

Л.Ф. Шестопалова, А.В. Кукуруза

СИСТЕМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, ЭВАКУИРОВАННЫХ ИЗ 30-КМ ЗОНЫ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины (г.Харьков)

Ключевые слова: прогнозирование, психическая дезадаптация, дети-мигранты, авария на Чернобыльской АЭС

В последнее время отмечается рост частоты экстремальных ситуаций природного и промышленного характера, приводящих к изменениям среды обитания и требующих от человека долговременной адаптации [2,9]. Наблюдаемое увеличение частоты и масштабов промышленных катастроф с продолжительным психологическим эффектом диктует необходимость разработки теоретических основ и методических подходов к организации помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях. Вопросы определения вклада различных факторов в формирование психической дезадаптации занимают особое место в комплексе долговременного изучения сложных проблем, связанных с последствиями аварии на ЧАЭС [1, 3, 9].

Анализ литературных данных показывает, что

практически все исследователи, разрабатывающие эту проблему, констатируют многофакторность воздействия Чернобыльской катастрофы. Неоспоримым фактом является необходимость комплексного исследования биологических, психологических и психосоциальных эффектов аварии, оказывающих существенное влияние на формирование здоровья, развитие психической дезадаптации у лиц, пострадавших в результате аварии, в том числе детей и подростков-мигрантов [5,7,8].

Очень важным разделом такой работы можно считать разработку системы прогнозирования психической дезадаптации детей, эвакуированных из 30-км зоны после аварии на Чернобыльской АЭС, построенной на анализе динамики клинических, личностных и социально-психологических факторов.

Материал и методы исследования

В соответствии с задачей прогнозирования психической дезадаптации детей-мигрантов проводилась оценка динамики их психического состояния, определение прогностической значимости комплекса выделенных психологических, клинических и социально-психологических показателей. Исследование носило лонгитудинальный характер. Были обследованы 60 человек, эвакуированных из гг.Припять, Чернобыль и проживающих после этого в г.Харькове. У 36 человек были установлены невротические, соматоформные расстройства, 24 человека не имели признаков психической дезадаптации.

Оценка динамики и прогнозирование психической адаптации детей проводились с использованием двух критериев: 1) восстановление полноценности социального функционирования; 2) клиническое симптоматическое улучшение.

Данные критерии были предложены и апробированы В.Д. Карвасарским для оценки эффек-

тивности лечения больных невротами. В дальнейшем была подтверждена эффективность использования этих критериев для прогнозирования течения пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков [6]. Поэтому рассматриваемый нами в процессе динамического наблюдения за детьми-мигрантами эффект адаптации оценивался с точки зрения клинической динамики и динамики социального функционирования.

Для объективизации характера адаптации детей-мигрантов, полноты характеристики их психического состояния нами использовались предваряющая психодиагностическое исследование беседа с обследуемым, направленная на выяснение его жалоб, особенностей самооценки и оценки связи своего состояния с последствиями аварии на ЧАЭС. Психодиагностическое исследование включало тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, опросник Кет-

телла. Проводилось также наблюдение за поведением во время пребывания в стационаре; беседа со взрослыми членами семьи для определения особенностей процесса адаптации ребенка после эвакуации, характера семейных отношений и их динамики после аварии на ЧАЭС; анкетирование с помощью разработанной нами анкеты для оценки факторов социально-психологического функционирования детей и подростков, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС.

Рассматривался альтернативный эффект процесса адаптации (ухудшение-улучшение) по каждому из двух критериев оценки динамики психической адаптации детей-мигрантов:

1) по клиническому критерию: без ухудшения - условно-положительный прогноз; с ухудшением - отрицательный прогноз. Об ухудшении говорилось в том случае, когда в клинической картине наблюдалось усиление или появление новых психопатологических симптомов;

2) по критерию социального функционирования: с улучшением - положительный прогноз; без улучшения - условно отрицательный прогноз. Улучшение фиксировалось тогда, когда имелось сочетание стабилизации клинических показателей с положительной динамикой семей-

ной ситуации и положительной самооценкой.

