

УДК 616.89-008.434.8:612.014.482

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, Р.А. Грачев, Т.А. Бурцева***НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: качество жизни, психическое благополучие, алекситимия, ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС

Важнейшим резервом для совершенствования медико-социальных форм помощи УЛПА на ЧАЭС является оценка особенностей качества их жизни. С этой целью было проведено комплексное психологическое исследование 60 УЛПА на ЧАЭС (55 мужчин и 55 женщин), находившихся на лечении в психосоматическом центре Донецкой областной психиатрической больницы, и 60 здоровых людей сходного возраста.

Клиническая картина психических расстройств УЛПА на ЧАЭС характеризовалась ощущениями подавленности, снижения работоспособности, утратой интереса к общению, окружающей жизни, беспокойством по поводу ближайшего будущего и перспектив своего соматического здоровья. У большинства больных обнаруживались затруднения при описании своего состояния, детализация многочисленных жалоб, а также психологически понятная связь понижения настроения с утяжелением соматического состояния. Отмечались суточные колебания настроения, характерные для астенических депрессий, и более или менее выраженное снижение способности к целенаправленной деятельности. В диагностическом плане пациенты чаще всего рассматривались в рамках органического астенического (эмоционально-лабильного) расстройства.

Программа исследования включала следующие методики:

- Индекс качества жизни (КЖ-1): включает 37 категорий оценки индивидуального восприятия (самооценки удовлетворенности) окружающей среды по шкале от 1 до 9 баллов (авторская адаптация опросника Рассела) [1].

- Формализованный опросник, позволяющий подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального функционирования больных – включает 10 вопро-

сов-утверждений (КЖ-2) [2].

- Шкала субъективного благополучия (ШСБ) [3].

- Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ) – адаптирована в Санкт-Петербургском институте им.В.М.Бехтерева [4].

- Восьмицветный тест Люшера.

Анализ полученных результатов показал, что по методике КЖ-1 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 времяпрепровождения 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 самоощущения в числе наиболее болезненных моментов содержит, в первую очередь, неудовлетворенность состоянием своего физического здоровья.

Клиническая представленность соматических жалоб включает в себя различные проявления вегетососудистой дистонии (как пароксизмальные так и постоянные), заключающиеся в колебаниях артериального давления, наличии сердцебиения и других нарушений сердечного ритма, приступов типа «панических атак» (симпато-адреналовых кризов) и, реже, парасимпатико-тонических приступов. Кроме этого у больных основной группы отмечаются частые органические поражения эндокринной системы (чаще всего различные формы зоба), заболевания желудочно-кишечного тракта (чаще всего язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гепатит, а также хронический колит). У мужчин, составляющих большинство в основной группе, нередко отмечаются нарушения потенции.

В тесной связи с описанными соматическими дисфункциями находятся и такие вегетативные нарушения, как диссомнии, находящиеся на втором месте по степени субъективной значимости в спектре ощущения сниженности качества жизни. Бессонница, ощущение «ненасыщения» сном входят в число наиболее ярких проявлений неспецифического астенического синдрома, порождаемого длительным соматическим неблагополучием.

Таким образом, центральным элементом, вокруг которого формируется в основной группе ощущение сниженного уровня качества жизни, является комплекс сомато-вегетативных дисфункций и переживаний, связанных с неудовлетворенностью своим социальным функционированием. К последним относятся 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 неблаго-

получия; 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 методики КЖ-1, 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 хронической соматической болезнью.

Фрустрация карьерных амбиций болезненно переживается больными, входящими в основную группу, приобретая содержательные очертания ressentимента. По определению Э.Кречмера под ressentиментом понимается «комплексная установка чувств людей, действительно или мнимо обойденных в жизни;... типичная установка слабого против сильного... , больного... по отношению к здоровью... , и вместе с тем здесь отмечается тенденция к эмоциональной переоценке, придающей слабому... этически более высокую ценность».

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.

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 по методике КЖ-1, средние значения показателей по которым превышают средний уровень индекса качества жизни.

