

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Кулешова М.В.¹, Казакова П.В.¹, Панков В.А.^{1,2}, Дьякович М.П.^{1,3}

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», Ангарск, e-mail: imt@irmail.ru;

²ГБОУ «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава РФ, Иркутск, e-mail: pankov1212@mail.ru;

³ФГБОУ ВПО Ангарский государственный технический университет, Ангарск, e-mail: marik914@rambler.ru

В статье представлены результаты исследований психологических особенностей пациентов с профессиональными заболеваниями (ПЗ), вызванными воздействием физического и химического факторов. У пациентов с ПЗ выявляются высокие уровни личностной и ситуативной тревожности, что свидетельствует о дезинтеграции регуляции на разных уровнях; диагностируется депрессия различной степени выраженности; наблюдаются высокие уровни невротизации и психопатизации, что свидетельствует о преобладании аффективных форм реагирования. Анализ личностных характеристик пациентов с ПЗ показал, что для пациентов с вибрационной болезнью (ВБ) характерны наличие тревожных черт личности, ипохондрическая сосредоточенность на своем соматическом состоянии, озабоченность и фиксированность на болезненных ощущениях, тенденции к возникновению новых болезненных ощущений. У пациентов с хронической ртутной интоксикацией (ХРИ) в отдаленном периоде выявляются высокие уровни эмоциональной напряженности, личностной дезинтеграции, преобладание отрицательных эмоций, а также неадекватные и пассивно-зависимые формы адаптации. Исследование типа отношения к болезни показало, что тип реагирования на болезнь у пациентов с ВБ и ХРИ характеризуется наличием психической дезадаптации. Пациенты с ПЗ в основном пользуются примитивными поведенческими стереотипами преодоления конфликтных ситуаций, неконструктивными типами психологических защит, что свидетельствует о снижении способности адекватного эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях и может являться первопричиной формирования состояния фрустрированности как нарушения психологического баланса между сферой потребностей и реальностью.

Ключевые слова: психологические особенности, вибрационная болезнь, хроническая ртутная интоксикация

CHARACTERISTICS OF PSYCHOLOGICAL FEATURES OF OCCUPATIONAL DISEASES VARIOUS ETIOLOGY PATIENTS

Kuleshova M.V.¹, Kazakova P.V.¹, Pankov V.A.^{1,2}, Dyakovich M.P.^{1,3}

¹East-Siberian Institute of Medical and Ecological Research, Angarsk, e-mail: imt@irmail.ru;

²Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk, e-mail: pankov1212@mail.ru;

³Angarsk State Technical University, Angarsk, e-mail: marik914@rambler.ru

The results of psychological features research of occupational disease caused by exposure to chemical and physical factors patients are presented in this article. Study revealed the high levels of anxiety within occupational disease patients that indicates disintegration at the different regulation levels; depression of varying severity; there are high levels of neuroticism that indicates the prevalence of affective forms of response. Disturbing personality traits, hypochondriac focus on their somatic state, concern and fixity to painful sensations, the trend towards the emergence of new symptoms are characterized of vibration disease patients. High levels of emotional intensity, personality disintegration, the predominance of negative emotions, as well as inadequate and passive-dependent forms of adaptation are revealed among the late period of the chronic mercury intoxication patients. Research of the type of disease attitude has shown that the presence of psychological disadaptation type of response to the disease is among vibration disease patients and the chronic mercury intoxication patients. Occupational disease patients mainly used primitive behavioral coping, unhelpful types of psychological defenses that indicate reduce the ability of adequate emotional response to frustrating situations, and can be the root cause of the formation of the state of frustration as a violation of the psychological balance between the scope of the needs and reality.