Разработка системы прогнозирования психической дезадаптации проводилась на основании обработки полученных данных с помощью неоднородной последовательной статистической процедуры. [4].

Использование неоднородной статистической процедуры (НПСР) включало следующие операции: 1) составление стандартного списка изучаемых признаков - социальных, психологических, клинических; 2) накопление наблюдений с достаточно убедительной верификацией эффекта в динамике; 3) получение распределения частот различной степени выраженности признаков для положительного (условно положительного) и отрицательного (условно отрицательного) результата адаптации; 4) определение отношений частот для каждой градации признака, с которым он наблюдается при положительном (условно положительном) и отрицательном (условно отрицательном) результате, так называемое, отношение правдоподобия; 5) вычисление прогностических коэффициентов для каждого признака, представляющих умноженные на 10 логарифмы отношений правдоподобия: $10 \lg p(A)/p(B)$; 6) определение меры прогностической информативности каждого выбранного признака.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования у обследованных преобладали астенические расстройства (58,34%). Подавляющее большинство из них при беседе жаловались на снижение работоспособности, повышенную утомляемость, физическую и психическую невыносимость (73%). Характерной особенностью астении было ее упорство, частые обострения при повседневных психоэмоциональных нагрузках. Дети отмечали возросшие трудности в усвоении школьных знаний, связанные не только с проблемами адаптации в новых условиях обучения, но и со снижением общего уровня продуктивности. Дети-мигранты говорили о затруднениях в выполнении заданий, требующих длительных и устойчивых усилий. 41,3% предъявляли жалобы на «ухудшение памяти», 60,1% — «трудности сосредоточения», неустойчивость внимания.

Повышенная психическая истощаемость находила отражение в высказываниях детей-мигрантов о состоянии эмоционально-волевой сферы, в оценках их отношений с окружающими. Обследуемые отмечали, что их «раздражает» отличающая Харьков от Припяти многолюдность, они устают от непривычно большого скопления

людей, более высокого темпа и плотности общения, не могут долго находиться в шумных компаниях, легко расстраиваются по любому поводу. Следует отметить, что у 15,2% обследованных повышенная истощаемость при контактах сочеталась со склонностью к колебаниям настроения, к непродолжительным аффективным вспышкам, агрессивным поведенческим реакциям.

Динамическое наблюдение за детьми-мигрантами выявило появление у всех к подростковому возрасту невротических, соматоформных расстройств. Подростки предъявляли жалобы на частые цефалгии (100%), неприятные ощущения в животе (79,1%), физическую и психическую истощаемость (72,3%), периодически возникающие боли в области сердца (13,2%). У 69,7% отмечались аффективные нарушения в виде повышенной эмоциональной лабильности, раздражительности, вспыльчивости, усиливающихся при усталости, неудачах в общении или учебе, возникновения неприятных или болезненных ощущений. 29,3% обследованных фиксировали различные диссомнические расстройства.

При исследовании было выделено несколько

групп, которые различались особенностями поведения во время беседы и обследования. У большинства подростков (69,7%) отмечалась стереотипность жалоб, которые предъявлялись при определенном побуждении из вне, готовность согласиться с предлагаемыми версиями, скупость в описании своих ощущений. Для других (21,8%) типичным было повышенное сосредоточение на болезненных и иных неприятных ощущениях. Жалобы отличались красочностью и упорством, но не всегда тяжесть их содержания соответствовала поведению обследуемых подростков в отделении, наблюдались невротические реакции, ситуационно обусловленные. Часть подростков (9,5 %) характеризовались гармоничным отношением к собственному состоянию. Жалобы этих обследуемых отличались конкретностью и лаконичностью.

Повышенная психическая истощаемость и вегетативные расстройства отражались в поведении подростков в виде склонности к избеганию ситуаций, связанных с эмоциональным напряжением, трудностью поддерживать долгое время контакт со сверстниками.

