

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСІБ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙ

Полшкова С.Г.

*Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*

Сьогодні чітко простежується зміни у характері екстремальних подій (їх нетрадиційність – інформаційна сфера, нові види захворювань, тероризм тощо, – взаємозалежність виникнення природних, техногенних і екологічних катастроф та ін.), що веде до глобальної загрози в різних сферах життєдіяльності суспільства. У цьому зв'язку на перший план виступає необхідність дослідження причин та особливостей психічної патології у працівників небезпечних видів професій за умов надзвичайної ситуації.

В умовах стресогенного впливу сучасного життя, що відтворює підвищений фон емоційної напруги, посилюється тенденція до зросту пограничних психічних розладів, що сприяють розвитку у соматичних хворих симптомів психічної дезадаптації [1]. Психосоматичні захворювання розповсюджені в періоди, коли населення піддається інтенсивному впливу зовнішніх стресорів, що можна спостерігати в оточуючому світі.

Значна розповсюдженість психічної, в першу чергу, пограничної, патології в певних професійних групах, що знаходяться в умовах постійного психоемоційного напруження, добре відома. Важливим підтвердженням актуальності пов'язаних з цим проблем є активізація в останній час досліджень психічного здоров'я низки певних професійних категорій (працівники правоохоронних служб, пожежників, рятувальників, гірників [2,3]).

Можливість виникнення та характер психічних розладів, їх частота, вираженість, динаміка залежать від багатьох факторів - характеристик екстремальної ситуації, її інтенсивності, раптовості її виникнення, тривалості дії. Готовність людей до діяльності в несприятливих умовах визначається їх індивідуально-типологічними якостями, професійною та психологічною стійкістю, волевою та фізичним загартуванням. Важливим фактором виступає також організованість та узгодженість дій в екстремальних умовах, підтримка оточуючих, наявність наочних прикладів мужнього подолання труднощів.

Зі збільшенням професійного стажу практично кожна людина отримує нові для себе риси характеру, на формування яких впливають особливості його професії, умови праці та багато іншого. Іноді вплив праці на людину може проявлятися в посиленні психопатизуючих рис особистості, що вже має людина. Проблему впливу професії на особистість людини вивчали в різні роки багато авторів [4,5].

Треба враховувати той факт, що у виникненні надзвичайних ситуацій на виробництві одну не останню роль грає «людський фактор». Так, за даними світового досвіду, понад 60 % аварій відбуваються через помилки робітників, непра-

вильні й хибні дії людей постають причиною 50 % катастроф у транспортній промисловості України, до 20-25 % – у вугільній тощо, а грамотне поведіння працюючого персоналу дозволяє уникнути 70 % позаштатних ситуацій.

Вищенаведене визначає актуальність даної публікації, що має на меті висвітлення результатів вивчення психосоматичних механізмів та відносин психічної патології, що виникає у працівників небезпечних видів професій, вивчення моделі формування механізмів патологічного реагування на впливи середовища, а також дослідження ролі аутоагресії в розвитку даної патології.

Тому метою нашого дослідження було вивчення феномену аутоагресивної поведінки з позицій психосоматики, на прикладі осіб небезпечних видів професій, а також визначення клініко-психопатологічних особливостей психічної патології, що спостерігаються у даної категорії осіб. Стаття є фрагментом дисертаційної роботи, яка виконана відповідно до плану наукових досліджень Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України і пов'язана з темою: «Розробити модель комплексної програми психіатричної та соціально-психологічної корекції пацієнтів з саморуйнівною поведінкою в межах біопсихосоціальної парадигми (психіатричний, соціально-психологічний та психосоматичний аспекти)» (№ держреєстрації: 0107U001633).

