

УДК: 616.895.8-008.486

*А.В. Абрамов***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ УЧАСТНИКОВ ЛПА НА ЧАЭС, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОВД**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: участники ЛПА на ЧАЭС, качество жизни, сотрудники милиции

Важнейшим резервом для совершенствования медико-социальных форм помощи УЛПА на ЧАЭС является оценка особенностей их социального функционирования и качества жизни. С этой целью было проведено психологическое исследование 132 участников ЛПА на ЧАЭС, работающих в системе МВД. Возраст у подавляющего большинства испытуемых этой группы (112 человек - 84,8%) составил от 35 до 50 лет. Состояло в браке на период обследования 110 (83,3%) человек, остальные брак расторгли. Все больные обследовались спустя 13-15 лет после аварии, как правило, перед увольнением в запас.

Оценка уровня социального функционирования и качества жизни (КЖ) ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (основная группа) в сравнении с показателями контрольной группы (50 сотрудников ОВД аналогичного возраста, не принимавшие участия в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС), проводившаяся с использованием специально составленного опросника, включающего 37 категорий самооценки удовлетворенности по шкале от 1 до 9 баллов. У всех пациентов было выявлено от 3-х до 7 хронических (в т.ч. системных) соматических заболеваний.

В диапазоне низких оценок основной группы находятся показатели по шкалам «карьера» (работа) $4,00 \pm 2,44$ балла, личных долговременных и кратковременных устремлений ($3,13 \pm 1,57$ балла), самоощущения здоровья ($2,37 \pm 1,67$ балла), индивидуального общения ($4,30 \pm 2,63$ балла), возможности препровождения в одиночестве ($4,33 \pm 2,43$ балла), религиозной и духовной поддержки ($3,83 \pm 2,96$ балла), отношения к физическому состоянию и окружающей среде ($2,97 \pm 1,94$ балла), жизненных кризисов за последние 6 месяцев ($3,07 \pm 2,07$ балла), удовлетворенности своей физической активностью ($3,77 \pm 1,86$ балла), удовлетворенности сном ($2,50 \pm 2,29$ балла), способности самостоятельно

принимать решения ($3,30 \pm 1,47$ балла), пессимистических (оптимистических) тенденций ($3,73 \pm 1,91$ балла), приспособленности (индивидуальной и профессиональной гибкости) ($4,2 \pm 2,49$ балла), склонности к гневу ($3,17 \pm 2,04$ балла), самоуважения ($3,97 \pm 2,60$ балла), ясности жизненных ценностей и принципов ($4,13 \pm 2,31$ балла).

По всем перечисленным выше шкалам средние значения показателей оказываются ниже среднего уровня индекса качества жизни ($4,71 \pm 0,91$ балла) в основной группе, являющегося индикатором суммарной удовлетворенности личностным и социальным функционированием. Полученный спектр нарушений самооощущения в числе наиболее болезненных моментов содержит, в первую очередь, неудовлетворенность состоянием своего физического здоровья. Центральным элементом, вокруг которого формируется в основной группе ощущение сниженного уровня качества жизни, является комплекс сомато-вегетативных дисфункций, а также комплекс переживаний, связанных с неудовлетворенностью своим социальным функционированием. В этот комплекс входят в качестве ведущих такие составляющие, как склонность к гневу и низкая способность самостоятельно принимать решения. Утрата контроля над собственными эмоциями, приводящая к нарушению отношений со своим социальным окружением, является одним из характерных проявлений астенического симптомокомплекса. Вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность типичны для поведения в рамках «неврастенического» типа отношения к болезни. Причиной раздражительной слабости является изнуряющее влияние соматического неблагополучия.

В тесной связи с этими проявлениями соматогенной астении находится субъективное ощущение фрустрации своей возможности самостоятельно принимать решения. Ощущение несостоятельности порождается, с одной стороны,

самой по себе астенией, упадком сил из-за длительно существующего соматического неблагополучия; с другой стороны, ощущение несамостоятельности может быть связано с регрессивными тенденциями: в ситуации хронического соматического неблагополучия некоторое нарочитое подчеркивание своей беспомощности является средством манипулирования своим социальным окружением. Подобное манипулирование может носить не вполне сознательный характер и к нему может быть двойственное субъективное отношение: с одной стороны, несамостоятельность бессознательно культивируется, а, с другой стороны, фрустрация волевой активности воспринимается как ощущение скованности своей личной инициативы и дефект качества жизни.

К субъективному чувству несамостоятельности тесно примыкает низкая удовлетворенность своей физической активностью. Неспособность в прежних (доболезненных) рамках развивать свою двигательную активность, быть активным в общении, работе также является характерным проявлением астении, обусловленной соматической патологией.

