

УДК 616.5-002.525.2-06:616.89

*А.К. Бурцев***АЛЕКСИТИМИЯ, ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ (СКВ)**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: алекситимия, системная красная волчанка, самоотношение, межличностные отношения

Отдельные психопатологические и психологические характеристики больных СКВ достаточно подробно описаны в современных публикациях [1], однако конкретные психологические механизмы изменения самоотношения и межличностные отношения, неизбежные в ситуации наличия этого тяжелого системного заболевания отражены в литературе недостаточно. А, между тем, эти важнейшие факторы социального функционирования влияют не толь-

ко на субъективную оценку качества жизни этими больными, но, в сочетании с алекситимическими тенденциями, свойственными большинству из них могут оказаться включенными в механизмы психогенно обусловленных ухудшений общего состояния.

Целью настоящего исследования было изучение влияния алекситимических проявлений на социально-психологическое функционирование больных СКВ.

Материалы и методы исследования

Исследование охватывает 32-х пациентов (20 женщин и 12 мужчин), проходивших стационарное лечение в клиническом терапевтическом отделении ГБ № 1 г. Донецка. Средний возраст больных составил 35,6 лет. Из изученной выработки были исключены больные с признаками нейролупуса и когнитивными нарушениями. Были применены: для изучения выраженности

алекситимии и ее аспектов – Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ) [2], а также опросник самоотношения (ОСО) [3] и опросник межличностных отношений Шутца (ОМО) [4]. При статистической обработке результатов использовались параметрические критерии (коэффициент линейной корреляции Пирсона и t-критерий Стьюдента).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний показатели по методике ТАШ при-
ведены в таблице № 1.

*Таблица 1***Средний показатели по методике ТАШ**

А	а	б	с
72,09±9,4	26,36±4,41	20,27±6,62	25,72±5,69

А – общий показатель алекситимии; а – нарушение идентификаций эмоций; б – нарушений экспрессии эмоций; А – экстернальность мышления.

Средний уровень общего показателя алекситимии составил 72,09, что соответствует минимальному уровню высоких оценок (>72 баллов); имеет место равномерное повышение показателей по всем субшкалам методики.

С целью уточнения характера самоотношения был применен Опросник самоотношения (ОСО), разработанный В.В.Столиным. Средние показатели по шкалам опросника приведены в таблице 2.

Средние значения шкал ОСО

Показатели	Шкалы ОСО											
	S	I	II	III	IV	1	2	3	4	5	6	7
M	82,1	65,76	76,39	47,03	72,67	64,18	44,2	69,2	63,97	54,7	62,6	62,5
m	16,85	19,47	25,25	27,2	31,6	23,8	27,0	29,33	24,5	23,4	30,2	22,0

Примечания: S – интегральное чувство «за – против» Я; I – самоуважение; II – аутосимпатия; III – ожидание положительного отношения других; IV – самоинтерес; 1 – самоуверенность; 2 – отношение других; 3 – самопринятие; 4 – саморуководство; 5 – самообвинение; 6 – самоинтерес; 7 – самопонимание.

Интегративный показатель самоотношения ОСО – показатель по шкале S, измеряющий общее чувство «за» или «против» собственной личности. В группе больных СКВ по этой шкале составил 82,1. Это весьма высокий уровень показателя. Он отражает значительную степень самопринятия себя как личности, характерную для лиц, не страдающих тяжелыми депрессивными расстройствами, сохраняющих положительный образ своего «Я». По мнению авторов-разработчиков ОСО глобальное чувство «за» или «против» собственной личности формируется с участием двух механизмов защиты самоотношения – защиты с помощью «фальсификации» собственного «Я» и так называемой «агрессивной защиты».

Даже если защита с помощью фальсификации оказывается эффективной в недопущении прямого негативного отношения к себе (антипатии, неуважения), то по отношению к предохранению от ожидания негативного отношения к себе других, она оказывается недейственной. Защита путем фальсификации отрицательно связана с самоинтересом и ожиданием положительного интереса к себе со стороны окружающих. Агрессивная защита положительно коррелирует с аутосимпатией, фальсифицирующая – нет.