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 значе-

ния 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 КЖ-1 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 является показатель 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 личностного 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 прислушиваться 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 указы-

вает 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 источник 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 КЖ-1 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 результаты, полученные с помощью опросника КЖ-1, 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.

Конфигурация представления о качестве жизни респондентов из группы сравнения 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 непроизвольной 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.

С целью уточнения различий в конфигурациях самоощущений качества жизни в сравниваемых контингентах было проведено сравнение выраженности признаков, выделяемых с помощью шкал опросника КЖ-1. С учетом характера распределения для сравнения был применен парный критерий Вилкоксона. По ряду шкал в ходе сравнения были установлены достоверные различия.

Естественно, что с особой степенью разительности отличаются уровни оценки состояния своего здоровья: $p=0,000004$. Если респонденты группы сравнения ощущают себя практически здоровыми, то респонденты основной группы связывают низкое качество своей жизни прежде всего с соматическим здоровьем.

Сравнение показателей по шкале личных долговременных и кратковременных устремлений и достижений выявило достоверно более низкий уровень значений в основной группе ($p=0,000021$), что отражает ощущение у ее респондентов явно меньшей жизненной удачливости, неудовлетворенности уровнем того, что им удалось в жизни добиться.

Установлено, что показатель по шкале удовлетворенности индивидуальным общением достоверно ниже в основной группе ($p=0,000383$), что свидетельствует о достаточно напряженном характере отношений у ее представителей с начальством, коллегами и другими представителями внешнего окружения. При этом можно предположить как наличие реальных проблем в этих взаимоотношениях, так и надуманных – в рамках повышенной сензитивности соматически нездоровых людей. Существование проблем у лиц из основной группы в комплексе отношений производственного характера подтверждается также и достоверно более низким уровнем показателя в этой группе по шкале качества отношений на работе ($p=0,000542$).

Как менее удачно складывающиеся, в меньшей степени обеспечивающие поддержку расцениваются респондентами основной группы и отношения с друзьями и соседями. Достоверность различий между показателями по со-

ответствующей шкале находится на уровне $p=0,023026$.

Таким образом, весь комплекс отношений с внешним социальным окружением воспринимается как менее удачно складывающийся лицами основного контингента. Однако и отношения семейного плана также воспринимаются ими как менее удовлетворительные.

Об этом свидетельствуют достоверно более низкие значения по шкалам отношений с детьми ($p=0,00850$) и родителями ($p=0,021664$). Эти данные интересно сопоставить с описанным выше преобладанием опоры в стабилизации качества жизни именно на систему внутрисемейных отношений. По нашему мнению, более низкая их количественная оценка, несмотря на иерархически наиболее предпочтительную позицию, указывает на присутствие элементов сензитивного типа отношения к болезни у лиц основного контингента.

У лиц основной группы существует достоверно большая озабоченность своим финансовым положением. Об этом свидетельствует достоверно более высокое значение у ее представителей ($p=0,024905$) среднего показателя по шкале удовлетворенности финансовыми делами.

Большая озабоченность своим положением, пессимистичность представителей основного контингента находят свое отражение в достоверно более низком значении среднего показателя по шкале склонности к юмору и играм ($p=0,019534$).

У лиц основного контингента отмечается достоверно более низкий уровень физической активности ($p=0,000470$), что является отражением наличия у его представителей признаков соматогенной астении. Ярким подтверждением наличия серьезных вегетативных дисфункций у представителей основной группы являются достоверно более низкие показатели у них по шкалам удовлетворенности своим сном ($p=0,00017$) и весом тела ($p=0,011770$).

Хотя, как уже указывалось выше, у респондентов обеих сравниваемых групп имеется стремление к реализации здорового образа жизни, к отказу от дурных привычек, тем не менее показатель по шкале употребления алкоголя оказывается достоверно более высоким у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС ($p=0,017794$). Таким образом, подтверждается предположение о том, что в этом контингенте скорее имеет место тенденция к искусственному конструированию социально-приемлемого фасада, чем к реальному следо-

ванию психологическим нормам.

Большая склонность к употреблению спиртных напитков может быть отчасти связана и с ослаблением самоконтроля под влиянием астенизирующего воздействия соматического благополучия. На ослабление степени самоконтроля указывают достоверно более низкие значения среднего показателя по соответствующей шкале.

