

ОБРАЗ БОЛЕЗНИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В.П. ВИШНЕВСКАЯ,

*доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник Института
национальной безопасности Республики Беларусь*

В статье представлены материалы, отражающие особенности формирования и функционирования образа болезни как у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС с ишемической болезнью сердца, так и у пациентов с аналогичным диагнозом, но не имеющих «радиационного анамнеза».

Ключевые слова: образ болезни, участники ликвидации последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС, ишемическая болезнь сердца, эталонный образ здорового человека, осознание основы образа болезни.

Крупномасштабная радиационная авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) стала причиной медико-психологического изучения ее последствий и определила высокую актуальность исследований медико-психологического направления. Одним из основных направлений стало изучение развития психосоматических нарушений и заболеваний у участников ЛПА на ЧАЭС.

На протяжении 10 лет проводилось клинико-психологическое исследование образа болезни у участников ЛПА на ЧАЭС, страдающих ишемической болезнью сердца, и контрольной группы лиц с ишемической болезнью сердца. Общее количество обследованных — 250 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет. Основу же выборки составили 150 из них, принимавших участие в ликвидации последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС в 1986–1987 годах. Часть из них была представлена сотрудниками МВД, ежегодно проходившими диспансеризацию, что обеспечивало возможность получения достоверных данных о динамике их соматического и психического состояния. Контрольную выборку составили 100 мужчин того же возрастного диапазона, страдающих ишемической болезнью сердца, но не имеющих «радиационного анамнеза». Все обследованные лица из основной выборки находились на лечении в различных лечебных учреждениях республики (в клинике и диспансерах НИИ радиационной медицины, поликлинике МВД) с верифицированным диагнозом «ишемическая болезнь сердца». Длительность заболевания на момент обследования составляла $8,23 \pm 0,54$ г.

Сравнимые группы пациентов были сопоставимы по следующим параметрам: продолжительности заболевания на момент обследования, характеру сопутствующих соматических

болезней, возрасту, полу, социальному и профессиональному статусу.

В категорию обследуемых не входили лица, имевшие до апреля 1986 года соматические, неврологические, психические заболевания, что было подтверждено данными медицинской документации (амбулаторными картами территориальных, ведомственных поликлиник). Из исследования были исключены пациенты с сопутствующими острыми и хроническими заболеваниями, предшествовавшими основному заболеванию, а также психическими расстройствами. Среди последних были органические психические расстройства (F00-F09 по классификации МКБ-10); психические и поведенческие расстройства, возникшие вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19); шизофрения, шизотипические и бредовые (F20-F29), аффективные (F30-F39), тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные (F40-F42), диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44); умственная отсталость (F40-F79). В число обследуемых не входили женщины и пациенты с вторичной (симптоматической) гипертензией, сердечной недостаточностью, серьезными нарушениями ритма сердца, сахарным диабетом, перенесшие инфаркт миокарда или нарушение мозгового кровообращения.

Обследование включало оценку соматического, неврологического, психологического статуса участников ЛПА на ЧАЭС, включая состояние их сексуального здоровья, и проводилось на основе анализа результатов динамического наблюдения врачами-специалистами соответствующего профиля. Соматический статус пациентов оценивался с учетом лабораторно-клинических данных (общий анализ крови, мочи, биохимическое, иммунологическое исследование крови) и методов функциональной диагностики

(УЗИ – ультразвуковых исследований внутренних органов; ФГДС – фибро-гастро-дуоденоскопии; ЭКГ – электрокардиограммы; АД – профиля артериального давления; РВГ – реовазографии сосудов верхних и нижних конечностей и др.). Реакция сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку оценивалась с помощью велоэргометрической пробы. Диагноз «ишемическая болезнь сердца» (ИБС) устанавливался с учетом классификации, разработанной ВОЗ (1995) МКБ-10 (С. 484–486, 578).