Keywords: psychological features, vibration disease, chronic mercury intoxication

При рассмотрении проблемы профессиональных заболеваний от воздействия различных производственных факторов следует учитывать, что хроническое заболевание оказывает влияние не только на физический, но и на эмоциональный статус работающих, может стать препятствием для реализации жизненных планов, удовлетворения значимых отношений, потребностей. Кроме этого, психологические и социально-психологические последствия хронического заболевания могут стать причиной изменений привычного образа жизни, снижения уровня активности, мотивации, самооценки, формирования неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования и т.д. [2, 5, 12]. Возникновение заболевания чаще всего приводит к нарушению механизмов взаимодействия человека и среды, в связи с чем для восстановления нарушенного взаимодействия в ситуации болезни в действие вступают процессы психической адаптации, включаются компенсаторные механизмы, следствием работы которых является изменение психики пациента. Появление эмоциональных нарушений, формирование невротических симптомов, наслаивающихся на основное заболевание, также может накладывать своеобразный психологический отпечаток на эмоциональные реакции и поведение больного. Известно, что вибрационная болезнь (ВБ) и хроническая ртутная интоксикация (ХРИ) в отдаленном периоде отличаются высокой устойчивостью патологического процесса, невысокой эффективностью лечения, а восстановление нарушенных функций во многом зависит от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов организма [7]. В связи с этим необходимо изучение не только этиологических факторов, влияющих на возникновение и течение профессионального заболевания, но и психосоциальных факторов, механизмов совладания со стрессом у пациентов с профессиональными заболеваниями, для организации оптимальных психопрофилактических мероприятий, направленных на формирование более адаптивного поведения [1, 3, 6, 7, 12].

Цель исследования

Выявить психологические особенности пациентов с профессиональными заболеваниями, вызванными воздействием физического и химического факторов.

Материал и методы исследования

Исследования выполнены среди пациентов с вибрационной болезнью (ВБ) и пациентов с хронической ртутной интоксикацией (ХРИ) в отдаленном периоде, когда контакт с вредными факторами отсутствует. Все обследованные были лицами мужского пола в возрасте 40–55 лет. Для исследования эмоционально-личностной сферы применяли опросник «Шкала самооценки уровня тревожности» Спилбергера—Ханина, опросник самооценки уровня депрессии Зунга [4]. Для определения структурных компонентов личности применялся адаптированный вариант Миннесотского многопрофильного

личностного опросника ММРІ. Варианты копинг-поведения исследовали с помощью методики Э. Хайма (Heim E., 1988), механизмы психологической защиты определяли с помощью методики «Индекс жизненного стиля» (LSI), тип отношения к болезни — с помощью методики «Тип отношения к болезни» [8–10].

Обследование пациентов соответствовало этическим стандартам в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» (с поправками 2000 г.) и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными приказом Минздрава РФ № 266 от 19.06.2003 г. Исследования выполнены с информированного согласия пациентов на участие. Исследование одобрено Этическим комитетом ВСНЦ ЭЧ СО РАМН (Протокол № 6 от 15.11.2012 г.). Информация обрабатывалась стандартными методами вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ EXCEL, пакета Office 2003 (в ОС «Windows XP»), «Statistica 6.0». Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение эмоциональной сферы пациентов показало, что и для больных ВБ, и для пациентов с ХРИ характерен высокий уровень личностной тревожности (46,0 и 62,0 балла соответственно). Следует отметить, что в 45,8% у пациентов с ВБ и 84,0% случаев у пациентов с ХРИ диагностируется сочетание высоких уровней личностной и ситуативной тревожности, что указывает на дезинтеграцию регуляции на различных уровнях. Исследование депрессии показало, что среди пациентов с ВБ и ХРИ выявляется значительная доля лиц с депрессией (68% и 60% случаев соответственно). Однако у пациентов с ВБ чаще диагностируются легкая депрессия ситуативного/невротического генеза (незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения) или субдепрессивное состояние (значительное снижение настроения), а для пациентов с ХРИ характерно состояние выраженной депрессии. В группе пациентов с ВБ и ХРИ выявлена значительная доля лиц с высокими уровнями невротизации (32,4% и 95,3% соответственно) и психопатизации (26,5% и 72,1% соответственно), что свидетельствует о преобладании аффективных форм реагирования и низкой переносимости стресса, обуславливающих дезадаптивные формы поведения. Результаты исследования структурных черт личности показали, что усредненный профиль ММРІ пациентов с ВБ относится к пограничному типу с невротическим наклоном, о чем свидетельствует двойной пик Hs-D, где показатели выходят за границы нормативного разброса (рис. 1).