Для досягнення поставленої мети в нашому дослідженні ми використовували наступні методи дослідження:

1. Клініко-психопатологічний, що включав:
  - діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу;
  - клінічні шкали HAM-A, HAM-D, CGI-S, CGI-I.
2. Експериментально-психологічний:
  - Торонтська алекситимічна шкала;
  - шкала депресії Бека;
  - шкала тривоги Спілбергера-Ханіна;
  - опитувальник Шмішека;
  - опитувальник Q-Les-Q [6];
3. Клініко-анамнестичний - «Карта обстеження осіб із підвищеним ризиком саморуйнівної поведінки».
4. Інформаційно-аналітичний.
5. Методи математичної статистики.

Дослідження осіб небезпечних видів професій, а саме: гірників вугільних шахт проводилося на базі Донецької обласної клінічної лікарні профзахворювань, та машиністів - на базі Дорожньої клінічної лікарні №1, ст. Київ.

Всього було обстежено 534 пацієнта, з них 354 особи небезпечних видів професій 278 гірників та

76 машиністів. Пацієнтів з ознаками органічного ураження центральної нервової системи до дослідження не включали. Усі обстежені нами пацієнти були чоловічої статі, працездатного віку.

Аналізуючи виявлену психопатологію серед обстежених основної групи більшість становили психічні розлади невротичного регістру, а стрижневими синдромами були: тривожно-депресивний - 59,6%, тривожно-фобічний - 26,6%, також зустрічалися депресивно-іпохондричний - 8,7% та астено-депресивний синдром - 5,1%.

Основною характеристикою хворих із тривожно-депресивним синдромом був пригнічений настрій з вираженим тривожним афектом. При тривожно-фобічному синдромі, були різноманітні анкіозні стани. Депресивно-іпохондричний синдром визначався іпохондричними побоюваннями, як правило, нав'язливого характеру. А при астено-депресивному синдромі були пригнічений фон настрою з відчуттям втрати життєвого тону, сил та бажань.

Для визначення тяжкості тривожної та депресивної симптоматики ми використовували клінічні шкали НАМ-А - шкала оцінки тяжкості тривоги Гамільтона, НАМ-D - шкала оцінки тяжкості депресії Гамільтона, CGI-I - шкала загального клінічного враження зміни стану в процесі терапії.

Таким чином, в процесі обстеження було виявлено, що пацієнтів не відзначалося дуже важкого депресивного стану, тобто показників більше 23 балів за даною шкалою. Згідно зі шкалою НАМ-D діапазон показників від 0 до 7 балів говорить про те, що у досліджуваного немає депресивних симптомів; від 8 до 13 - наголошується легка депресія, показники від 14 до 18 говорять про помірної депресії, 19-22 бали - важка, а вище 23 - дуже важка депресія. Розподіл обстежених за рівнем депресивної симптоматики представлено на рис. 1.

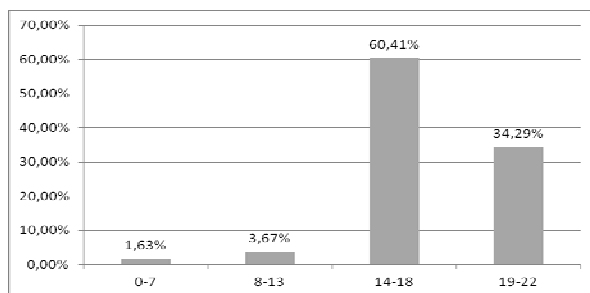


Рис. 1. Розподіл обстежених за рівнем тяжкості депресивної симптоматики за шкалою НАМ-D.

Шкала НАМ-А дозволяє оцінити ступінь вираженості тривоги. Тяжкість тривоги оцінювалася відповідно до загального балу за шкалою, а саме: від 0 до 13 балів - норма, 14-17 - легкий ступінь тривоги, 18-24 - середня і вища 25 - важка. Розподіл обстежених за шкалою НАМ-А представлено на рис. 2.

Також для більш повної клініко-психопатологічної картини ми дослідили рівень якості життя пацієнтів небезпечних видів професій. Обстеження проводилося за допомогою шкали Q-Les-Q (опитувальник якості та задоволення від життя).