Неврологический статус пациента оценивался специалистами по общепринятым методикам (применялся синдромологический подход). Диагноз устанавливался на основании клинических признаков и данных инструментальных методов исследования с регистрацией электроэнцефалограммы (ЭЭГ), реоэнцефалограммы (РЭГ). При необходимости проводились компьютерная томография (КТ) или ядерно-магнитная резонансная томография (ЯМР), церебральная ангиография.

Основным методом изучения сексуальных расстройств у пациентов являлся структурный анализ Г.С. Васильченко, основанный на общей теории функциональных систем П.К. Анохина и физиологической концепции о стадиях и составляющих копулятивного цикла (Г.С. Васильченко).

Результаты обследований и формулировки клинического диагноза были зарегистрированы на основании истории болезни или амбулаторной карты.

В процессе клинико-психологического исследования было установлено, что формирование и функционирование образа болезни у названной категории пациентов имеет ряд особенностей.

Формирование и функционирование образа болезни существенно зависели от возраста. Участники ЛПА на ЧАЭС с ишемической болезнью сердца в большинстве случаев очень подробно и тщательно объясняли свои ощущения, чувства и проблемы, связанные с болезнью. Пациенты пытались вспомнить до мелочей психотравмирующие ситуации, связанные как с межличностными отношениями, так и с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Они анализировали и сравнивали свое состояние здоровья до участия в ликвидации и на момент их пребывания в стационаре, а также в период работы на загрязненной радионуклидами территории, заостряли внимание на специфических ощущениях, которые возникали у них во время пребывания в «чернобыльской зоне».

Пациенты большое внимание уделяли содержательной стороне информационных потоков, стремились уточнить наличие мирового опыта относительно лечения их болезни. Процесс их самопознания в связи с болезнью был эмоционально ярко окрашен и существенно зависел от образования, индивидуально-психологических особенностей личности, социального и профессионального статуса, мотивации профессионального и личностного роста. Временной период от непринятия до частичного принятия ими образа болезни не имел четких границ, был индивидуальным.

В возрастной группе участников ЛПА на ЧАЭС от 35 до 45 лет с ишемической болезнью сердца преобладал отказ осознания ими образа болезни. Они не принимали основу образа болезни, отказывались верить полученным результатам объективных методов исследования (ЭКГ, УЗИ, РЭГ, велоэргометрии), подтверждающих диагноз. Приступы стенокардии воспринимались ими как неожиданная случайность и объяснялись множеством причин (проблемы на работе или в семье и т.п.), не связанных с полученной дозой облучения. У названной категории пациентов наблюдалась тенденция ухода от проблемы. В связи с этим любого рода рекомендации специалистов игнорировались. В ряде случаев, когда приступы стенокардии были частыми, пациенты ссылались на переутомление и стрессы.

В личностном отношении к болезни и ситуации, возникшей в связи с ней, преобладали механизмы вытеснения и подавления. Определение пациентами названной возрастной группы жизненной перспективы носило оптимистический характер, в их образной сфере доминировал эталонный образ здорового человека с прекрасными жизненными перспективами, воспринимаемый как их аналог. Участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС расценивалось большинством пациентов как необходимое выполнение профессиональных обязанностей, связанных с чрезвычайной ситуацией. Они говорили: «Если не мы, то кто?»

Обращает на себя внимание тот факт, что состояние стресса у участников ЛПА на ЧАЭС вызывало тяжелая болезнь (инсульт, инфаркт) или смерть их знакомых, с которыми они в одно и то же время были на ликвидации. Они пытались скрыть свое состояние и восстановиться за счет внутренних резервов организма. После осознания пациентами образа болезни и самооценки состояния здоровья они частично принимали ситуацию, связанную с болезнью, как

неизбежность. Их поведение, общение, поступки в целом были направлены на позитивное изменение сложившейся ситуации. Пациенты самостоятельно и с помощью врачей следили за динамикой состояния своего здоровья, систематически проходили обследования, при необходимости получали стационарное и санаторно-курортное лечение, выполняли рекомендации специалистов. Многие занимались оздоровлением (закаливание, бассейн, ЛФК и т.п.).