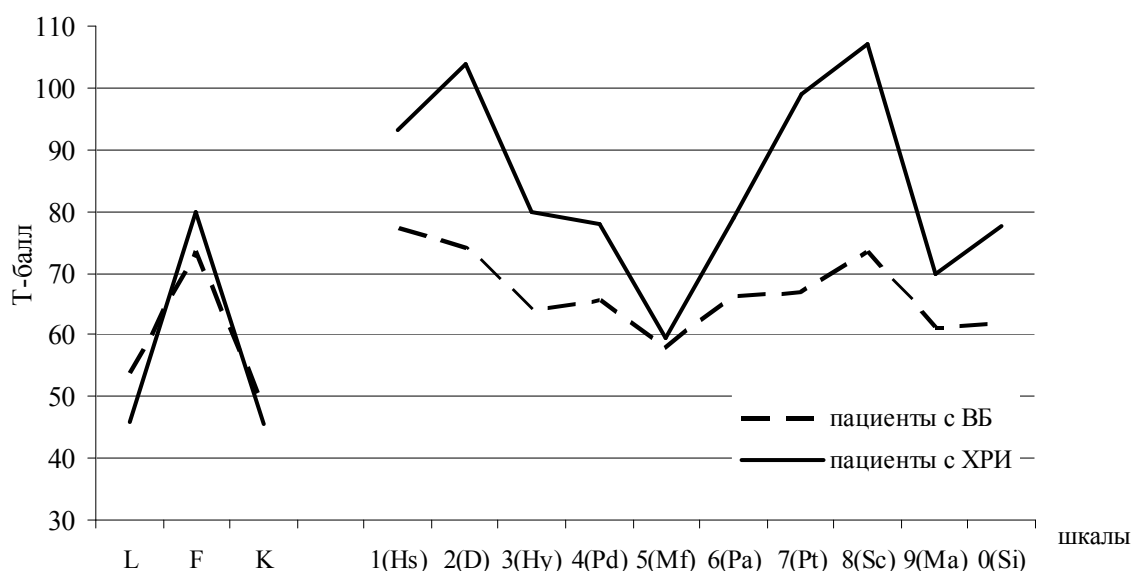


Рис. 1. Усредненный профиль ММРІ пациентов с ВБ и ХРИ

Примечание: наименование шкал: L — лжи, F — достоверности, К — коррекции, 1(Hs) — ипохондрии, 2(D) — депрессии, 3(Hy) — эмоциональной лабильности, 4(Pd) — импульсивности, 5(Mf) — мужественности, 6(Pa) — ригидности, 7(Pt) — тревожности, 8(Sc) — индивидуалистичности, 9(Ma) — оптимизма, 0(Si) — социальной интроверсии.

Наличие пика в профиле на шкале ипохондрии (Hs) с ведущей шкалой депрессии (D) отражает тревожные черты личности. Для данной группы лиц характерны ипохондрическая сосредоточенность на своем соматическом состоянии, озабоченность и фиксированность на болезненных ощущениях, пессимистическая настроенность относительно медицинской помощи, тенденции к возникновению новых болезненных ощущений, а также жалобы на плохое самочувствие с преувеличением тяжести своего состояния.

Следует отметить, что в данном случае возможны формирование механизма защиты по типу «бегство в болезнь», желание считаться больным, рентная установка относительно заболевания со стремлением к социальной защищенности и статусу хронического больного. Полученные данные также свидетельствуют о наличии у данной категории пациентов депрессивных тенденций как признака имеющегося дистресса, а с учетом анализа положения на профиле шкал оптимистичности (Ma) и тревожности (Pt) речь может идти о хронически тревожных личностях. Склонность к депрессивным реакциям у данной категории обследованных может быть связана с имеющимся заболеванием.