Средний показатель по шкале I (самоуважения) ОСО 65,75, что соответствует достаточно высоким оценкам. Такой результат отвечает ощущению морального одобрения собственной личности больным СКВ, отсутствию осознанного чувства нравственного несовершенства, представлений о своей болезни, как о наказании свыше. Еще более высокий средний показатель – 76,39 отмечается по шкале II ОСО (аутосимпатии). Как уже указывалось выше, высокие уровни аутосимпатии ассоциируются с готовностью к взрывной, экстренной, агрессивной мобилизации защиты против угрозы «Я», агрессии по отношению к обидчику или критику без позднейшей его дискредитации, признании в дальнейшем своей вспыльчивости. По мнению

В.В.Столина для агрессивного стиля защиты характерна высокая оценка ситуаций, в которых субъект проявляет себя прагматиком, положительная оценка своей внешности.

Высокая оценка прагматизма соответствует экстернатности мышления и «нормопатичности» поведения в рамках алекситимического склада эмоциональных отношений. Вместе с тем, трудно ожидать искреннего принятия своей внешности у больных, страдающих обезображивающим заболеванием с кожными проявлениями при сохранности общей критичности. Таким образом, у больных СКВ предположить наличие обоих механизмов защиты самоотношения.

Средний показатель по шкале III (ожидания положительного отношения от других) составляет 43,7, что достоверно ниже показателя по другим вторичным шкалам (S, I, II, IV) методики ОСО. При пониженных показателях по этой шкале возможно ожидание отрицания внутренних достоинств, совести, антипатии к своей внешности. Такая антипатия, априорно предусмотренная самим субъектом, при этом принимается как, якобы, реально исходящая извне. По мнению В.В.Столина при таком типе защиты субъект «не желает себе добра по-настоящему», принимая себя необычным, уникальным и не ставит целью увеличение самоуважения.

Представляется обоснованным связать относительно низкий показатель по шкале ожидания положительного отношения от других с существованием у больных СКВ элементов защиты самоотношения путем фальсификации «Я», при которой должна быть отрицательная корреляция с показателем по шкале III ОСО. Психологически понятна озабоченность волчаночных больных своим внешним обликом в связи с кожными проявлениями болезни, кушингоидизмом, гирсутизмом, ретенцией жидкости в связи с гормонотерапией.

Средний показатель по шкале IV ОСО составил 72,69, то есть имеет высокий уровень значения. Показатель по этой шкале «отражает меру

близости к самому себе, в частности интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой «на равных», «уверенность в своей интересности для других» (В.В.Столин). Как уже указывалось выше, уровень самоинтереса напрямую коррелирует с тенденцией к агрессивной защите самопринятия и с обратным знаком – с тенденцией к защите путем фальсификации. Можно предположить, что высокий показатель по этой шкале отражает присутствие у волчаночных больных тенденции к агрессивной защите.

По шкале 1 (самоуверенности) ОСО средний показатель в группе больных СКВ составил 64,18, то есть оказался достаточно высоким. Подобный высокий показатель является, по нашему мнению, отражением характерного преморбидного склада лиц изучаемой группы (энергичность, самоуверенность, нацеленность на успех в карьере).

Средний показатель по шкале 2 (ожидаемого отношения других) ОСО составил в группе больных СКВ 44,2, что достоверно ниже ($p < 0,05$) показателей других первичных факторов анализируемой методики. Низкий показатель по этой шкале имеет значение, аналогичное значению среднего показателя по шкале III ОСО, то есть может быть связан с существованием элементов защиты самоотношения путем фальсификации «Я».

Средний показатель по шкале 3 (самопринятия) ОСО в группе больных СКВ составил 69,2. Достаточно высокий показатель по этой шкале отражает, с нашей точки зрения, эффективность механизмов защиты самопринятия главным образом за счет агрессивной защиты.

По шкале 4 (саморуководства) ОСО средний показатель в группе больных СКВ составил

63,97. Это значение может быть отнесено к уровню высоких и расценено как отражение преморбидных особенностей описываемого контингента; можно также предположить значительную эффективность самопринятия своего «Я» и наличие доминантных тенденций (см. обсуждение результатов по методике ОМО).