Пониженная энергетичность всей психической активности у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС отражается и в достоверно более низком уровне показателя по шкале способности к принятию решений ($p=0,000053$). Можно связать такую нерешительность с астенизирующим влиянием болезни, но и с определенной регрессией личности в условиях болезни, проявляющейся в смещении модуса контроля к экстернальному полюсу.

При относительно более низкой способности легко самостоятельно принимать решения лица из основной группы обнаруживают, в то же время, достоверно более высокое значение показателя по шкале обязательности ($p=0,000061$). Более высокий уровень перфекционизма на фоне более низкой решительности безусловно отражает наличие глубоко противоречивых тенденций (интрапсихического конфликта), являющегося причиной вторичной невротизации.

Как и следовало ожидать, пациенты основной группы обнаруживают достоверно более низкий показатель по шкале тенденции к оптимизму ($p=0,000243$). Не вызывает, таким образом, сомнения реальность существования депрессивных переживаний у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС.

У лиц основной группы обнаруживается достоверно более низкий показатель по шкале приспособляемости (гибкости) ($p=0,010082$). Подобный результат указывает на наличие более высокого уровня психической ригидности. В сочетании с нерешительностью (или, другими словами, психостеничностью) и высоким перфекционизмом повышенная психическая ригидность формирует патогенный комплекс, негативно влияющий на самооощущение качества жизни.

Противоречивость личностных тенденций, присущая, как уже было сказано, лицам основного контингента находит свое отражение в таком факте, что по шкале устойчивости и ясности своих жизненных ценностей и принципов у них отмечается достоверно более низкий уровень показателя ($p=0,000164$).

Депрессивные и астенические проявления,

занимающие ведущее место среди проявлений дезадаптивных тенденций у лиц из основного контингента, сочетаются с явлениями раздражительности и гневливости. Об этом свидетельствует достоверно более высокий показатель по шкале гневливости ($p=0,000542$).

В завершение анализа достоверных различий между показателями различных шкал методики КЖ-1 приведем данные о различии суммарных средних значений числа баллов ($p=0,000115$) и средних значений индекса качества жизни ($p=0,00020$). В обоих случаях более низкий показатель отмечается в основной группе, что отражает решающее влияние соматической патологии на самооощущение качества жизни.

Методика «Качество жизни» – 2 (КЖ-2) измеряет суммарное значение показателя снижения качества жизни, а также, отдельно, тот вклад, который вносит в это снижение такие факторы как нарушение социального функционирования, нарушение функционирования «я» респондентов и снижение работоспособности.

Суммарное значение показателя снижения качества жизни в основной группе составило $38,0 \pm 10,01$ балла, а в группе сравнения $21,03 \pm 7,11$ балла. Достоверность различий при этом находится на уровне $p=0,000004$. Таким образом, отмечается разительное различие в уровнях восприятия снижения качества жизни: ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС ощущают диффузное снижение своих финансовых возможностей, возможностей на равных с другими участвовать в семейной, личной и общественной жизни.

С еще большей степенью достоверности отличаются уровни показателей фактора нарушения функционирования «я» ($p=0,000003$). Показатель в основной группе составил $15,4 \pm 2,97$ балла, а в группе сравнения – $8,7667 \pm 3,07$ балла, что свидетельствует о неизбежной необходимости самоограничения, уменьшении ресурса свободного времени, а также об озабоченности снижением своей силы, уверенности в себе, ухудшении своей внешности.

С достаточно высокой степенью достоверности различаются и уровни показателя фактора нарушения социального функционирования ($p=0,000032$). Средний уровень значений показателя по этому фактору составил в основной группе $10,03 \pm 2,97$ балла, а в группе сравнения – $5,77 \pm 2,37$ балла. У больных основной группы заболевание существенно осложняет отношения в семье, мешает общаться с окружающими, отдаляет их от других людей, лишает их должно-

го уважения окружающих и т.п.