Необходимо отметить, что пациенты с низким уровнем нейротизма занимали активную позицию в процессе лечения, психологической коррекции и реабилитации, стремились освоить методы релаксации. Они максимально использовали свой потенциал для карьерного роста и материального обеспечения семьи.

У участников ЛПА на ЧАЭС с ишемической болезнью сердца и сексуальными расстройствами формирование, функционирование образа болезни было индивидуальным и в большинстве случаев зависело от фиксации их на болевом синдроме во время приступа стенокардии. В случае, когда пациенты были фиксированы на болевом синдроме, временной период сформированности образа их болезни был связан с частотой и тяжестью приступов и составлял от нескольких месяцев до 1–2 лет. Формирование и функционирование образа болезни у названной категории пациентов было циклическим, во многом зависело от дополнительных психотравмирующих факторов (смерть друзей, близких, болезнь ребенка, супружеская измена и др.).

Осознав образ своей болезни и восприняв этот факт как неизбежность, они принимали волевое решение относительно коррекции образа жизни, поведения, общения. Поступки пациентов были направлены на позитивное изменение сложившейся ситуации. Они максимально выполняли назначения и рекомендации специалистов, позитивно относились к психологической коррекции, семейной психотерапии. Выполнение составленных для них индивидуальных, комплексных программ терапии и реабилитации проходило успешно, а психосексуальные расстройства по окончании лечения отсутствовали. В результате пациенты были сексуально здоровы и реабилитированы. Наблюдалась тенденция продолжительных периодов ремиссии основного заболевания (ИБС).

У пациентов с высоким уровнем нейротизма, имеющих вышеуказанную психосоматическую патологию и сексуальные расстройства, а также фиксированных на болевом синдроме, формирование и функционирование их образа

болезни имели отличные от вышеописанных групп особенности. Осознание ими основы образа болезни вызывало состояние стресса. Пациенты фиксировались на болевом синдроме и в связи с этим то избегали интимных связей, поскольку боялись спровоцировать приступ стенокардии, то наоборот, слишком часто меняли партнерш. Сексуальные расстройства они объясняли плохим самочувствием. Поведение, общение, поступки пациентов этой группы, имевшие тенденцию, направленную на саморазрушение, были направлены на манипулирование микро- или макросоциальным окружением. Они злоупотребляли спиртными напитками, курением, занимались самолечением и были социально дезадаптивны. У многих участников ЛПА на ЧАЭС с ИБС и сексуальными расстройствами развивались патохарактерологические особенности личности. Частыми были семейные конфликты и разводы. Пациенты меняли место жительства. Любая информация о последствиях чернобыльской катастрофы воспринималась неадекватно. Имеющиеся заболевания они связывали с полученной дозой облучения, обвиняя в случившемся представителей структур государственной власти. У большинства из них доминировал астено-депрессивный синдром. Они пессимистически относились к своей жизненной перспективе, имели место суицидальные мысли. У этой категории пациентов психологическая коррекция и психотерапия были поэтапными и продолжительными. Индивидуальные программы реабилитации включали семейную психотерапию. Необходимо отметить, что периоды ремиссии у пациентов существенно зависели от патогенеза сопутствующей патологии.

У участников ЛПА на ЧАЭС с ишемической болезнью сердца в возрасте от 46 до 58 лет формирование и функционирование образа их болезни отличались от вышеописанной возрастной группы пациентов и существенно зависели от количества и нозологии сопутствующей патологии. Пациенты имеющие у них заболевания (ИБС и сопутствующие) связывали с полученной дозой облучения. Им был характерен высокий уровень тревоги, связанный с большим риском получения инвалидности, потери профессионального и социального статуса, поведение, общение, поступки направлены как на изменение сложившейся ситуации, так и на манипулирование микро- и макросоциальным окружением. В то же время имели место злоупотребление спиртными напитками, курение, открытая агрессия, суицидальные мысли. У многих участников

ЛПА на ЧАЭС развивались патохарактерологические черты личности, социальная дезадаптация. Большинство из них прогнозировали для себя как возрастные ограничения жизни, так и невозможность профессионального роста. Они требовали от властей максимальной компенсации нанесенного ущерба их здоровью.