Нарушения социального функционирования, тесно связанные с описанной астенической «стержневой» симптоматикой находят свое отражение и в низких показателях таких шкал, как удовлетворенность карьерой (работой), индивидуальным общением, приспособленностью (индивидуальной и профессиональной гибкостью), возможностью осуществления времяпрепровождения в одиночестве.

Неспособность развивать и строить свою карьеру в соответствии со своими доболезненными замыслами, проводить активную линию поведения в общении с другими людьми, быть способным гибко менять свою жизненную позицию в целях оптимизации своей приспособленности в обществе обусловлена значительной истощенностью энергетических и пластических ресурсов хроническими соматическими заболеваниями.

Значительная астенизованность пациентов основной группы заставляет их искать уединения, сторониться интенсивного общения; однако даже редуцированное вследствие болезни общение истощает силы больных и они испытывают повышенную потребность во времяпрепровождении в одиночестве.

Можно отметить определенную противоречивость устремлений пациентов основной группы: наряду с повышенной потребностью в том, чтобы побольше находиться вне общения с дру-

гими, они, в то же самое время, ощущают недостаточность духовной, в том числе и религиозной поддержки.

Помимо симптоматики пониженной самооценки качества своей жизни, связанной с соматогенной астенизацией, можно выделить еще ряд аспектов, связанных с депрессивным модулем переживаний. К их числу можно отнести преобладание пессимистических оценок, заниженный уровень самооценки, низкую оценку ясности своих жизненных ценностей и принципов. Близким в содержательном смысле является и неудовлетворенность своим физическим состоянием и влиянием окружающей среды. Комплекс убеждений больного из основной группы вполне соответствует классической депрессивной триаде А.Бека в рамках его когнитивной модели депрессии: 1) негативное представление о себе; 2) негативный взгляд на мир; 3) нигилистический взгляд на будущее. Ситуация тяжелой болезни легко активизирует ядерные схемы (когнитивные структуры), касающиеся убежденности в своей неприспособленности, никчемности, отверженности, в том, что в мире нет ни удовольствия, ни удовлетворенности, что трудности непреодолимы. Хотя по клиническому впечатлению у лиц основного контингента и не отмечалось выраженных проявлений депрессии, и скорее имели место лишь фрагментарно представленные элементы субдепрессивной симптоматики, нельзя, по нашему мнению, недооценивать ее значения для формирования суммарного показателя качества жизни.

Суммарная относительно незначительная выраженность депрессивных проявлений является результатом противоборства, с одной стороны, патогенетических психологических механизмов, а, с другой - саногенетических. С целью получить определенное представление об общей направленности и эффективности таких саногенетических механизмов и оценки их эффективности далее будет проанализирован ряд аспектов самооценки качества жизни, средние значения показателей по которым превышают средний уровень индекса качества жизни.

Наиболее высокий показатель в основной группе имеет место по шкале отношения к домашним животным ($7,13 \pm 1,81$ балла). Высокий показатель по этой шкале может быть интерпретирован и как отсутствие зависимости от животных вообще, и как достаточно индифферентное, но не враждебное отношение к ним; эти данные могут быть интерпретированы как одно из свидетельств отсутствия у лиц изучаемой группы

выраженных тенденций, направленных на эмоционально теплые отношения.

На втором месте по степени выраженности ($7,00 \pm 2,08$ балла) среднего показателя оказывается средний результат по шкале скрытности – открытости. При таком высоком уровне значения отмечается достаточно высокая степень открытости, откровенности; такие люди считают, что «говорят обычно то, что думают». Насколько отражает истинное положение дел подобная самооценка своего коммуникативного стиля, можно будет судить после сопоставления результата по этой шкале с другими методиками. Можно предположить, что подобный высокий уровень представлений о своей открытости является скорее «декларацией о намерении», демонстрацией желаемого образа своего «социального фасада».

Достаточно высоким являются показатели по шкале употребления алкоголя ($6,60 \pm 2,06$ балла) и курения ($6,43 \pm 2,90$ балла), что указывает на действительный отказ от них или на демонстрацию такового. Отказ от дурных привычек (или их демонстрация) также могут быть как отражением стремления сформировать оптимальный социальный фасад, так и следствием неизбежного ограничения себя в условиях реальной соматической болезни.

