

Панченко О.А., д. м. н., проф., директор державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»;

Панченко Л.В., к. психол. н., зав. відділенням медичної та соціальної психології державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»;

Басараб І.Ю., практичний психолог відділення медичної та соціальної психології державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Проведено психодіагностическое обследование пострадавших в результате аварии на ЧАЭС. Описываются выявленные психопатологические расстройства, степень их выраженности и анализ динамики. Отмечена необходимость системного подхода к психокоррекции.

Ключевые слова: пострадавшие от аварии на ЧАЭС; психическое здоровье; адаптация.

Проведено психодіагностичне обстеження постраждалих в результаті аварії на ЧАЕС. Описуються виявлені психопатологічні розлади, міра їх вираженості і аналіз динаміки. Відмічена необхідність системного підходу до психокорекції.

Ключові слова: постраждалі від аварії на ЧАЕС; психічне здоров'я; адаптація.

Постановка проблеми. Людство, будучи джерелом глобальних перетворень природи, все частіше відчуває на собі наслідки своєї діяльності, причому, за будь-яке шкідливе перетворення навколишнього середовища воно, перш за все або зрештою, розплачується безпосередньо або побічно своїм здоров'ям і негативними змінами в біосфері. Профілактичний напрямок набуває в наші дні особливого значення у зв'язку з техногенними катастрофами, погіршенням екологічної обстановки, зміною соціального складу суспільства [1]. Під екстремальними умовами в цих випадках розуміються ситуації, небезпечні для життя, здоров'я і благополуччя значних груп населення, обумовлені стихійним лихом, катастрофами і аваріями.

Аварії та катастрофи є невід'ємною частиною історії людства. Кризові ситуації, які переживає людина, у багатьох випадках не тільки потенціюють розвиток психічних і поведінкових розладів, але і змінюють життєвий шлях та перспективу особистості, а також деформують картину життя людини [3]. Цей сценарій розвитку особливо характерний для соціально детермінованих і раптово виникаючих стресових ситуацій історичного масштабу.

До числа найзначніших екологічних катастроф віднесена аварія на ЧАЕС, до сфери патологічного впливу якої залучені різні категорії населення: ліквідатори наслідків аварії, мешканці забруднених територій, люди, переселені із забруднених районів (переселенці). Аварія на ЧАЕС з'явилася масовою катастрофою, її ліквідатори потрапили до епіцентру подій, повною мірою не оцінюючи наслідків радіаційного випромінювання для власного здоров'я [4]. Аварія на ЧАЕС – це

історична подія, яка стала для її ліквідаторів і осіб, що були залучені в ці події, біографічною та вплинула на їх подальшу долю і світосприймання. Статистика не-вблаганно констатує щорічне зростання психічних і поведінкових розладів у цього контингенту населення.

Порушення психічного здоров'я складають одну з головних медико-соціальних проблем у віддаленому періоді після Чорнобильської катастрофи. Проведені дослідження і динамічне спостереження за постраждалими свідчать про високу поширеність і несприятливий клінічний перебіг у них психічних розладів, формування і динаміка яких відбуваються під впливом психогенної травматизації, особливостей преморбіді та комплексу взаємопотенціюючих один одного несприятливих чинників ядерної катастрофи [6]. Факти також свідчать про стійку негативну динаміку психічних порушень у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, що має тенденцію постійного зростання з виходом на плато насиченості.