Анализ личностных характеристик пациентов с ХРИ показал достоверно ($p < 0,05$) более высокие по сравнению с нормативными (50–70 Т-баллы) значения по большинству шкал: депрессии ((D) 102,1 Т-балла), тревожности ((Pt) 97,8 Т-баллов), ипохондричности ((Hs) 92,9 Т-баллов), эмоциональной лабильности ((Hy) 81,1 Т-балла), импульсивности ((Pd) 76,1 Т-балла), ригидности ((Pa) 79,9 Т-баллов), индивидуалистичности ((Sc) 103,7 Т-баллов) и

интроверсии ((Si) 75,1 Т-балла) (рис. 1). Наличие высоких показателей шкалы F (80,0 Т-баллов) в совокупности с невысокими показателями шкал L (49,7 Т-баллов) и К (45,8 Т-баллов) свидетельствует о высоком уровне эмоциональной напряженности и личностной дезинтеграции, что может быть связано с выраженным хроническим стрессом и нервно-психическими нарушениями. Интерпретация профилей ММРІ свидетельствует о неадекватных и пассивно-зависимых формах адаптации с саморазрушающим и самонаказывающим поведением, преобладании отрицательных эмоций, которые могут вызывать нарушения в вегетативной нервной системе, проявляющиеся в дисфункциях внутренних органов. Указанные факты могут снижать эффективность медикаментозной терапии и тем самым ухудшать прогноз течения основного заболевания.

В защитных целях у пациентов с профессиональными заболеваниями от воздействия физических и химических факторов формируется внутренняя картина болезни, отражающая субъективную сторону восприятия заболевания пациентами. Исследование типа отношения к болезни показало, что тип реагирования на болезнь у пациентов с ВБ и ХРИ характеризуется наличием психической дезадаптации. При изучении составляющих дезадаптивного типа отношения к болезни у пациентов с ВБ выявлено преобладание интерпсихической направленности (в 60,0% случаев), что характеризуется наличием гетерогенных агрессивных тенденций, обвинением окружающих в своем недуге, использованием своего заболевания для достижения определенных целей, а у пациентов с ХРИ — интрапсихической направленности (в 80,5% случаев), что проявляется в реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, уходе в болезнь.

Копинг-поведение и механизмы психологической защиты, направленные на устранение психологической угрозы и ослабление психического дискомфорта, рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. В них находит отражение мотивационно-поведенческий аспект взаимодействия биологических и психосоциальных факторов (активность или пассивность в переработке личностных конфликтов и психотравмирующих ситуаций, преодоление болезни или ее игнорирование и отрицание, принятие роли больного и развитие симбиотических установок, стремление к выздоровлению, уход в работу и др.). Так, изучение копинг-поведения как стратегии действий личности, направленной на устранение психологической угрозы, показало, что пациенты с ВБ и ХРИ чаще используют неконструктивные формы когнитивных (в 37,9 и 53% случаев соответственно), эмоциональных (в 17,3% и 53,0% случаев соответственно) и поведенческих (в 24,1% и 93,0% случаев соответственно) стратегий.

Исследование психологических защит, направленных на ослабление психического дискомфорта, осуществляемого в рамках неосознанной деятельности психики (неосознаваемых реакций), благодаря которым происходит снижение эмоционального напряжения и преодоление трудностей, вызванных заболеванием, показало, что у пациентов с ВБ и ХРИ установлена повышенная напряженность большинства механизмов психологических защит, что выражается в преобладании деструктивных психологических защит над конструктивными. Для большинства из них характерны повышенные значения «отрицания», «вытеснения», «регрессии», «проекции», «замещения», «реактивных образований». Указанное может свидетельствовать о снижении способности адекватного эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях и являться первопричиной формирования состояния фрустрированности как нарушения психологического баланса между сферой потребностей и реальностью.