Прогнозирование психической дезадаптации по критерию клинической динамики. В оценку клинической динамики входило определение характера изменения основных клинических показателей: стабилизация или появление у детей-мигрантов новых психопатологических симптомов.

При определении роли личностных особенностей для клинического прогноза были использованы результаты тестирования - показатели теста Кеттелла и теста Розенцвейга.

Качественный и количественный анализ данных теста Кеттелла позволил выделить у детей-мигрантов три основных типа индивидуально-личностных симптомокомплексов, характеризующихся определенным сочетанием черт-факторов: 1) инфантильный, 2) возбудимый, 3) тревожный. Наиболее часто определялся тревожный тип (45,8%). Инфантильный тип симптомокомплекса был зафиксирован в 19,4% случаев. У 23,7% регистрировался возбудимый тип. 11,1% детей-мигрантов не имели сочетаний личностных черт, позволяющих выделить устойчивые симптомокомплексы.

При инфантильном типе сочетался низкий уровень сформированности интеллектуальных функций (фактор В-) с чертами незрелости, подчиняемостью, зависимостью (фактор Е-), неуверенностью в себе (фактор С-), социальной робостью (фактор Н-). Возбудимый тип характеризовался высокой степенью реактивности (фак-

тор D+), недостаточным развитием волевых задержек, низким уровнем самоконтроля (фактор Q3-). Доминирующими при тревожном типе была лабильность эмоциональной сферы (фактор I+), высокий уровень тревожности (фактор O+), низкая степень эмоциональной устойчивости, фрустрированность (фактор Q4+).

Индивидуально-личностный симптомокомплекс представляет собой сочетание определенных черт и сам по себе не является патологическим. Однако, при взаимодействии со средой, если требования, предъявляемые к ребенку, неконгруэнтны его психологическим свойствам, происходит заострение личностных особенностей, характерных для каждого типа, и возможен срыв адаптации, сопровождающийся дезадаптивным поведением.

В процессе приспособления детей-мигрантов к новым условиям жизни возникало большое число конфликтогенных ситуаций. У детей с инфантильным типом, характеризующимся ограничением интеллектуальных возможностей и общей психической незрелостью, был затруднен процесс адаптации к новым условиям обучения, достаточно высоким требованиям к интеллектуальной сфере, к умению анализировать и конструктивно разрешать возникающие ситуации. При возбудимом типе высокая реактивность, трудность произвольной регуляции деятельности, частое возникновение проблемных ситуаций приводили к фиксации импульсивных поведенческих реакций, затрудняющих адаптацию. У детей с тревожным типом, наиболее чувствительных к эмоционально негативно окрашенным ситуациям общения и часто являющимися объектом негативного отношения окружающих, формировались невротические стереотипы реагирования. Таким образом, данные психодиагностического обследования позволяли судить о возможных источниках и механизмах формирования дезадаптивных поведенческих реакций у детей, эвакуированных из 30-км зоны после аварии на ЧАЭС.

Обращал на себя внимание тот факт, что у достоверно большего числа детей без клинических признаков психической дезадаптации фиксировался тревожный тип симптомокомплекса. Это можно было расценивать в качестве фактора риска формирования различной психопатологической симптоматики, поскольку тревога, как интегративное психологическое состояние, включает элементы как конструктивного, так и деструктивного эмоционального напряжения. Длительно существующее состояние тревоги

может сопровождаться накоплением негативного аффекта и приводить к истощению механизмов адаптации, развитию патологических процессов.

Таким образом, у детей-мигрантов определялась аффективная дезадаптация (как один из компонентов психической), которая проявлялась в эмоциональной нестабильности, тревожности и могла служить основой для возникновения невротических и других психопатологических симптомов.

Анализ данных изучения фрустрационного поведения детей-мигрантов с помощью теста рисуночных ассоциаций показал, что наиболее часто у 60% детей-мигрантов (первая подгруппа) встречались самозащитные реакции типа ED (81,8%). Из них у 72,2% профиль имел вид: ED > OD > NP, у 27,8% — ED > NP > OD. Экстрапунитивная направленность доминировала у 90,9% детей из этой подгруппы. Сочетание ведущих внешнеобвинительных и самозащитных тенденций фиксировалось в 88,1% случаев. Наиболее часто встречались профили фрустрационных реакций следующей конфигурации: ED > OD > NP, E > I > M (45,5%) и ED > NP > OD, E > I > M (18,2%).