С таким вынужденным ограничением своей активности может также быть связано высокое значение показателя по шкале обязательности – $6,53 \pm 2,97$ балла. При таких высоких значениях девизом людей бывает: «делаю, что могу». Отказ от перфекционизма представляется вполне естественно вытекающим из уже описанной выше соматогенной астении. Вместе с тем подобный «девиз» не лишен определенного пафоса героизации своего имиджа; такая самопрезентация может быть направлена на формирование социально желательного личного фасада.

Высокое значение среднего показателя по шкале межличностного общения в основной группе ($6,33 \pm 2,51$ балла) отражает тенденцию занимать не активно-наступательную, а более пассивную позицию в рамках реализации своей коммуникативной активности. Такие пациенты предпочитают не столько навязывать свои собственные мнения, установки, сколько прислушаться к другим. Как и в отношении показателя по шкале обязательности, по поводу высокого уровня показателя по шкале межличностного общения, можно принять версии и об астенизирующем влиянии соматического заболевания на общую активность пациентов, и о стремлении

создать социально желаемый фасад.

По шкале источника хорошего настроения средний уровень показателя составляет $5,53 \pm 2,01$ балла, что также несколько превышает средний уровень качества жизни по КЖ-1. Такой уровень выраженности признака указывает на преобладание внутреннего самоконтроля в числе источников хорошего настроения. Другими словами, подчеркивается отсутствие зависимости настроения от хорошего настроения людей и самодостаточность в его поддержании на достаточном уровне. Подобный характер ответов способствует созданию «героического» типа самопрезентации.

Наряду с подобной демонстрацией самодостаточности обращают на себя внимание высокие показатели по ряду шкал, отражающих значимые отношения пациентов с микросоциальным окружением.

Средний показатель по шкале отношений с детьми в основной группе составил $6,3 \pm 2,44$ балла, что указывает на восприятие их как источника положительных эмоций, радости. Таким образом, ближайшее семейное окружение оказывается важным источником позитивного восприятия качества жизни у пациентов изучаемого контингента.

Сходное значение имеет и высокий средний уровень показателя по шкале отношений с родителями, который составил $5,93 \pm 2,57$ балла. Доброжелательные отношения со старшим поколением также рассматриваются пациентами изучаемой группы как важный источник саногенных влияний.

Помимо взгляда на семейное благополучие как источник стабилизации своего положения в ситуации соматической болезни пациенты изучаемого контингента рассматривают в аналогичном смысле и отношения с друзьями и соседями. Средний уровень показателя по этой шкале опросника составил $5,87 \pm 2,65$ балла. Высокая значимость этого показателя отражает стремление изучаемых пациентов находиться в гармоничных отношениях с бытовым окружением, получать поддержку от него.

Средний показатель по шкале отношений на работе (с коллегами, начальством и др.) несколько ниже, чем по трем приведенным выше шкалам, но имеет все-таки достаточно высокое значение ($4,97 \pm 2,52$ балла). Таким образом, стремление к гармоничным отношениям на работе рассматривается как один из путей достижения повышения качества жизни.

Суммируя полученные результаты, следует

выделить несколько групп факторов, как снижающих, так и улучшающих качество жизни. К числу патогенетических механизмов (патогенных факторов) необходимо отнести астенизирующее и депрессогенное воздействие соматогенной патологии, приводящее к прекращению карьерного роста, реализации долговременных и кратковременных устремлений, редукции индивидуального общения, пессимистичности, эмоциональной неустойчивости, гневливости, снижения уровня самооценки, профессиональной и индивидуальной гибкости.

В противоположность этим патогенетическим механизмам существуют и механизмы саногенетические. К ним можно отнести консолидацию остаточных личностных ресурсов вокруг комплекса семейно-бытовых и внутрисемейных отношений, сочетающихся с оптимизацией социального фасада личности. При этом мотивы и механизмы такой оптимизации могут иметь довольно сложную структуру: можно предположить, что они имеют сознательный способ экономии энергетических и пластических ресурсов, но, с другой стороны - быть бессознательным способом реализации нормопатического стиля поведения в рамках алекситимических тенденций.

В группе сравнения средний уровень индекса качества жизни составил $5,88 \pm 0,67$ балла. При этом самый низкий средний уровень имеет показатель по шкале обязательности ($2,77 \pm 1,81$ балла). Низкий уровень этого показателя указывает на наличие у респондентов из группы сравнения перфекционистских тенденций, стремлений к тому, чтобы все дела были сделаны наилучшим образом. Подобное стремление может рассматриваться как вполне естественное для здоровых людей.

Вера таких вполне здоровых людей в свою самодостаточность объясняет низкий средний уровень показателя по шкале значимости религиозной и духовной поддержки ($3,37 \pm 2,03$ балла), хотя при этом источник своего хорошего настроения они находят во внешних влияниях, хорошем отношении людей. Об этом свидетельствует довольно низкий уровень показателя шкалы источника хорошего настроения ($4,9 \pm 2,3$ балла).