Средний показатель по шкале самообвинения (5) ОСО составил в группе больных СКВ 54,7. Подобное значение отражает несколько повышенный уровень самокритичности, свойственный сохранным в психическом отношении соматическим больным.

Шкала 6 ОСО отражает уровень самоинтереса, то есть степень заинтересованности в познании своего собственного внутреннего мира. Как уже указывалось выше, именно по соотношению с уровнем показателя этой шкалы определяется преобладание одного из двух защитных стилей, описанных выше. Средний показатель по шкале самоинтереса составил 62,6. Высокий уровень этого показателя свидетельствует в пользу преобладания агрессивного защитного стиля.

Суммируя общее впечатление о результатах применения ОСО у больных СКВ следует отметить достаточно благоприятное, в целом, самоотношение лиц изучаемого контингента. Нельзя говорить об однозначном преобладании одного из двух защитных стилей; напротив, имеет место их определенное смешение. Защита путем фальсификации «Я» связана, главным образом, с непринятием различных соматических изменений (прежде всего обезображивания внешнего облика и нарушения суставной подвижности) и связана с проекцией аутонегативного отношения на окружающих.

Таблица 3

Средние значения показателей по методике ОМО

Показатель	Ie	Iw	Се	Cw	Ae	Aw	I e+w	I e-w	C e+w	C e-w	A e+w	A e-w
M	4,72	3,45	6,64	3,55	3,64	4,64	8,18	1,27	10,18	3,09	8,27	-1,0
m	1,85	1,37	2,01	2,07	1,36	2,5	2,99	1,27	1,89	3,61	3,44	2,1

Примечание: Ie – выраженное поведение включения; Iw – требуемое поведение включения; Се – выраженное поведение контроля; Cw – требуемое поведение контроля; Ae – выраженное аффективное поведение; Aw – требуемое аффективное поведение; Ie + w – объем интеракций включения; Ie – w – противоречивость межличностного поведения включения; Се + w – объем интеракций контроля; Се - w – противоречивость межличностного поведения включения; Ae + w – объем интеракций аффективного поведения; Ae – w – противоречивость межличностного аффективного поведения.

Для исследования особенностей межличностных отношений больных СКВ использовался опросник межличностных отношений (ОМО)

В.Шутца. результаты исследования представлены в таблице 3.

Согласно теории межличностных отношений

В.Шутца каждый индивид имеет характерный способ социальной ориентации по отношению к другим людям, и эта ориентация определяет его межличностное поведение, которое объясняется на основе трех потребностей: включения, контроля, аффекта.

Как биологические, так и социальные (межличностные) потребности являются выражением требования оптимального обмена между средой, либо физической, либо социальной и организмом. Психические и соматические болезни могут быть результатом неадекватного удовлетворения межличностных потребностей.

Потребность включения подразумевает возможность создавать и поддерживать удовлетворительные отношения с другими людьми, осуществляя с ними взаимодействие и сотрудничество. Выраженное поведение включения заключается в стремлении принимать других, чтобы и они имели интерес к субъекту и принимали участие в его деятельности. Имеет место активное стремление принадлежать к определенным социальным группам и быть как можно больше среди людей.

Показатель по шкале Ie (выраженное поведение включения) в группе больных СКВ составил в среднем 4,72 балла, что относится к диапазону средних оценок. Другими словами, описанные выше тенденции реализуются в достаточном объеме и далеко отстоят от экстремальных значений (от 0-1 до 8-9), то есть исследованные больные и не избегают людей, и не стремятся во что бы то ни стало искать контактов с окружением. Полученное среднее значение достоверно не отличается от приводимого по этой шкале для больных системными заболеваниями авторами русской адаптации методики – 4,3.

Показатель по шкале требуемого поведения включения составил в группе больных СКВ в среднем 3,45 балла, что также соответствует среднему уровню оценок и не отличается от уровня, приводимого авторами адаптации (3,3). Таким образом, изученные больными имеют средний объем общения и не стремятся во что бы то ни стало быть вовлеченными в любое общество.