Сьогодні загальновизнаною вважається думка, що через 20 років і більше після ліквідації наслідків катастрофи на ЧАЕС практично у всіх постраждалих формуються різноманітні зміни особистості та соціальної адаптації. Основними їх етіологічними чинниками є не стільки значні пошкодження головного мозку, скільки глибинні несвідомі механізми психологічного захисту, що призводять до порушень у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні [5]. У зв'язку з цим при аналізі механізмів розвитку хронічних змін особистості у постраждалих актуальне значення набувають біопсихосоціальні аспекти патогенезу. Особливо важливе вивчення значущості соціально-психологічних аспектів формування психопатологічних розладів у осіб, що перенесли психоемоційний стрес внаслідок Чорнобильської катастрофи. Психологічні чинники, пов'язані з радіаційною дією, такі як очікування відстрочених патогенних ефектів в майбутньому, суб'єктивна невизначеність прогнозу, закріплене в буденній свідомості особливе сприйняття ризику від іонізуючої радіації, обумовлюють підвищені вимоги до адаптаційних можливостей особистості. До теперішнього часу очевидний довготривалий характер несприятливого впливу наслідків Чорнобильської катастрофи на психічне і соматичне здоров'я постраждалих, їх соціальну адаптацію, який підтверджується клінічною практикою та низкою наукових досліджень, у тому числі соціологічних і психологічних, а також даними державної статистики [2].

Всі чинники, значущі для формування психічних захворювань постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, можна умовно розділити на три групи:

- об'єктивні чинники аварії, що включають радіаційну дію, залежну від тривалості, часу та місця роботи при ліквідації, хімічна дія, фізичні та психічні перевантаження;
- конституціональні чинники: вік на момент аварії, соматичний стан;
- суб'єктивні психологічні чинники: сприйняття аварії та її пошкоджувальної дії, оцінки свого стану, своїх можливостей, зміна життєвих цінностей і т.п.

Серед усіх чинників найбільш значущими для ліквідаторів виявилися: рік участі в аварійних роботах, тривалість роботи, доза опромінювання та її сприйняття. В перші роки після аварії основними проявами порушень були астеничні та

неврозоподібні розлади, надалі поступово збільшувалася частка розладів органічного реєстру. Аналіз показників психічного здоров'я осіб, постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС, що знаходилися на лікуванні в ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» в 2009 році, продемонстрував поширеність наступної патології: різні форми психічної дезадаптації - 87-94%, переважаючою формою є різні варіанти органічного захворювання головного мозку (56,0%) з афективними, інтелектуально-мнестичними, церебрастенічними порушеннями; соматоформні та невротичні порушення – 21,9%; змішаний тривожно-депресивний розлад, дистимії – 14,6%; розлад зрілої особистості та поведінки у дорослих – 7,5%. Слід підкреслити, що депресії в більшості випадків розвиваються в межах органічних захворювань головного мозку і представлені складними депресивними синдромами з численними коморбідними розладами і високим суїцидальним ризиком. Існує закономірність: чим далі від аварії, тим більше постраждали зв'язують свої симптоми з загрозами, які із роками генералізуються і залежать вже не тільки від екологічних ризиків, але і від виробничих та побутових чинників.

Психіатрична допомога постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій і техногенних катастроф є важливою ланкою своєчасного медико-психологічного забезпечення населення. Психологічні наслідки перебування людини в надзвичайних ситуаціях, що загрожують її життю і здоров'ю, відносяться до найактуальніших проблем психіатрії та медичної психології. Психологічна корекція і психотерапія є обов'язковою складовою процесу реабілітації постраждалих в надзвичайних ситуаціях.

Мета дослідження - вивчення психічного здоров'я постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС у віддаленому періоді з урахуванням ролі дії на нього психоемоційного стресу, соматичних захворювань і соціальних чинників.

Виклад основного матеріалу. Нами проводяться щорічні комплексні огляди осіб, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, які включають експериментально-психологічне обстеження для підтвердження та уточнення клініко-психологічного висновку, вивченні особистісних особливостей пацієнтів, аналізу динаміки стану обстежених. Всього на диспансерному обліку в ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» знаходяться 515 осіб вищевказаної категорії, серед яких 439 осіб (85,2%) – ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС, 76 осіб (14,8%) – переселенці та евакуйовані. Із загального числа постраждалих 163 особи (31,7%) є інвалідами.