Анализ средних значений по всем показателям теста Розенцвейга (с учетом выделения максимальных и минимальных) позволил определить усредненный профиль эмоционального реагирования в этой подгруппе, который выражался формулой EE'I-mI'e. Такая комбинация факторов отражала высокую степень склонности к кумуляции негативного аффекта, субъективную непреодолимость препятствия (E'), приписывание себе вины за создание фрустрации (I), направленную на других вербальную агрессию (E) без стремления разрешить конфликт с помощью других (e) или полагаясь на обстоятельства (m).

40% обследованных (вторая подгруппа) характеризовались преобладанием внешнеобвинительных реакций типа ED. Из них 66,6% имели профиль ED > OD > NP, 33,4% профиль ED > NP > OD. Тип реагирования, сочетающий экстрапунитивные реакции с фиксацией на самозащите, был отмечен у 42,8% детей этой подгруппы. Профиль ED > OD > NP, E > I > M, встречался в 23,8%, а ED > NP > OD, E > I > M — в 9,5% случаев. В целом, в этой подгруппе профили реагирования в ситуации фрустрации отличались вариабельностью, что означало существование разнообразных моделей фрустрационного поведения.

Профиль эмоционального реагирования у этих детей имел конфигурацию EIM' - mI'M. Это означало, что дети-мигранты могут не замечать фрустрирующий характер ситуации (M'), они защищают свое «я», используя разнонаправленные реакции (E,I), не склонны ждать, пока ситуация разрешится сама собой (m), искать в ней какие-либо положительные свойства (I'), предпринимать попытки разделить ответственность между участниками (M).

У всех детей-мигрантов выраженное желание защитить свое «я» способно оказывать стимулирующее действие: самозащитные реакции (и приписывание вины себе, и обвинение других) в процессе переживания фрустрации могут актуализировать стремление продолжать деятельность для сохранения самооценки. Однако характер оценки препятствия, его субъективной значимости создает различный психологический контекст, участвуя в формировании различных моделей фрустрационного поведения.

Так, характерная для детей первой подгруппы склонность придавать препятствию большую, чем оно заслуживает, значимость, в силу этого, слабость мотива достижения и стремления самостоятельно преодолевать препятствия, несформированность установок на продолжение деятельности в неприемлемой ситуации способствовало кумуляции у них негативного аффекта, дезорганизуя деятельность. В то время, как ослабление фрустрирующего влияния самой ситуации позволяло реализовать детям из другой подгруппы более активно-разрешающие модели поведения. Сравнительный анализ результатов обеих подгрупп по показателям теста Розенцвейга позволил установить достоверные различия по всем реакциям экстрапунитивного направления (E', E, e), интрапунитивной самозащитной (I), импунитивной препятственно-доминантной (M') реакциям, суммарным показателям экстрапунитивных, интрапунитивных, самозащитных, а также направленных на удовлетворение потребности реакций.

Детей-мигрантов первой подгруппы отличала более выраженная идея препятствия в виде его переоценки и большой субъективной значимости, требовательность к окружению, проявляющаяся в личной и безличной агрессии, при меньшей потребности в помощи со стороны других, сосредоточенность на защите своего «Я», более низкой способностью к разрешению ситуации.

Анализ полученных психодиагностических данных позволил в соответствии с математичес-

ким весом каждого признака выделить факторы теста Кеттелла и показатели теста Розенцвейга, имеющие максимальное прогностическое значение для оценки клинической динамики.