Показатели Ie+w и Ie-w не устанавливают наличия выраженных внутренних конфликтов и фрустраций в области потребности включения.

Потребность контроля определяется Шутцем как потребность создавать и сохранять удовлетворительные отношения включают психологические приемлемые отношения с людьми в двух направлениях – от субъекта к людям в диапазо-

не от «всегда контролирую поведение других людей» до «никогда не контролирую» и от людей к субъекту от «всегда контролируют» до «никогда не контролируют».

У больных СКВ обнаружены высокие значения показателя Се (выраженное поведение контроля) – 6,64 балла. Следует подчеркнуть, что это значение достоверно выше ($p < 0,05$) значения аналогичного показателя у больных системными заболеваниями по данным автора русской адаптации теста ОМО (2,6).

Налицо повышенное стремление к доминированию, контролю за окружающими, причем с учетом умеренной потребности во включении, это стремление носит не демонстративный, а реальный характер.

Такое стремление у больных СКВ можно понять и как реактивно усиленное в противовес объективно нарастающей физической слабости, ограниченности объема физической активности, и как конституционально задающуюся в детстве отношениями резкой регламентации поведения или, наоборот, полной свободы, порождающей страх не справиться с ситуацией. Во втором случае можно предположить связь нарушений объектных отношений в детстве с развитием повышенной потребности в регламентированности поведения в духе нормопатических тенденций алекситимического стиля общей активности.

Средний показатель по шкале требуемого поведения контроля (Cw) в группе больных СКВ составил 3,55, что соответствует пограничному уровню оценок.

Интегративный показатель объема интеракций в рамках потребности в контроле (Ce+w) достигает уровня 10,18. Этот показатель выше других показателей объема интеракций у больных СКВ, что указывает на особую значимость потребности в контроле в спектре их межличностных отношений. Такой вывод подтверждается тем, что показатель противоречивости межличностного поведения контроля (Ce-w) по абсолютной выраженности также является максимальным.

Среднее значение показателя выраженного поведения (Ae) в группе больных СКВ составил 3,64 балла, что соответствует пограничному уровню оценок и достоверно не превышает значения, указанного для системных больных автором русской версии ОМО (3,4). Можно сказать, что близкие, интимные отношения с другими людьми не редкость для пациентов описанной группы, но установление таких отноше-

ний не является для них самоцелью.

Среднее значение показателя A_w (трубуемого аффективного поведения) составил 4,64, что соответствует оценкам пограничного уровня, но оказывается немного более низким по сравнению с данными для лиц с системными заболеваниями у автора русской адаптации ОМО (5,7). Можно сказать, что аффективные потребности больных исследуемой группы в достаточной степени удовлетворены, хотя отрицательное значение (-1,0) показателя противоречивости межличностного аффективного поведения указывает на некоторую неудовлетворенность стремлением окружающих в проявлении эмоционально насыщенных отношений к ним.

Средний показатель объема интеракций в рамках аффективного поведения составил 8,27 балл, то есть существенно не отличается от $I_e + w$. Таким образом, оба эти аспекта имеют равную значимость у больных СКВ.

Подводя итоги изучению особенностей межличностных отношений с помощью ОМО, следует отметить, что наиболее значимой областью межличностных отношений у больных СКВ является область контроля.

Высокий уровень показателя S_e свидетельствует о наличии у пациентов исследуемого контингента автократических тенденций – стремления владеть другими людьми, предпочтения иерархической системы отношений с собой во главе. При этом имеет место активный поиск власти, конкуренция за власть. Обратной стороной автократических устремлений является страх перед тем, что окружающие не подчинятся, и сами будут доминировать. Имеются бессознательные чувства неответственности за происходящее и неспособности самому принимать решения; существует опасение, что окружающие знают об этом.

Подобные личности при любой возможности стараются опровергнуть имеющуюся, по их мнению, убежденность окружающих в том, что они не могут сами проявлять активность, принимать решение. Бессознательно они подозревают, что другие им не доверяют и стараются все решать за них.