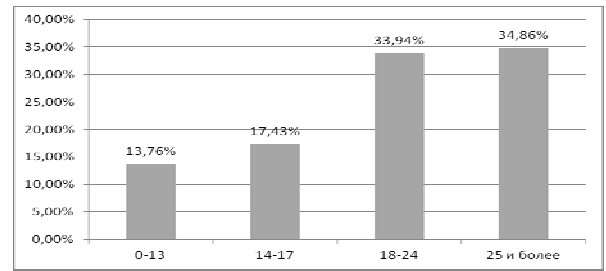


Рис. 2. Розподіл обстежених за рівнем тяжкості депресивної симптоматики за шкалою НАМ-А.

Шкала Q-Les-Q включає наступні сфери: «Фізична сфера», «Психологічна сфера», «Рівень незалежності», «Соціальні відносини», «Навколишнє середовище» і «Духовна сфера», сума значень яких дає загальну підсумкову оцінку якості життя. Поряд із основними вищезазначеними сферами в структурі опитувальника виділяється глобальна оцінка якості життя (G) - сфера «Загальна якість життя і стан здоров'я».

Середні значення показника якості життя за шкалою Q-Les-Q представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Середні значення показника ЯЖ (Q-Les-Q) у осіб небезпечних видів професій

Питання	Показники (M ± m)
	I група
Фізичне здоров'я	2,5 ± 0,6
Настрій	2,6 ± 0,2
Робота в цілому	1,7 ± 0,4
Робота по дому	2,3 ± 0,3
Соціальні взаємовідносини	2,3 ± 0,5
Взаємовідносини в сім'ї	1,5 ± 0,2
Дозвілля	2,5 ± 0,3
Здатність функціонувати в повсякденному житті	2,3 ± 0,7
Сексуальна задоволеність	2,2 ± 0,6
Економічний статус	2,4 ± 0,4
Помешкання/чи ситуація житла	2,2 ± 1,0
Здатність фізично рухатися	3,9 ± 0,3
Зір	3,6 ± 0,2
Загальне почуття благополуччя	2,1 ± 0,2
Відношення до терапії і медикаментів	Не оцінювали
Задоволеність життям	2,4 ± 0,4

Примітка: \* -  $p > 0,001$ , \*\* -  $p > 0,05$  (за 2-вибірковим критерієм Уїлкоксона)

Аналіз показників, що представлено в таблиці 1, показав значні порушення якості життя у осіб небезпечних видів професій. Якісний та кількісний аналіз показав, що більша частина обстежених «не задоволені» своїм життям. Відповіді на питання стосовно ЯЖ були в межах «дуже погано» (1 бал), «погано» (2 бали) та «задовільно» (3 бали). Гірше за все обстежені оцінювали взаємовідносини в сім'ї та роботу в цілому. А краще за все оцінювалася здатність фізично рухатися та зір. При цьому не відмічалася значних відмінностей між двома групами ( $p > 0,001$ ,  $p > 0,05$ ). Такий показник, як відношення до терапії і медикаментів не оцінювався до терапії.

Крім того було відмічено динаміку психіч-

них розладів, що розвивалися в небезпечних умовах. А саме, психічні реакції поступово проходили чотири фази: так званого «героїзму», «медового місяця», «розчарування» та «відновлення».

«Героїчна фаза» починалася безпосередньо в момент катастрофи і продовжувалася декілька годин. Для неї були характерні альтруїзм, героїчна поведінка, що була викликана бажанням допомогти людям спастися та вижити. Неправильні припущення про можливість легко подолати труднощі виникали якраз у цій фазі.

Фаза «медового місяця» наступала після катастрофи і продовжувалася від тижня до 3-6 місяців. Ті, хто вижив, відчували сильне почуття гордості за те, що подолали всі небезпеки і залишилися жити. В цій фазі катастрофи потерпілі мали надію і вірили, що скоро всі проблеми та труднощі будуть вирішені.