Заключение

Таким образом, результаты исследований показали, что характерными психологическими особенностями пациентов с ВБ и ХРИ в отдаленном периоде являются: высокий уровень личностной тревожности, свидетельствующий о нарушении механизмов психической адаптации; высокие уровни невротизации и психопатизации, обуславливающие преобладание аффективных форм реагирования и низкую переносимость стресса; преобладание дезадаптивного типа отношения к болезни; использование в большей степени примитивных поведенческих стереотипов, которые существенно обедняют общий арсенал преодоления конфликтных ситуаций, снижают способность адекватного эмоционального реагирования; использование неконструктивных типов психологических защит, свидетельствующих об отсутствии мотивации пациентов на поддержание своего здоровья, способных быть причиной нарушения психологического баланса между сферой потребностей и реальностью. Кроме того, на первый план в структуре личности обследованных выступают преобладание тревожно-мнительных черт, ипохондрическая сосредоточенность на своем соматическом состоянии; наблюдаются признаки невротизации, напряженность, неуверенность в себе, что может свидетельствовать о дезадаптации личности.

Наличие профессионального заболевания в совокупности с психологическими проблемами, наслаивающимися на основное заболевание, способствует нарастанию психосоциальной дезадаптации, поддерживающей негативное физическое и психоэмоциональное состояние. Возникает «замкнутый круг», суть которого заключается в том, что изменения в организме, возникшие в связи с профессиональным заболеванием, вызывают патопсихологические реакции, которые в свою очередь могут являться причиной

дальнейших соматических нарушений, что может не только ухудшать общее состояние пациентов, но и препятствовать лечению и реабилитации, снижая качество жизни пациентов. Учитывая то, что современные представления о последствиях влияния производственных факторов на здоровье работающих значительно расширились, при оценке вклада профессиональной деятельности в формирование профессионального заболевания следует учитывать влияние психологических, социальных и других факторов.

Список литературы

1. Бабанов С.А. Психологический профиль больных вибрационной болезнью [Текст] / С.А. Бабанов, Е.В. Воробьева // Медицина труда и промышленная экология. — № 1. — 2011. — С. 11–14.
2. Бурлачук Л.Ф. Психология жизненных ситуаций : учеб. пособие [Текст] / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова. — М.: Российское педагогическое агентство, 1998. — 263 с.
3. Казакова П.В. Психоэмоциональные особенности в отдаленном периоде профессиональных нейроинтоксикаций [Текст] / П.В. Казакова, О.И. Шевченко // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2007. — № 1 (53). — С. 59–62.
4. Киршева Н.В. Психология личности: Тесты, опросники, методики [Текст] / Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова. — М.: Геликон, 1995. — 290 с.
5. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский [Текст] СПб.: Питер, 2002. — 960 с.
6. Кулешова М.В. Психологические особенности работающих в контакте с физическими факторами [Текст] / М.В. Кулешова, В.А. Панков // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2005. — № 2. — С. 59–65.
7. Профессиональная патология: национальное руководство [Текст] // под ред. Н.Ф. Измерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 429–462.
8. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов [Текст] / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубов и др. — СПб., 2005. — 54 с.
9. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей [Текст] / Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. — СПб., 2005. — 33 с.
10. Рукавишников А.А. Практическое руководство по интерпретации ММРІ [Текст] / А.А. Рукавишников, М.В. Соколова. — Ярославль: НЦП «Психодиагностика», 1992. — 90 с.
11. Сирота Н.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская //

Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2011. — № 2. — URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.11.2014).

12. Современные подходы к классификации профессиональной нейроинтоксикации ртутью / О.Л. Лахман, Е.В. Катаманова, Т.Н. Константинова и др. [Текст] // Экология человека. — 2009. — № 12. — С. 22–27.