У детей с отрицательной клинической динамикой высокую прогностическую ценность имел комплекс показателей, включающий в себя: высокий уровень сформированности интеллектуальных функций (фактор В+ прогностический коэффициент — 7,78), разнонаправленные отклонения в уровне сензитивности, чувствительности (фактор I+ -4,25, I- -4,77), эмоциональной стабильности (фактор С+ -1,76, С- -1,76), низкий уровень самоконтроля (фактор Q3- -4,26), усиление тревожности (фактор О+ -2,63), тревожный тип индивидуально-личностного симптомокомплекса (-5,21), преобладание в профиле эмоционального реагирования интра- и импунитивных реакций по направлению (соответственно -3,22, -4,77), и реакций, направленных на удовлетворение потребности по типу (NP -4,77).

Для условно положительной клинической динамики максимальный математический вес имели низкий уровень тревожности (фактор О+ +3,01), добросовестность (фактор G+ +3,68).

Анализ полученных прогностических коэффициентов свидетельствовал о том, что формирование психической дезадаптации, у детей-мигрантов было связано с фактором тревожности, фиксируемом как в виде отдельной личностной черты, так и в виде тревожного типа индивидуально-личностного симптомокомплекса. Кроме того, определялась зависимость между отрицательной клинической динамикой и состоянием фрустрационной толерантности детей-мигрантов. Причем эта связь проявлялась в разнополюсных по сравнению с нормативными значениями фактора эмоциональной устойчивости.

Особый интерес представляло то, что прогностически неблагоприятным для клинической динамики являлся высокий уровень интеллектуального развития. Формирование личности детей-мигрантов происходило в хронической психотравмирующей ситуации, связанной с последствиями аварии на ЧАЭС и действием изменяющего свое содержание с течением времени фактора катастрофы. Дети с хорошим умственным развитием обостренно воспринимали и фиксировали противоречия в информации о влиянии Чернобыльской катастрофы на здоровье в силу свойственного им высокого уровня интеллектуальной переработки внутренней и внешней информации. Поэтому адекватная самооценка причин нарушения привычного уровня функ-

ционирования была затруднена. Тем самым, искажался процесс построения адекватной психологической защиты, что приводило к срыву адаптации и развитию у детей-мигрантов состояний выраженной психической дезадаптации.

Оценка динамики социального функционирования включала изучение динамики психотравмирующей ситуации в семье, связанной с последствиями аварии на ЧАЭС, характера сложившихся семейных отношений, степени адаптации детей-мигрантов среди сверстников-харьковчан и в учебных коллективах, уровня стабилизации основных клинических показателей, особенностей субъективной оценки каждым ребенком-мигрантом своей готовности к учебе.

При разработке прогностических критериев оценки динамики социального функционирования детей-мигрантов отдельных показателей было апробировано девять социально-психологических, клинических и психологических факторов различной степени выраженности: стабилизация клинических показателей, частота стационарного лечения, наличие санаторно-курортного лечения и выезда за рубеж на оздоровление, состав семьи, школьные и семейные конфликты, личностные признаки (значения факторов Кеттелла).

По критерию социального функционирования максимальное прогностическое значение для положительного прогноза имело сочетание следующих факторов: стабилизация клинических показателей (+9,12), частота стационарного лечения до трех раз (+8,75), отсутствие санаторно-курортного оздоровления (+5,44), отсутствие семейных конфликтов (+1,18), соответствующий нормативным значениям уровень тревожности (фактор О +3,68), эмоциональной стабильности (фактор С +3,01), сензитивности (фактор I +3,01), отсутствие заболеваний у родителей, связываемых с последствиями Чернобыльской катастрофы (+4,26).

Прогностически неблагоприятными для социальной динамики являлось наличие поездок за рубеж на оздоровление (-1,25), а также высокая тревожность (фактор О+ -6,02), низкая фрустрационная толерантность (фактор С- -6,02), разнонаправленные отклонения в континууме сензитивность-реализм (I+ -4,47, I- -3,01), флегматичность, ригидность (фактор Н- -6,02). Факторы, характеризующие школьные конфликты и состав семьи, имели низкое прогностическое значение и не оказывали сколько-нибудь существенного влияния на социальную адаптацию детей, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС. (табл.1).