Фаза «розчарування» продовжувалася від 2 місяців до двох років. Сильне почуття розчарування, гніву, обурення та жалю виникали внаслідок загибелі усіх надій. В цій фазі іноді розвивалися патохарактерологічні зміни особи потерпілого, які визначали дезадаптивний, а іноді і асоціальний тип поведінки потерпілих.

Фаза «відновлення» починалася тоді, коли ті, що залишилися жити, усвідомлювали, що їм необхідно налагоджувати побут, вирішувати проблеми самостійно та брати відповідальність на себе за виконання цих завдань. Було дуже важливим прослідкувати перехід цих фаз та будувати хід колекційної та терапевтичної роботи. В іншому випадку ми відмічали соціальну дезорганізацію внаслідок розділення сімей та інших непередбачених реакцій, наприклад, зловживання алкоголем, агресивні дії до оточуючих, дрібні крадіжки, різка егоїстична поведінка окремих осіб, паніка. Ось чому було важливо враховувати взаємодію та взаємовплив індивідуальних та колективних форм реагування, вирішувати проблеми колективно, включаючи різних спеціалістів - медиків, психологів, соціальних психологів, юристів, і, звичайно, соціальних працівників.

Загальні закономірності схематичної динаміки психогенних розладів можна представити так:

1) Індивідуальний бар'єр психічної адаптації. Він залежав від біологічних, індивідуально-типологічних, соціальних характеристик особи.

2) Непатологічні (фізіологічні) адаптивні прояви (тахікардія, вегетативні реакції, прискорене дихання, підвищення кров'яного тиску, рухова активність, що не носили дезадаптивний характер).

2а) Донозологічні стани (стани функціональних порушень, що не були хворобою. Наприклад, судинні дистонії порушення шлунково-кишкового тракту, порушення сну та ін. При цьому була можлива повна самокорекція).

3) Реактивні психози (короткочасні порушення психіки у вигляді афективно-шокових реакцій, ступору, неконтрольованого страху, панічної втечі, порушення сприйняття та усвідомлення обставин, агресивні до оточуючих та до себе. Сам хворий контролювати свою поведінку не міг. В цьому випадку була потрібна ізоляція, швидка медична допомога).

3а) Невротичні реакції (контрольоване почуття страху, тривоги, депресії. Була потрібна допомога медпрацівників).

4) Невроз, як стабілізована клінічна форма невротичного стану (тут переважали депресивні, неврастенічні, сенесто-іпохондричні, психосоматичні розлади. Незважаючи на контрольованість стану, хворий потребував медичної допомоги. Працездатність була обмежена).

5) Неврастенічний розвиток особи, що в дальнішому обмежував працездатність потерпілого, формувалася неадаптивні форми поведінки в побуті, соціальній сфері. Потребував допомоги психотерапевта та соціального працівника.

5а) Патохарактерологічний розвиток особи. При цьому стабілізувався розвиток патологічних змін особи, що міг формувати дезадаптивну, асоціальну форму поведінки (нерозсудливість, безвідповідальність, байдужість, безпечність, бездоглядність, роздратованість, підозрілість, агресивність та ін).

Соціальна дезорганізація таких потерпілих могла призвести до здійснення ними дій, що порушували закони - крадіжки, хуліганські вчинки, розбої та ін. Для позитивного впливу на цю ситуацію була потрібна співпраця юристів, соціальних працівників, психотерапевтів.

6) Стани компенсації (Потребували підтримки соціальних працівників та психотерапевтів).

7) Стани психічної адаптації (без наслідків для здоров'я).

**Висновки.** Таким чином, ми бачимо, що стрижневими симптомами у обстежених нами осіб небезпечних видів професій були тривога та депресія, які сформувалися в наступні синдроми: тривожно-депресивний - 59,6%, тривожно-фобічний - 26,6%, також зустрічалися депресивно-іпохондричний - 8,7% та астено-депресивний синдром - 5,1%. Обстеження за шкалами НАМ-А та НАМ-D показало, що серед осіб небезпечних видів професій переважали особи із помірною тяжкістю депресії, а рівень тривожної симптоматики в більшості визначався як важкий. При чому спостерігалася динаміка психопатологічної симптоматики, яка мала певні етапи розвитку. Також ми побачили значне зниження рівню якості життя у даній категорії пацієнтів.