Для вивчення віддалених психологічних наслідків нами було проведено психодіагностичне обстеження 366 осіб, вік яких у період обстеження склав від 47 до 63 років. Серед обстежених пацієнтів 18,2% осіб були інвалідами 2-ої і 3-ї групи за сукупністю соматичних захворювань (гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба, хвороба щитоподібної залози, енцефалопатія). Скарги даних осіб відрізнялися високою представленістю астеничного синдромокомплексу різного ступеня виразності з органічним «забарвленням» проявів, наявністю «стійких іпохондричних переживань» надцінного рівня, насиченістю різноманітними перманентними і пароксизмальними вегетативними розладами. Близько 38% обстежених не бачать свого майбутнього, вони говорять про смерть, як про позитивну подію, яка принесе їм

«полегшення і вирішити всі життєві проблеми». Відношення до пережитої стрес-події передбачає глибоке і всебічне вивчення особистості, що дозволяє виявити різні деформації картини життя, включаючи і її тимчасову орієнтацію, які негативно впливають на психічний стан, психологічну реалізацію часу життя і життєвий шлях людини. Діагностика цих особливостей дозволяє надати своєчасну психокорекційну і психотерапевтичну допомогу постраждалим.

Проведене психодіагностичне дослідження спрямовано на вивчення психофізіологічних показників пам'яті, уваги, самооцінки і афективних станів, особливостей емоційно-вольової сфери. Для оцінки психічної діяльності постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС ми використовували наступне: для оцінки психофізіологічних показників – методики дослідження зорової та слухової пам'яті, запам'ятовування 10 слів, таблиці Горбова-Шульте, коректурну пробу; для оцінки особистісних показників – стандартизований метод дослідження особистості (ММРІ), метод колірних виборів Люшера, клінічний опитувальник К.К.Яхіна, Д.М.Менделевича для виявлення та оцінки невротичних станів.

Отримані результати психодіагностики дозволили констатувати, що практично у всіх випробовуваних минуле представлялося як більш значний період їх життя. Перебування в зоні ЧАЕС не розцінювалося як щось трагічне, тому що у той час майже ніхто не знав про можливі наслідки аварії. Погіршення здоров'я, зміна соціальних відносин, відчуття неповноцінності, безпорадності, матеріальні труднощі в теперішній час сприяють наростанню або дратівливості, агресивності, або байдужості до всього того, що відбувається навколо. Майбутнє отримує негативне забарвлення, випробовувані не бачать виходу із ситуації, що склалася. Майбутнє бачиться ними малоперспективним періодом життя, часто розмитим і невизначеним. Відбуваються зміни в ієрархії потреб і в мотиваційній сфері: потреби в безпеці, відчутті захищеності від життєвих невдач, надмірна заклопотаність своїм здоров'ям переважають над потребами самоактуалізації і реалізації своїх потреб в особистісному зростанні. Всі випробовувані відзначають зміни своїх характерологічних особливостей та критично відносяться до появи дратівливості, запальності, конфліктності. При цьому вони розуміють, що це неприємно найближчому оточенню і негативно позначається на відносинах у сім'ї, трудовому колективі. Всі відзначають тісний зв'язок між перебуванням в зоні ЧАЕС і змінами у фізичному і психічному статусі.

Проведене дослідження виявило низку психологічних характеристик, які свідчать про слабкість функцій уяви, низьку здатність контролювати власний емоційний стан і виражати його в соціально допустимій формі. Хворі недовірливі, насторожені, консервативні, вважають, що їх хворобливий стан недооцінюють. Самооцінка таких випробовуваних занижена, вони низько оцінюють свої глибинні якості і своє місце в міжособистісних відносинах. Їх страхи і побоювання більшою мірою пов'язані з хворобою.

Результати проведених досліджень також свідчать про те, що клінічна картина стану постраждалих обумовлена тісно взаємозв'язаними соціальними, біологічними і психологічними чинниками і надана широким діапазоном пограничних

психічних розладів, що формуються на основі церебральних неврологічних порушень. В більшості випадків психопатологічна симптоматика мала тенденцію до прогресивної течії з ускладненням за рахунок симптомів органічного регістру.