Таблица коэффициентов для прогнозирования адаптации детей-мигрантов

Показатель	Градация	Прогностический коэффициент	Информативность
Стабилизация клинических показателей	Есть	9.20	4.21
	Нет	-3.70	
Частота стационарного лечения	Есть	8.75	3.42
	Нет	-3.88	
Санаторно-курортное оздоровление	Есть	-7.78	4.13
	Нет	5.44	
Семейные конфликты	Есть	-4.26	0,56
	Нет	1.18	
Заболевание родителей	Есть	-1.18	0.56
	Нет	4.26	
Тревожность Фактор О	О+	-6.02	2.04
	О	3.68	
Эмоциональная стабильность Фактор С	С-	-6.02	1.69
	С	3.01	
Сензитивность Фактор I	I+	-4.77	1.35
	I-	-3.01	
	I	3.01	
Возбудимость Фактор D	D-	-6.02	1.25

Следует отметить, что полученные результаты соответствовали нашим гипотетическим ожиданиям и данным оценки результатов динамического наблюдения. Аффективную нестабильность, которая лежит в основе психической дезадаптации, усугубляют неблагоприятные микросоциальные факторы (семейные конфликты, заболевания родителей). Большое значение для оптимальной динамики социального функционирования имеет стабилизация клинических показателей, которая отражает не просто отсутствие негативных клинических изменений, но и свидетельствует об оптимизации

отношения к своему здоровью.

Таким образом, в результате проведенного исследования на основе изучения динамики психической дезадаптации детей-мигрантов были предложены и апробированы критерии, которые являются информативными и могут быть использованы для прогнозирования характера адаптации. Их следует учитывать при разработке показаний для выделения детей-мигрантов в группу риска формирования выраженных форм психической дезадаптации и выборе наиболее эффективных путей и средств индивидуальной и групповой психологической коррекции.

Л.Ф.Шестопалова, А.В.Кукуруза

СИСТЕМА ПРОГНОЗУВАННЯ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ БУЛИ ЕВАКУЙОВАНІ ІЗ 30-КМ ЗОНИ ПІСЛЯ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В роботі представлена система прогнозування психічної дезадаптації дітей, які були евакуйовані із 30-км зони після аварії на Чорнобильській АЕС. Ця система базується на оцінці динаміки клінічних, особистісних та соціально-психологічних параметрів. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 25-31)

L.Shestopalova, A.Kukuruza

SYSTEM FOR PROGNOSIS OF MENTAL DISADAPTATION OF CHILDREN WHO WAS EVACUATED FROM 30-KM ZONE AFTER CHERNOBYL DISASTER

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS

The article presents the system for prognosis of mental disadaptation of children, who was evacuated from 30-km zone after Chernobyl disaster. The system is based on estimate of the clinical, personal and social-psychological peculiarities. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 25-31)

Литература

1. Александровский Ю. А. Динамика психического здоровья населения в районах, пострадавших во время аварии на ЧАЭС // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. - К., 1995. - С. 11.
2. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных условиях. - М., 1991. - 96 с.
3. Броммет И., Голдгабер Д., Карлсон Г. и др. Психическое здоровье детей спустя 11 лет после Чернобыльской катастрофы // Вісник асоціації психіатрів України. - 1998. - N 4. - С. 37 - 63.
4. Гублер Е.В., Генкин А.А. применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях.- Л.: медицина, 1973. С.2-5.
5. Игумнов С. А. Клиническая психиатрия детей и подростков. - Минск. - 1999. - С. 154 - 174.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы.-М.,1980.-301 с
7. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы //Под ред. И. В. Дубровиной. Екатеринбург, 2000. - 176 с.
8. Табачников С. И., Панченко О. А., Панченко А. В. Особенности личностных характеристик участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Актуальные проблемы современной психосоматической медицины. - Харьков - Луганск, 1995. - С. 101 - 102.
9. Яковенко С. І. Психологія людини за умов радіоекологічного лиха. - К., 1996. - 173 с.

Поступила в редакцию 16.05.2002г.