Здоровый оптимизм представителей группы сравнения находит свое отражение в низком показателе по шкале наличия жизненных кризисов в течение последних шести месяцев. Он составляет $4,8 \pm 2,6$ балла и соответствует реальной высокой стрессоустойчивости.

В такой ситуации вполне естественной является низкая оценка значения релаксации и ме-

дитации. Показатель по шкале, отражающей это значение, составил $4,33 \pm 2,35$ балла. Комфортное самоощущение не предполагает какой-либо нужды в искусственном расслаблении.

Стеничность здоровых респондентов сама по себе не оставляет времени на времяпрепровождение в одиночестве, о чем свидетельствует низкий показатель по соответствующей шкале - $4,67 \pm 2,35$ балла.

Переходя к анализу тех показателей, которые превышают среднее значение индекса качества жизни в группе сравнения, следует указать, что, как и в основной группе, одним из основных компонентов высокого качества жизни расцениваются вызывающие радость отношения с детьми. Средний показатель при этом в группе сравнения составил $7,8 \pm 1,6$ балла.

Практически столь же высоким оказался и показатель по шкале отношений с родителями ($7,43 \pm 1,7$ балла). Таким образом, внутрисемейные хорошие отношения вносят существенный вклад в формирование ощущения высокого качества жизни.

Не менее важное значение для респондентов группы сравнения в спектре ощущения качества жизни играют и отношения с друзьями, соседями и пр. (средний показатель по соответствующей шкале - $7,3 \pm 1,51$ балла), а также отношения на работе (с коллегами, начальством) - $7,37 \pm 1,69$ балла.

Интегративно высокая удовлетворенность качеством своего общения с окружением, своей коммуникативной активностью нашла свое отражение в достаточно высоком показателе по шкале индивидуального общения ($6,97 \pm 1,83$ балла). Высокое значение этого показателя подчеркивает субъективную важность ощущения включенности во взаимодействие с другими людьми для формирования ощущения достаточно высокого качества жизни.

Продолжая рассмотрение спектра составляющих ощущения качества жизни у респондентов группы сравнения, нужно отметить, что у них, как и больных основной группы, ведущим комплексом саногенетических моментов является комплекс положительных отношений с ближайшим микросоциальным окружением. Кроме того, в группе сравнения достаточно существенную роль в благоприятном восприятии качества жизни играет комплекс благоприятно складывающихся отношений на работе.

Наряду с высокой степенью удовлетворенности качеством общения с семейно-бытовым и производственным окружением, важнейшим

источником позитивного восприятия качества жизни является комплекс отношений, связанных с восприятием на достаточно высоком уровне состояния своего здоровья.

Средний показатель по шкале здоровья имеет довольно высокое значение – $7,07 \pm 1,8$ балла. Респонденты группы сравнения характеризуют себя редко болеющими, имеющими достаточно высокий ресурс устойчивости. Об этом свидетельствует достаточно высокий уровень среднего показателя по шкале зависимости физического состояния и среды – $6,46 \pm 1,61$ балла. Такой уровень значения отражает отношение к окружающей среде скорее как к приятной, доставляющей удовольствие, чем как к вызывающей усталость, раздражение, бессонницу, упадок сил. Окружающая среда воспринимается при этом как комфортабельная, а не представляющаяся опасной и доставляющей неприятности. Об этом свидетельствует высокий уровень показателя по шкале оценки окружающей среды – $6,43 \pm 1,33$ балла.

Удовлетворенность своим здоровьем, физическим состоянием и окружающей средой естественным образом оказывается связанной с развитым чувством юмора, оптимистичностью. Об этом свидетельствует достаточно высокий средний уровень показателя по шкале склонности к юмору, играм – $6,47 \pm 1,54$ балла. Респонденты группы сравнения склонны рассматривать подход к жизни «с юмором» как неотъемлемый элемент своего жизненного стиля.

Отсутствие признаков соматовегетативных дисфункций в описываемом контингенте проявляется ярким образом практически полным отсутствием жалоб на диссомнические расстройства. Средний уровень показателя по шкале удовлетворенности сном в группе сравнения составил $7,07 \pm 2,32$ балла.