Средние уровни показателя по фактору снижения работоспособности также достоверно различаются в сравниваемых группах ($p=0,000023$): у респондентов основной группы среднее значение составляет $12,57\pm 6,67$ балла, а в группе сравнения – $6,5\pm 3,09$ балла. У больных имеет место снижение трудоспособности, осложняются отношения на работе, сужается возможность выбора работы, они терпят при этом материальный ущерб.

Достоверных отличий в процентной представленности каждого фактора методики КЖ-2 в сравниваемых группах не выявлено, что можно интерпретировать как свидетельство диффузности ощущения снижения качества жизни у респондентов основной группы.

Подводя итог изучению результатов исследования по методике КЖ-2, необходимо отметить снижение самоощущения качества жизни у УЛПА на ЧАЭС по всем анализируемым параметрам, что подтверждает результаты, полученные по методике КЖ-1, и необходимость разработки системы психокоррекционных мероприятий.

Как известно, алекситимия традиционно рассматривается как предиктор соматизации нервно-психического напряжения и важнейший психологический фактор патогенеза психосоматических расстройств. Поэтому респонденты сравниваемых групп были обследованы по методике Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ).

Исследования показали, что из основной группы к «алекситимическому» типу личности (74 балла и выше) относится 42 человека, к «неалекситимическому» (62 балла и ниже) – 6 чел., а из группы сравнения соответственно 10 чел. и 16 чел. Средний возраст пациентов алекситимического типа составляет 37,8 лет, неалекситимического – 46 лет.

Средний уровень суммарного показателя по ТАШ в основной группе составил $77,44\pm 9,58$ балла, а в группе сравнения – $66,77\pm 10,38$ балла. Достоверность различий при этом составляет $p=0,000154$. Если у респондентов основной группы средний уровень показателя превышает уровень высоких значений (74 балла), то в группе сравнения он находится в пределах средних незначительно выраженных алекситимических тенденций. Полученный результат подтверждает существенную роль алекситимии в возникновении психосоматической патологии.

С целью уточнения роли различных аспектов алекситимии было проведено сравнение выра-

женности показателей по таким субшкалам ТАШ как нарушение идентификации и экспрессии эмоций, а также по субшкале экстернальности мышления. По субшкале нарушения идентификации эмоций достоверность различия значений максимальная: $p=0,00003$. Другими словами, ведущим проявлением алекситимии в основной группе является неспособность различать и вербализировать свои собственные эмоции, а также различать эмоциональные сигналы, исходящие от других. Показатель по этой субшкале составляет в основной группе $27,87\pm 5,44$ балла, а в группе сравнения – $19,37\pm 5,91$ балла.

Установлены также достоверные различия между показателями по субшкале нарушения экспрессии эмоций ($p=0,002748$). Показатель по этой субшкале в основной группе составил $21,07\pm 4,03$ балла, а в группе сравнения – $18,6\pm 3,47$ балла. Таким образом, у респондентов основной группы существуют достоверно более значительные выраженные проблемы с понятным выражением своего эмоционального состояния, сказывающиеся на межличностных взаимодействиях и коммуникативной активности.

Что касается показателей по субшкале экстернальности мышления, то они составили соответственно $28,5\pm 6,48$ балла в основной группе и $26,8\pm 5,29$ балла в группе сравнения. Достоверного различия между этими показателями в сравниваемых группах не установлено ($p=0,227485$).

Для верификации результатов, полученных по методикам КЖ-1 и КЖ-2, было проведено параллельное обследование респондентов обеих сравниваемых групп с помощью шкалы субъективного благополучия (ШСБ), которая представляет собой скрининговый психодиагностический инструмент для измерения эмоционального компонента субъективного благополучия. Методика оценивает качество эмоциональных переживаний субъекта в диапазоне от оптимизма, бодрости, уверенности в себе до подавленности, раздражительности и ощущения одиночества.