В ситуации тяжелой системной болезни, бросающей серьезный вызов возможностям человека, психологически понятной является попытка путем гиперкомпенсации, подстегивания доминантных тенденций сохранить социальный и психологический статус, мобилизуя все резервные возможности личности. Подобная максималистская тактика может иметь неблагоприятные

последствия, так как следование ей окончательно истощает ресурсы личности, способствует усилению астенизации, а вместе с ней и ощущению беспомощности. Это ощущение, в свою очередь, заставляет тратить еще больше сил на упорное следование автократическим путем.

Если рассматривать автократический стиль отношений как следствие нарушения объектных отношений в раннем детском возрасте, можно предположить его патогенетическую роль в самом психогенном компоненте возникновения в развитии СКВ. Описание автократического стиля вполне соответствует характеристикам преморбидных психологических особенностей волчаночных больных [1]. Возможно, что сама СКВ является символическим выражением «абдикратического» по Шутцу протеста против навязанного ранними отношениями «родитель-ребенок» автократического поведения. Физическое снижение подвижности, упадок сил, глубокая астения реализуют бессознательное стремление избежать, уйти от ситуации, где личность чувствует себя беспомощной из-за подспудной уверенности в своей неспособности вести себя по-взрослому, быть компетентной, ответственной.

Негибкий, доминантный стиль поведения может быть связан с наличием алекситимических тенденций. Ощущение беспомощности, некомпетентности может стать психологическим преобразованием депрессивного расстройства, характеризующегося негативным представлением о себе, окружающих и будущем.

Для проверки предположения о связи особенности и самоотношения и межличностных отношений с выраженностью проявлений алекситимии был проведен корреляционный анализ. Имеет место корреляционная связь между показателем алекситимии и показателем требуемого поведения контроля S_w : ($r=0,767$, $p=0,026$) при невозможности активно контролировать, осуществлять на практике автократический стиль по Шутцу, реализуется «абдикратическое» поведение, имеющие, впрочем, общие корни в ранних нарушениях отношений «родитель-ребенок», описанных выше.

Алекситимичность, таким образом, затрудняет реализацию агрессивного, мобилизующего стиля самопринятия «Я» и создает предпосылки для относительного преобладания фальсифицирующего «Я» стиля В.В.Столину. Подтверждение тому, с нашей точки зрения, является ряд положительных корреляций уровня алекситимии с некоторыми показателями методики ОСО.

Установлена, например, положительная корреляционная связь ($r=0,842$, $p=0,09$) алекситимии с уровнем аутосимпатии (III), что свидетельствует об успешном формировании идеализированного образа «Я».

Положительная корреляция ($r=0,714$, $p=0,047$) уровня алекситимии и самоинтереса (IV) на первый взгляд противоречит мнению о том, что высокая алекситимичность способствует реализации защиты самоотношения по типу фальсификации «Я», так как самоинтерес напрямую коррелирует с защитой агрессивного типа. Вместе с тем, с нашей точки зрения необходимо учесть, что у алекситимичных личностей, характеризующихся экстернальным мышлением, низкой способностью к интроспекции, можно говорить лишь о поверхностном самоинтересе, скорее о попытке его имитации, или другими словами, его фальсификации. Поскольку речь идет не о лицах с грубыми явлениями алекситимии, нельзя отрицать, что сознательные попытки разобраться в себе, проявить самоинтерес в рамках когнитивных копинговых усилий, не могут быть полностью безуспешными. Чем значительнее проявления алекситимичности в относительно умеренных пределах, тем значительнее и проявления уравнивающих ее тенденций.

Положительная корреляционная связь ($r=0,741$, $p=0,036$) между алекситимией и саморуководством (и самопоследовательностью), по нашему мнению, также должна рассматриваться в контексте динамического противостояния попыток сохранить контроль над жизненной ситуацией и определенного отказа от такого контроля в рамках следования поверхностной тактике алекситимического плана. Описываемая связь является одним отражением гипертрофии отношений контроля (в диапазоне от «автократии» – до «абдикратии» по В.Шутцу). Защита «фальсифицирующего» плана, как известно, не эффективна против ожидания неблагоприятного отношения к себе, поэтому возникает потребность в стремлении к контролированию других.