**Перспективи даного дослідження.** Результати нашого дослідження підкреслюють важливість вивчення феномену аутоагресивної поведінки з позицій психосоматики, на прикладі осіб небезпечних видів професій, а також визначення клініко-психопатологічних особливостей психічної патології, що спостерігаються у даній категорії осіб. Наступні дослідження мають включити питання вивчення особливостей патогенезу психічної патології у осіб небезпечних видів професій з позицій психосоматичного підходу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні в 2004 році / Міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, Міністерство охорони навколишнього середовища України, Національна академія наук України. – К.: Чорнобильінтерформ МНС України, 2005.
2. **Чабан О.С.** Психосоматичні аспекти в практиці лікаря-інтерніста на прикладі метаболічного синдрому (діагностика, клініка, лікування, профілактика) / Чабан О.С., Хаустова О.О., Жабенко О.Ю.; Методичні рекомендації. – К. – 2009. – 40 с.
3. **Гриневич Є. Г.** Стан психічного здоров'я шахтарів і гірничорятувальників, що зазнали впливу надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру / Є.Г. Гриневич // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1–2. — С. 146–148.
4. **Александровский Ю. А.** Состояние психической дезадаптации и их компенсация: Пограничные нервно-психические расстройства / Александровский Ю. А. - М.: Наука, 1976. - 272 с.
5. **Александр Ф.** Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александр. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. – 336 с.
6. **Michalak E.E.** Development of the Q-Les-Q: a disorder specific scale to assess quality of life in bipolar disorder / E.E. Michalak, G. Murray // Bipolar Disorders. - 2010. - № 12. – P. 727–740.

**Полшкова С.Г.** Клініко-психопатологічна характеристика осіб небезпечних видів професій // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 18-21.

У даній статті дана клініко-психопатологічна характеристика осіб небезпечних видів професій. В результаті проведеного дослідження було з'ясовано, що у більшості пацієнтів відзначалися психічні розлади невротичного регістру, а стержневими синдромами були: тривожно-депресивний, тривожно-фобічний, депресивно-іпохондричний і астено-депресивний синдром. Також було з'ясовано, що в осіб небезпечних видів професій значно знижено рівень якості життя.

**Ключові слова:** особи небезпечних видів професій, клініко-психопатологічна характеристика, якість життя.

**Полшкова С.Г.** Клинико-психопатологическая характеристика лиц опасных видов профессий // Украинский медицинский альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 18-21.

В данной статье дана клинико-психопатологическая характеристика лиц опасных видов профессий. В результате проведенного исследования было выяснено, что у большинства пациентов отмечались психические расстройства невротического регистра, а стержневыми синдромами были: тревожно-депрессивный, тревожно-фобический, депрессивно-ипохондрический и астено-депрессивный синдром. Также было выяснено, что у лиц опасных видов профессий значительно снижен уровень качества жизни.

**Ключевые слова:** лица опасных видов профессий, клинико-психопатологическая характеристика, качество жизни.

**Polshkova S.G.** Clinical and psychopathological characteristics of persons of dangerous professions // Украинский медицинский альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 18-21.

In this article there is the clinical and psychopathological characteristics of persons of dangerous professions. The study found that the majority of patients had psychiatric disorders neurotic register and rod syndromes were anxious-depressive, anxiety-phobic, depressive-hypochondriacal and asthenic-depressive syndrome. It was also found that the quality of life of persons of dangerous professions significantly reduced.

**Key words:** persons of dangerous professions, clinical and psychopathological characteristics, quality of life.

*Надійшла 14.05.2012 р.*

*Рецензент: проф. С.Є.Казакова*