В ходе клинико-психологического исследования было выявлено, что формирование и функционирование образа болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца имели свои особенности, отличные от вышеуказанных групп участников ЛПА на ЧАЭС, и существенно зависели от болевого синдрома (его выраженности); необходимости ограничения эмоциональной, умственной и физической нагрузки; изменения межличностных отношений в макро- и микросоциальном окружении; необходимости в профилактическом лечении; неврологического статуса. Доминирующим фактором в формировании и функционировании образа болезни у названной категории пациентов являлся болевой синдром разной степени выраженности (умеренно-сильная, сильная и невыносимая боль).

Пациенты с ишемической болезнью сердца и умеренно выраженным болевым синдромом во время приступа частично принимали основу образа болезни. Временной период от частичного до полного осознания ими образа болезни составлял от 3 месяцев до 2–2,5 лет и зависел от количества и тяжести приступов.

У пациентов с низким уровнем нейротизма расширение пределов образа их болезни шло за счет фильтрации информационных потоков конкретной направленности (поиск возможных эффективных методов лечения; лекарственных препаратов и т.п.). В личностном отношении пациентов к болезни и ситуации, возникшей в связи с ней, наблюдалась тенденция частичного ее принятия как неизбежной, а также имело место вытеснение. Многие из них занимали активную позицию относительно терапии, психологической коррекции и реабилитации. Они стремились предупредить возникновение приступов, систематически принимая профилактическое лечение, выполняя рекомендации специалистов. В ряде случаев пациенты прекращали курить, доводили до минимума употребление спиртных напитков, пытались сохранить свой социальный и профессиональный статус. В определении ими жизненной перспективы доминировали оптимистические настроения.

Пациенты с высоким уровнем нейротизма с ишемической болезнью сердца и умеренно

выраженным болевым синдромом в процессе самопознания своего состояния здоровья были сфокусированы на ощущениях разного характера и выраженности. Эта категория обследуемых принимала основу образа болезни сразу после постановки диагноза. У незначительного их числа этот факт вызывал стресс. Временной период от осознания пациентом основы образа болезни до полной его сформированности не имел четких границ и зависел от уровня их образования, неврологического, психического, а также социального и профессионального статуса. Расширение пределов образа болезни у этих пациентов проходило за счет образов-представлений возможных негативных последствий. У обследуемых наблюдались эмоциональная неустойчивость, лабильность. В их личностном отношении пациентов к болезни преобладал уход от возникшей ситуации. Они неадекватно оценивали ситуацию, возникшую в связи с болезнью, высказывали пессимистическую точку зрения относительно жизненной и профессиональной перспективы, были пассивны в процессе лечения и психологической коррекции. Периоды ремиссии были непродолжительными.

Следует отметить тот факт, что пациенты с ИБС, низким уровнем нейротизма и выраженным болевым синдромом принимали основу образа болезни сразу после постановки диагноза, а временной период сформированности образа болезни у пациентов был непродолжительным и составлял от 1–2 месяцев до полугода.

Расширение пределов образа болезни шло за счет фильтрации информационных потоков и наблюдалось в виде образов-представлений возможных негативных последствий. Они наблюдали за жизнью и деятельностью других людей, имеющих аналогичные проблемы, фиксировали внимание на их активной жизненной позиции. Их самооценка психического и соматического состояния, конкретных ощущений была адекватной. В личностном отношении к болезни пациенты частично принимали ситуацию как неизбежность, а свое поведение, общение, поступки направляли на изменение сложившейся ситуации.