Виявлені різноманітні психопатологічні розлади і ступінь їх вираженості цілком залежать від особистісних особливостей характеру обстежуваного, його соціального і сімейного оточення, важкості і тривалості захворювання, виду терапії, що проводиться. Результати дослідження і поширеності виявлених порушень психофізіологічних показників (пам'яті, уваги, працездатності) надані в таблиці 1.

Аналізуючи дані, ми бачимо, що розлади пам'яті обстежених пацієнтів, які характеризується зниженням запам'ятовування, зберігання і відтворення нової інформації, відмічаються у 157 ос. (42,9%); випадіння давно отриманих знань і повсякденних навичок - у 16 ос. (4,4%). Зниження концентрації уваги встановлено у 183 осіб (50%); звуження обсягу уваги - у 217 осіб (59,3%); підвищена стомлюваність - у 178 осіб (48,6%); коливання працездатності - у 213 осіб (58,2%).

Таблиця 1

**Порушення психофізіологічних показників осіб,
постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС**

Порушення	Абсолютний показник (осіб)	Відносний показник (%)
Розлади пам'яті	157	42,9
Випадання пам'яті	16	4,4
Зниження концентрації уваги	183	50
Звуження обсягу уваги	217	59,3
Підвищена стомлюваність	178	48,6
Колівання працездатності	213	58,2

Психопатологічні прояви у осіб, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, посилилися в пізньому періоді. Результати, отримані за допомогою опитувальника ММРІ, виявили своєрідну особистісну структуру досліджуваних. Там, де має місце «плаваючий профіль» особистості з одночасним підйомом, за невротичними і психотичними шкалами відображаються психічні розлади з ознаками дезінтеграції інтелектуальної та емоційної сфер. Серед всіх проаналізованих особистісних профілів 78% високорозташовані. Поєднання високих показників за 1-ою і 2-ою шкалами характерні для старіючих чоловіків. Підйом 1-ої і 3-ої шкал виявляє чітку тенденцію до виникнення вегетативних пароксизмів, яскравої соматизації тривоги. Посилення іпохондричності та придбання характером сенестопатій відображаються в підвищенні 1-ої і 8-ої шкал. Високі показники за шкалами 4-ою і 6-ою вказують на експлозивний тип реагування з тенденцією до неконтрольованих агресивних реакцій та утворення надцінних ідей. Емоційно-особистісний патерн психопатичної особистості з вираженою соціальною дезадаптацією та антисоціальною спрямованістю інтересів і поведінки відображається у високих показниках за 4-ої, 8-ої і 9-ої шкал.

Структура профілю особистості за методикою ММРІ дозволяє говорити про стійку систему відношення випробовуваних до ситуації, що склалася, про хронічно протікаючу психічну дезадаптацію, про стан загального стресу, в якому задіяні різні захисні механізми і напружені множинні компенсаторні функції психічної діяльності, направлені на нівелювання дезадаптації. Всі пацієнти пред'являють підвищені вимоги до середовища, для них особливо важлива щадна соціальна ніша, щадний підхід. Всі проблеми, в основному, розв'язуються «втечею в хворобу». Суспільство, на їх думку, повинне звільнити їх від відповідальності і надати пільги.

Отримані дані служать показником органічних порушень психічної діяльності. Наростання емоцій гніву, ригідність установок у відстоюванні своєї позиції, обмеження відчуття власної гідності, незадоволеність положенням в соціумі, наявність різноманітних стресових чинників, а також підвищена стомлюваність, порушення сну, песимізм, тривога і нерішучість знайшли своє віддзеркалення у високих показниках емоційного стресу – до 8-9 балів за методикою Люшера, коли обстежувані віддають перевагу кольорам 6, 0, 2, 7 на 1-ій і 2-ій позиціях.