Интегративный показатель субъективного благополучия в основной группе составил $7,83\pm 1,39$ балла, что соответствует высокому уровню оценок, а в группе сравнения – $4,43\pm 1,79$ балла, что соответствует среднему уровню оценок. Оценки, отклоняющиеся в сторону субъективного неблагополучия, отмечаются у лиц, склонных к депрессиям и тревогам, пессимизму, замкнутости, зависимости, малостойчивых

к стрессу, в то время как у лиц со средними оценками (4-7 стенов) имеет место умеренное субъективное благополучие, характеризующееся отсутствием серьезных проблем и одновременно, отсутствием полного эмоционального комфорта. Достоверность различий по интегрированному показателю ШСБ в сравниваемых группах имеет весьма значительную степень: $p=0,000009$.

Методика ШСБ позволяет выделить 6 кластеров, создающих возможность качественно охарактеризовать спектр самоощущений своего благополучия.

По кластеру «Напряженность и чувствительность» средние показатели соответственно $13,0\pm 2,13$ балла в основной группе и $11,83\pm 3,01$ балла в сравниваемой группе. Различия при этом оказались недостоверными ($p=0,129960$).

По кластеру признаков, сопровождающих основную симптоматику (депрессивные симптомы, сонливость, астения, рассеянность) средний показатель по основной группе составил $21,47\pm 3,35$ балла, а в группе сравнения – $13,6\pm 4,85$ балла, достоверность различий $p=0,000021$. Такой результат подтверждает наличие у лиц основного контингента астено-субдепрессивной симптоматики, существенным образом снижающей качество их жизни.

По кластеру «изменения настроения» в основной группе средний показатель составил $8,47\pm 2,67$ балла, а в группе сравнения – $5,63\pm 2,22$ балла. Достоверность различий при этом: $p=0,00382$. Более высокое значение по этому кластеру указывает на большую выраженность субдепрессивных симптомов.

По кластеру «значимость социального окружения» средний показатель в группе ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС составил $10,8\pm 2,64$ балла, а в группе здоровых – $6,57\pm 2,3$ балла. Достоверность различий при этом $p=0,000007$. Такое различие можно интерпретировать как более выраженное ощущение одиночества, социальной изоляции у представителей основной группы.

По кластеру «самооценка здоровья», отражающему степень бодрости и оценки самочувствия, показатель в группе больных составил $12,13\pm 2,24$ балла, а в группе сравнения – $6,97\pm 3,08$ балла; достоверность различий $p=0,000007$. Более высокий уровень показатель по этому кластеру указывает на астенизированность лиц, входящих в основной контингент.

По кластеру «удовлетворенности повседневной деятельностью» средний показатель в основной группе составил $14,2\pm 3,21$ балла, а в группе

сравнения $9,03\pm 3,47$ балла; достоверность различий при этом $p=0,000102$. У больных, вследствие астении, выполнение обычных повседневных дел становится достаточно тягостным.

В целом результаты, полученные с помощью методики ШСБ, вполне согласуются с уже выявленными данными и подтверждают валидность методик КЖ-1 и КЖ-2.

С целью уточнения структуры самоощущения качества жизни УЛПА на ЧАЭС был проведен анализ корреляционных связей показателей различных шкал использованных опросников.

При анализе связей показателя по Торонтской алекситимической шкале установлено, что он (коэффициент линейной корреляции Пирсона) достоверно положительно коррелирует с показателем удовлетворенности долговременными и кратковременными устремлениями и достижениями методики КЖ-1. Такая связь ($r=0,412$; $p=0,008$) указывает на сопряженность неадекватно-оптимистического восприятия своих достижений с алекситимичностью, нарушающей адекватную идентификацию и экспрессию эмоций и несущей в себе элемент поверхностности мышления.

Имеет место достоверная положительная корреляция ($r=0,443$; $p=0,0143$) показателя по шкале удовлетворенности сном КЖ-1 и показателем по субшкале нарушений экспрессии эмоций ТАШ. Очевидно, что речь идет о неспособности адекватно вербализировать оценку ведущей симптоматики, что приводит к тому, что более алекситимичные пациенты оптимистично оценивают качество своего сна.

Показатель по субшкале трудностей экспрессии эмоций ТАШ также достоверно отрицательно коррелирует с показателем по шкале чувства вины и стыда ($r=-0,433$; $p=0,017$).

Можно предположить, что самопрезентация себя как совестливых и самокритичных укладывается в рамки нормопатических тенденций, связанных с алекситимичностью.