Вместе с тем, невзирая на то, что пациенты оптимистически относились к жизненной и профессиональной перспективам, в ряде случаев были выявлены астено-депрессивный синдром, социальная дезадаптация.

В аспекте рассматриваемой проблемы заслуживают внимания данные психологической диагностики, которые свидетельствуют о том, что большинство обследуемых были интровертированы,

имели сниженную толерантность к стрессам. Функционирование их образа болезни было индивидуальным и циклическим, существенным образом зависело от периода ремиссии. Формирование и функционирование образа болезни у пациентов с вышеуказанной патологией, высоким уровнем нейротизма и выраженным болевым синдромом имели циклический полиморфный характер. Наблюдалась тенденция «замкнутого круга». Частые, с сильными болями, приступы истощали внутренние резервы организма пациентов, в связи с этим снижалась толерантность к стрессам; незначительная как негативная, так и позитивная эмоциональная нагрузка могла спровоцировать рецидив.

Период от осознания пациентами основы образа болезни до его сформированности был непродолжительным. Образ болезни принимался ими сразу после постановки диагноза и воспринимался как неизбежность. Есть основания полагать, что они «погружались» в болезнь и жили ощущениями. Самооценка соматического, психического здоровья у названной категории обследуемых была неадекватной и лабильной. Выработка отношения к болезни и ситуации, связанной с ней, сопровождалась специфическими эмоциональными реакциями. Имели место поступки, направленные на саморазрушение, попытки суицида. Многие пациенты были социально дезадаптивны. В ряде случаев были выявлены психосексуальные, а также пограничные нервно-психические расстройства. Индивидуальные программы терапии, психологической коррекции и реабилитации оказались малоэффективными, периоды ремиссии были непродолжительными. В ряде случаев заболевание имело тяжелое течение, осложнялось инфарктом миокарда, в результате которого пациенты получали инвалидность. Таким образом, происходило замещение социального и профессионального статуса на статус больного. Эти люди пессимистически относились к определению своей жизненной перспективы.

Все пациенты с ишемической болезнью сердца и очень сильно выраженным (невыносимым)

болевым синдромом основу образа болезни осознавали сразу после постановки диагноза. В ряде случаев рецидив болезни вызывал у них стресс. В личностном отношении пациентов к болезни и ситуации, связанной с ней, преобладал уход от проблемы. На формирование и функционирование образа болезни у пациентов существенное влияние оказывало чувство страха смерти, которое они испытывали во время приступов.

Самооценка пациентами соматического, психического состояния в большинстве случаев была неадекватной и носила лабильный характер. Многим из них был характерен высокий уровень тревоги в связи с риском осложнения заболевания (инфаркт миокарда), получения инвалидности, боязни стать обузой для близких. Пациенты с вышеуказанной патологией во время приступа испытывали страх смерти, о чем говорилось выше. У большинства из них выявлены астено-депрессивный синдром, депрессия, психосексуальные расстройства.

В личностном отношении пациентов к болезни и возникшей в связи с этим ситуацией преобладали механизмы вытеснения. В своем большинстве их поведение, общение, поступки были направлены на изменение сложившейся ситуации. Они выполняли рекомендации врачей, занимали активную позицию в процессе психологической коррекции и реабилитации, невзирая на существенные ограничения эмоциональной, физической нагрузки, снижения коммуникативной активности, оценивая свою жизнь через призму случившегося. При определении жизненной перспективы многие из них ставили возрастные ограничения жизни и невозможность создания профессиональной карьеры.

На основании данных клинико-психологического исследования можно утверждать, что осознанное формирование и функционирование образа болезни в системе психосоматических заболеваний является базисным звеном активного включения пациента в процесс лечения, что способствует быстрейшему выздоровлению и реабилитации, более продолжительному периоду ремиссии.