Еще одним важным элементом высокого самоощущения качества жизни является приверженность здоровому образу жизни. Об этом свидетельствует, в частности, низкий показатель по шкале склонности к употреблению алкоголя ($4,8 \pm 2,28$ балла). Аналогичный смысл имеет и низкий уровень среднего показателя по шкале склонности к чрезмерному употреблению тонизирующих напитков ($4,73 \pm 1,57$ балла), а также относительно низкий – среднего показателя по шкале склонности к табакокурению ($5,66 \pm 3,2$ балла).

Следование принципам здорового образа жизни среди лиц изучаемого контингента представляется следствием вполне целенаправленных усилий, достигающихся путем значитель-

ной активизации самоконтроля.

Об этом свидетельствует высокий уровень среднего показателя по шкале самоконтроля ($6,4 \pm 2,03$ балла). Такое значение показателя указывает на стремление всегда держаться «на уровне», соответствовать требованиям социального слоя. Стеничность и сознательность следования своему имиджу активного члена общества находит свое отражение в низких значениях среднего показателя по шкалам «обязательности» в группе сравнения. Он составил $2,77 \pm 1,81$ балла. Столь низкий показатель по этой шкале свидетельствует о наличии четко выраженных перфекционистских тенденций, заметного сознательного стремления выполнять свои функции.

Вывод о сознательности стремлений к утверждению в своей активной жизненной позиции подтверждается высокими значениями показателя по шкале жизненных принципов и ценностей (в среднем $6,57 \pm 1,7$ балла), которые свидетельствуют о том, что респонденты из группы сравнения имеют ясные, стабильные и устоявшиеся ориентиры в следовании своим убеждениям.

Подводя итог рассмотрению особенностей конфигурации представления о качестве жизни респондентов из группы сравнения, следует отметить, что она внешне несколько напоминает конфигурацию аналогичного представления в основной группе. Как уже отмечалось выше, первым сходным блоком при этом является блок имеющих высокую ценность семейно-бытовых отношений, играющих стабилизирующую роль в самооценке своей жизненной ситуации.

Другим блоком, внешне имеющим сходные очертания в сравниваемых группах является блок отношений, направленных на создание социально-приемлемого фасада собственной личности, как отражения высокого качества жизни. При внешней схожести конструкций этого блока можно предположить, что, если в группе сравнения активная жизненная позиция, следование принципам здорового образа жизни является вполне естественным, то в основной группе они имеют двойственную, порой достаточно «вымученную» природу. В основной группе особая «правильность» поведения может быть как следствием отсутствия достаточной произвольности поступков из-за явлений астении, так и результатом произвольной редукции поведенческой активности в рамках нормопатических тенденций.

Существенным отличием сравниваемых конфигураций самоощущения качества жизни является присутствие в основной группе комплекса

отношений, отражающих патогенетические механизмы воздействия на личность пациентов изучаемого контингента проявления их психосоматической патологии. Этот комплекс складывается из проявлений астенического круга и, по всей вероятности, вторичных по

отношению к ним депрессивных проявлений. При этом астено-вегетативные дисфункции являются причиной как редукции всех видов поведенческой активности, так и фактором, подтверждающим элементы заниженной самооценки.

О.В. Абрамов

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ Й ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ УЧАСНИКІВ ЛНА НА ЧАЕС, ЩО ПРАЦЮЮТЬ У СИСТЕМІ ОВС

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Була вивчена оцінка рівня соціального функціонування і якості життя ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 132 співробітників правоохоронних органів. Виділено кілька груп факторів які знижують якість життя. До числа патогенетичних механізмів (патогенних факторів) віднесені астенізуючий та депресогенний вплив соматогеної патології, що приводить до припинення кар'єрного росту, реалізації довгострокових і короткочасних устремлінь, редукції індивідуального спілкування, песимістичності, емоційній нестійкості, зниження рівня самооценки, професійної й індивідуальної гнучкості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.102-107)

A.V. Abramov

QUALITY OF LIFE AND FEATURES SOCIAL OPERATION FOR THE PARTICIPANTS OF LIQUIDATION OF CONSEQUENCES OF EMERGENCY ON CHERNOBIL ATOMIC POWER STATION WORKING IN A SYSTEM OF LAW-ENFORCEMENT BODIES

Donetsk state medical university

The estimation of a level of social operation and qualities of life of the liquidators of consequences of emergency on Chernobyl atomic power station for 132 employees of law enforcement bodies was studied. Some groups of the factors lowering a quality of life are secured. To number of pathogenetic gears (pathogenic factors) the implementations long-time and short-lived tendencies, reduction of personal dialogue, emotional instability, decrease of a level of a self-rating, professional and personal flexibility are referred astenik and depressions effect of a somatogenic pathology resulting in to the termination opeacast of growth. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.102-107)

Поступила в редакцию 27.05.2004