Використаний нами клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів містить шість шкал: тривоги, невротичної депресії, астенії, істерії, obsесивно-фобічних і вегетативних порушень, показники кожної з яких відображають виразність тих або інших симптомів. У 198 осіб (54,1%) отримані показники досягають клінічно значущого рівня; у 117 осіб (32,0%) – показники характеризують «предхворобливий стан», тобто знаходяться в зоні підвищеного ризику формування визначеного симптомокомплексу; і лише у 51 особи (13,9%) показники характеризують норму (див. рис.1).

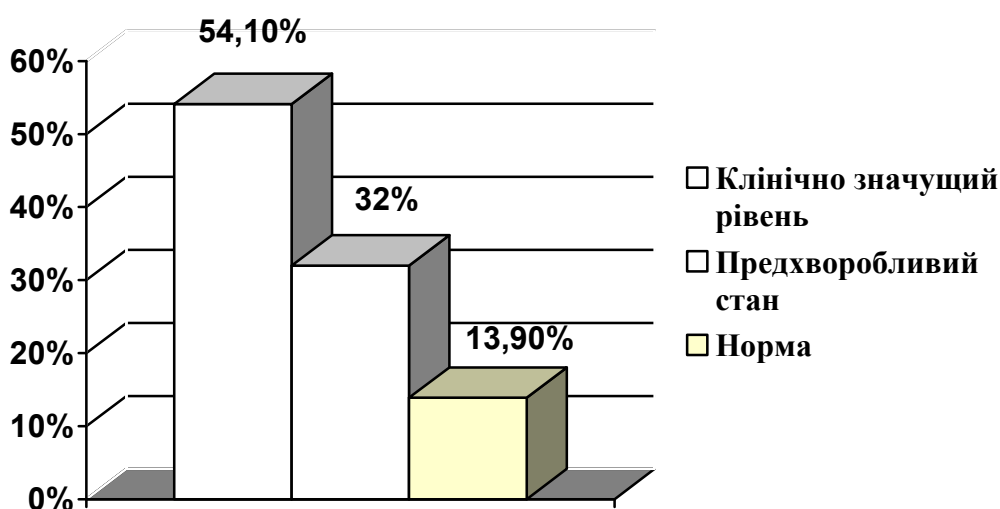


Рис. 1. Виразність невротичних станів у осіб, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Отримані результати психодіагностичного обстеження дозволяють лікарям-психіатрам об'єктизувати тяжкість емоційного стану, оцінити працездатність, спираючись на дані психофізіологічних показників, виявити особистісні особли-

вості. Соціальні наслідки хвороби, серед яких найважливішими є зміни професійного та сімейного статусу людини, перехід на інвалідність, у зв'язку зі зниженням рівня працездатності, тривале стаціонарне лікування, яке змінює звичне соціальне оточення, змінює весь вигляд пацієнта і його тимчасову орієнтацію. Зміна ескізу майбутнього – одна з найістотніших характеристик нової соціальної ситуації розвитку, що складається в умовах хвороби. Тому для проведення успішної реабілітаційної роботи з пацієнтами, постраждалими внаслідок аварії на ЧАЕС, а також інших техногенних катастроф, психокорекція і психотерапія їх тимчасової та життєвої перспективи є першорядним завданням.

Висновки психологів допомагають підібрати найбільш ефективні для конкретного пацієнта методи корекції. Особливістю цих методів є орієнтація на рішення справжніх (насутих) проблем людини, а не на аналіз і пошук причинних зв'язків у минулому. Їх унікальність полягає в активізації власних ресурсів організму, спрямуванні їх на оздоровлення, зміні обмежуючих переконань і спадкових проблем. Нами широко використовується метод бесіди з застосуванням когнітивно-поведінкової психотерапії, проводяться консультації з пацієнтами та їх родичами. Найпоширеніші теми для бесід і консультацій: проблема підвищення самооцінки, зміна сприйняття дійсності, зняття психологічної напруги і стресу, проблеми взаємостосунків в сім'ї, питання профпридатності.

