь считает, что хрупкость уровня притязаний обусловлена не завышенной самооценкой, а неумением развести во времени эти цели [2]. Идеальная цель – это та, что выходит за пределы выполнения отдельных заданий, реальная – достигаемая в данных условиях. Личности, мало дифференцируя эти цели, видят в каждой ситуации как бы непосредственное испытание своего «Я».

В. Н. Павленко была разработана специальная методика по исследованию механизмов целеполагания. С помощью этой методики можно было судить об особенностях динамики соотношения реальных и идеальных целей, как у здоровых лиц, так и у больных неврозом.

Степень разведения реальных и идеальных целей у здоровых лиц занимает срединное положение, а у больных неврозом – тенденцию к их гиперразведению. Это достигается за счет выраженного низкого уровня реальных целей при достаточно высоком уровне идеальных. Характер-

ной чертой этих больных является неуверенность, ожидание неудач, что проявляется в частых высказываниях типа: «Я не смогу», «не справлюсь» и т. д.

Вследствие гиперразведения целей страдает исполнительная часть деятельности. Осознавая необходимость осуществления намеченного, больные неврозом к самой реализации так и не приступают.

В работе И. К. Марковского изучалась динамика в процессе групповой психотерапии такой характеристики личности, как «временная компетентность», то есть отнесенность эмоционально значимых переживаний к прошлому, будущему или настоящему [5]. Изучались больные неврозами. В результате было выявлено различные формы «некомпетентности во времени»:

- чрезмерная отнесенность эмоциональных переживаний к прошлому, связанная с излишним самоанализом, «застревание» на обидах, фрустрациях, сожалениях, связанных с прошлым;

- неконструктивная отнесенность переживаний к будущему;

- состояние «самодовлеющего настоящего», не связанного ни с прошлым, ни с будущим, характеризующегося безответственностью, выступающей в качестве психической доминанты.

Согласно полученным экспериментальным данным больные неврозом являют собой высокий уровень представлений о собственной ценности, сочетающейся с низким уровнем представлений о своих внутренних возможностях [2]. Таким образом, об их самооценке можно говорить как о внутренне противоречивой, дисгармоничной, в связи с чем одни специалисты говорят о высокой, а другие – о низкой самооценке при неврозах. Преувеличенное представление больных неврозом о своей значимости и ценности совпадает с постановкой ими далеких, часто недостижимых, идеальных целей, в то время как занижение самооценки связано с выдвиганием явно заниженных реальных целей. По данным В. Н. Павленко, ядерным, патогномичным для больных неврозом являются нарушения в структуре их самооценки [2].

Экспериментальные исследования подтверждают преобладание у невротиков «внешнего локуса контроля», «полезависимости», а также «внешней мотивированности» во всех сферах жизни. Невротики чрезвычайно зависимы от мнений и оценок значимых других, конформны в отношении общепринятых традиций и авторитетов; повышено тревожны и уязвимы в ситуации

неуспеха, даже в случае успеха избирают стратегию низких или средних целей, так как успех приписывают не собственным способностям, а везению. Неспособность влиять на ход событий делает таких людей легко подверженными депрессии; «Я-концепция» характеризуется полярными качествами – ригидностью или нестабильностью «образа Я» и самооценок, низким уровнем самоуважения и самопринятия.

Проанализировав теоретическую информацию, можно сделать вывод, что все стороны жизненной активности невротика оказываются неподконтрольны его «Я» [10].

Результаты, полученные в результате проведенного анализа, позволили выделить характерные черты невротической личности и определиться с методами ее исследования.

Библиографический список

1. Альбуханова-Славская, К. А. Стратегия жизни [Текст] / К. А. Альбуханова-Славская. – М., 1991.
2. Братусь, Б. С. Аномалии личности [Текст] / Б. С. Братусь. – М., 2011.
3. Блейхер, В. М., Крук, И. В. Психологическая диагностика [Текст] / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – К., 2012.
4. Иванова, И. А., Архипова, Н. Н. Совершенствование содержания курса «Клиническая психология» для студентов психолого-педагогического профиля [Электронный ресурс] / И. А. Иванова, Н. Н. Архипова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – URL: <http://www.science-education.ru/127-20490>
5. Карвасарский, Б. Д., Ледер, С. Групповая психотерапия [Текст] / Б. Д. Карвасарский, С. Ледер. – М.: Медицина, 2013. – 384 с.
6. Кайдановская, Е. В. Клинико-психические характеристики больных неврозами и их динамика в процессе групповой психотерапии [Текст] / Е. В. Кайдановская // Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева. – Т. 121. – Л., 1988.
7. Куимова, Н. Н. Адаптивность младших подростков на второй ступени обучения общеобразовательной школы. Психологические исследования развития личности: возрастной, гендерный и профессиональный аспекты [Текст] / Н. Н. Куимова. – Н. Новгород, 2014. – С. 57–73.

8. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология [Текст]: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – М.: МБД пресс-информ, 2011. – 432 с.

9. Мясичев, В. Н. Личность и неврозы [Текст] / В. Н. Мясичев. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.

10. Соколова, Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности [Текст] / Е. Т. Соколова. – М., 2009.

Bibliograficheskij spisok

1. Al'buhanova-Slavskaja, K. A. Strategija zhizni [Tekst] / K. A. Al'buhanova-Slavskaja. – M., 1991.
2. Bratus', B. S. Anomalii lichnosti [Tekst] / B. S. Bratus'. – M., 2011.
3. Blejher, V. M., Kruk, I. V. Psihologicheskaja diagnostika [Tekst] / V. M. Blejher, I. V. Kruk. – K., 2012.
4. Ivanova, I. A., Arhipova, N. N. Sovershenstvovanie soderzhaniya kursa «Klinicheskaja psihologija» dlja studentov psihologo-pedagogicheskogo profilja [Elektronnyj resurs] / I. A. Ivanova, N. N. Arhipova // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. – 2015. – № 4. – URL: <http://www.science-education.ru/127-20490>
5. Karvasarskij, B. D., Leder, S. Gruppovaja psihoterapija [Tekst] / B. D. Karvasarskij, S. Leder. – M.: Medicina, 2013. – 384 s.
6. Kajdanovskaja, E. V. Kliniko-psihicheskie harakteristiki bol'nyh nevrozami i ih dinamika v processe gruppovoj psihoterapii [Tekst] / E. V. Kajdanovskaja // Leningradskij nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institut im. Behtereva. – T. 121. – L., 1988.
7. Kuimova, N. N. Adaptivnost' mladshih podrostkov na vtoroj stupeni obuchenija obshheobrazovatel'noj shkoly. Psihologicheskie issledovanija razvitija lichnosti: vuzrastnoj, gendernyj i professional'nyj aspekty [Tekst] / N. N. Kuimova. – N. Novgorod, 2014. – S. 57–73.
8. Mendelevich, V. D. Klinicheskaja i medicinskaja psihologija [Tekst]: uchebnoe posobie / V. D. Mendelevich. – 6-e izd. – M.: MBD press-inform, 2011. – 432 s.
9. Mjasishhev, V. N. Lichnost' i nevrozy [Tekst] / V. N. Mjasishhev. – L.: Izd-vo Leningr. un-ta, 1960. – 426 s.
10. Sokolova, E. T. Samosoznanie i samoocenka pri anomalijah lichnosti [Tekst] / E. T. Sokolova. – M., 2009.