Установлена достоверная положительная корреляционная связь ($r=0,382$; $p=0,037$) между тем же показателем по субшкале трудностей экспрессии эмоций ТАШ и показателем по шкалам скрытности. При этом, по нашему мнению, также имеет место проявление тесно связанной с алекситимией нормопатичности [5]. В русле нормопатического, гипернормального стиля самопредставленные ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС формируют образцовый социальный фасад искренних и открытых людей.

Некритичное самовосприятие и самопрезент-

тация, связанные с нормопатическими тенденциями, находят свое отражение и в достоверной положительной корреляционной связи ($r=0,394$; $p=0,031$) суммарного показателя по ТАШ и показателя по шкале индивидуальной и профессиональной гибкости. У алекситимичных пациентов создается о себе обманчивое представление как о достаточно гибких, приспособляемых, в то время как на самом деле у них выявляется, как было показано выше, достаточно высокая психическая ригидность.

Установлена также отрицательная достоверная корреляционная связь ($r=-0,374$; $p=0,041$) между субшкалой экстернальности методики ТАШ и показателем по кластеру напряженности и чувствительности шкалы субъективного благополучия. Эти данные еще раз показывают, что алекситимические тенденции искажают реаль-

ность восприятия своего состояния. В аналогичном смысле можно истолковать и достоверную отрицательную корреляцию ($r=0,389$; $p=0,033$) между показателем по кластеру признаков неспецифической симптоматики и показателем по шкале нарушения идентификации эмоций ТАШ.

Проведенный анализ корреляционных связей показателей методики ТАШ подтверждает предположение о том, что алекситимия, опосредованная через нормопатические тенденции искажает самовосприятие качества жизни участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС и затрудняет осознание реальной жизненной ситуации. Последнее обстоятельство затрудняет проведение психокоррекционных мероприятий и позволяет выделить в качестве одной из основных их целей преодоление неадекватных механизмов психологической защиты.

В.А. Абрамов, О.К. Бурцев, Р.А. Грачов, Т.А. Бурцева

ДЕЯКІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Донецький державний медичний університет, Донецький інститут соціальної освіти, Україна

60 учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС були досліджені за допомогою двох опитувальників якості життя, шкали суб'єктивного благополуччя та Торонтської алекситимічної шкали у порівнянні з такою ж кількістю здорових респондентів того ж самого віку. Встановлені патогенетичні та саногенетичні психологічні механізми формування системи самовідношення та відношення до соціального середовища. Уточнена роль алекситимії у формуванні сприйняття якості життя у УЛНА на ЧАЕС. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 16-24)

V.A. Abramov, A.C. Burtsev, R.A. Grachov, T.A. Burtseva

SOME MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LIFE'S QUALITY IN LIQUIDATORS OF CONSEQUENCES OF ACCIDENT ON CHERNOBYL AES

Donetsk State Medical University, Donetsk Institute of Social Education, Ukraine

60 liquidators of consequences of accident (LCA) on Chernobyl AES were investigated with the use of 2 questionnaires of life's quality, scale of well being and Toronto alexithimic scale in comparison with 60 sound respondents of the same age. Pathogenetic and sanogenetic psychological mechanisms of self-valuation and attitude to social environment were found. The role of alexithymia in forming of life's quality perception in LCA on Chernobyl AES was closely defined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 16-24)

Литература

1. Элнот Р.С. Мы побеждаем стресс. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1996.
2. Сердюк А.И. Особенности самооценки влияния болезни на социальный статус больных хроническими соматогенными заболеваниями // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - №1 (4), 1998.
3. Соколова М.В. Шкала субъективного благополучия (ШСБ). Второе издание. НПЦ «Психодиагностика». Ярославль, 1996.
4. Ерьско Д.Б., Исурина Г.С., Кайдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах: Методическое пособие. – СПб, 1994.
5. Weinrub R.M., Gustavsson J.P., Rossel R.J. The concept of alexithymia: an empirical study using psychodynamic ratings and self reports. Acta Psychiatr. Scand. 1992: 85: 153-162.

Поступила в редакцию 8.01.2002г.