Групові заняття проводяться спільно із психіатрами з метою виявлення нерозв'язної, часто неусвідомлюваної проблеми. Завдання терапевта і ко-терапевта – допомогти усвідомити і реалізувати цю проблему, перетворити на вирішувану, сприяти тому, щоб знання стали поведінкою. При різних психопатологічних станах на переробку інформації впливає систематичне упередження, тобто мислення пацієнтів тенденційне. Когнітивно-поведінкова терапія, що проводиться в межах групового тренінгу, дозволяє знайти ключ до розуміння і рішення психологічних проблем, які знаходяться в свідомості пацієнтів. Формула лікування полягає в допомозі пацієнтові відшукати порушення процесів мислення і навчитися альтернативним, більш реалістичним способам формулювання свого досвіду. Найважливіший результат такої роботи – це відновлення адаптивних можливостей особистості, швидке блокування патогенних тенденцій і вироблення нових ефективних засобів для адаптації та захисту в навколишньому соціальному середовищі.

Висновки. Дані, отримані за допомогою психодіагностичного дослідження, дозволяють говорити про присутність у обстежених осіб психологічних феноменів, пов'язаних з преморбідними особливостями хворих, вторинним впливом прогресуючих соматичних захворювань, характером органічного ураження головного мозку і участю психосоціальних чинників, що формують «внутрішню картину хвороби» із орієнтацією на інвалідність і отримання пільг.

Результати проведеного дослідження свідчать про виразність психопатологічних розладів у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, значне зниження ресурсів соціально-психологічної адаптації, погіршення соматичного стану обстежуваних у пізньому періоді, а також необхідність проведення психокорекційних заходів, спрямованих на зниження емоційного стресу, формування адекватного

відношення хворих до свого стану, підвищення самооцінки, подолання внутрішньої особистісної кризи.

Отримані дані доцільно використовувати в організації і проведенні комплексних лікувально-профілактичних заходів, з наданням особливої уваги методам психотерапевтичної дії, при виборі методів корекції і реабілітаційної роботи з хворими.

Найбільшої ефективності терапії психопатологічних порушень у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС у віддаленому періоді вдається досягти при поєднаному застосуванні психотерапевтичних і фармакотерапевтичних методів, які надають довготривалий ефект і зменшують прогредієнтність психопатологічних розладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь : теория и практика / А. Ф. Бондаренко. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 368 с.
2. Волошин П. В. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов // Междунар. мед. журн. – 2000. – Т.6, №3. – С. 31–34.
3. Головаха Е. И. Психологическое время личности / Е. И. Головаха, А. А. Кронин. – М. : Смысл, 2008. – 272с.
4. Кожевникова В. А. Эмоциональные особенности лиц, переживших различные экстремальные условия / В. А. Кожевникова // Укр. Вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, Вип.1 – С. 191–192.
5. Румянцева Г. М. Психосоматические аспекты психических нарушений у ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Г. М. Румянцева, О. В. Чинкина, Т. М. Левина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т.4, №1., – С. 19–23.
6. Табачников С. И. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром / С. И. Табачников, С. В. Титиевский // Doctor. – 2002. – №6. – С. 14–16.

УДК 159.95

Перелигіна Л.А., д.б.н., професор, завідувач кафедри загальної психології НУЦЗУ;

Приходько Ю.О., к.психол.н., начальник медичної служби НУЦЗУ;

Світлична Н.О., здобувач кафедри загальної психології НУЦЗУ

КОНЦЕПЦІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ МНС

У статті розглядається суть і структура процесу збереження психічного здоров'я співробітників МНС України. Вказані необхідні умови для забезпечення збереження їх психічного здоров'я в професійній діяльності і соціальних стосунках.

Ключові слова: психічне здоров'я, співробітники МНС.