Следует отметить также положительную корреляционную связь ($r=0,922$, $p=0,001$) между саморуководством (самопоследовательностью) и субшкалой ТАШ нарушения идентификации эмоций. Неспособностью адекватно оценивать собственную эмоциональность и эмоциональность окружающих вынуждает усиливать самоконтроль и контроль над ситуацией.

Установлена значимая положительная корреляционная

связь ($r=0,768$, $p=0,028$) между субшкалой нарушения идентификации эмоций и шкалой 3 ОСО – самопринятия. Можно предположить, что речь идет о том, что снижение эффективности и глубины понимания собственной эмоциональности способствует примирению с собственным «Я», изменившимся в ситуации болезни. Алекситимичность способствует, таким образом, следованию по пути фальсификации «Я» пациентов.

Неразрывно связанная с алекситимией «нормопатическая» тактика следования внешним общепринятым стандартам, ориентироваться на средний, рутинный уровень нормативности в своем поведении, находит отражение в тесной корреляционной связи ($r=0,925$, $p=0,012$) показатели по субшкале экстернальности мышления методики ТАШ (с) и показателя Ie (выраженное поведение включения). Эта связь отражает стремление изученных больных СКВ принимать остальных людей чтобы те, в свою очередь принимали участие в их судьбе, делах. Гипертрофированное желание причастности, включения в мир остальных людей психологически понятно у тех, кого тяжелая системная болезнь буквально «выталкивает за борт» обычной жизни. Сродни описанной только что связи и корреляции ($r=0,767$, $p=0,026$) между выраженностью показателя нарушения экспрессии эмоций (b) и показателем по шкале требуемого поведения контроля (Cw) ОМО. Стремление к тому, чтобы окружающие контролировали поведение больного путем четкой регламентации понятно связанной с переживанием беспомощности, неспособности подавать окружающим внятные стимулы при нарушении способности к ясному выражению своего эмоционального состояния.

Проведенный анализ корреляционных связей алекситимии и ее субшкал с показателями других методик позволил конкретизировать вклад алекситимичности в формирование психологической проблематики больных СКВ.

С выраженностью алекситимических черт, в частности с нарушением экспрессии эмоций связано снижение эффективности контроля за собственным состоянием и отношениями с другими.

Усиление алекситимических тенденций способствует преобладанию стиля фальсификации «Я» в рамках психологической защиты.

Алекситимические проявления способствуют нарастанию противоречий при стремлении к удовлетворению потребностей контроля и самоконтроля.

О.К. Бурцев

**АЛЕКСИТИМИЯ, ОСОБЛИВОСТІ САМОВІДНОШЕННЯ ТА МІЖОСОБИСТІСНИХ
ВІДНОСИН У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧОК (СЧВ)**

Донецький державний медичний університет

Особливості самовідношення та міжособистісних відносин у хворих на системний червоний вовчок вивчені у їх зв'язку з алекситимією, притаманною для таких хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 52-58)

A.C. Burtsev

**ALEXITYMIA, SELFATTITUDE AND INTERPERSONALITY RELATIONSHIPS IN
PATIENTS WITH LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Donetsk State Medical University

Peculiarities of selfattitude and and interpersonality relationships in patients with lupus erythematosus in their connection with alexitymia are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 52-58)

Литература

1. Абрамов В.А., Бурцев А.К. Психопатология СКВ. // Системная красная волчанка. – Донецк: Видавництво КП “Регион”, 2003. – С. 305-326.

2. Алеситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах. Метод

пособие, СПб, 1994. – 25 с.

3. Тест-опросник самооотношения. // Практикум по психодиагностики. Издательство МГУ, 1988 г. – С. 123-130.

4. Рукавишников А.А. Опросник межличностных отношений. НПЦ «Психодиагностика», Ярославль, 1992. – 47 с.

Поступила в редакцию 12.10.03