

УДК: 616.89-008-053.8

С.Г.Полшкова

## ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД В РОЗУМІННІ АУТОАГРЕСІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**Ключові слова:** небезпечні професії, аутоагресія, психосоматика

Актуальність дослідження психічного здоров'я осіб, що працюють в небезпечних умовах обумовлена частими екстремальними ситуаціями на підприємствах, низькою ефективністю існуючих терапевтичних та психопрофілактичних заходів.

Найнебезпечнішою серед цивільних професій вважають професію гірника [1]. Цьому є багато підтверджень, а саме, постійні повідомлення про аварії на вугільних шахтах, які забирають життя гірників. Найбільша у світі аварія на шахті відбулася в Китаї у квітні 1942 року, під час якої вибух вугільного пилу забрав життя 1572 осіб. Однак, Україна, разом із Китаєм та Росією лідирує за показниками смертності в даній галузі. Кількість загиблих гірників на 1 млн. т. вугілля у цих країнах близько до 2, а за деякими даними в Китаї він досягає 4. Середня тривалість життя радянського гірника була 49 років. Але на відміну від нашої країни, в Китаї відмічено позитивні зміни. Так в найбільшій створеній вугільній компанії China Shenhua Energy Co рівень смертності в шахтах порівняно із американським – 0,027 смертей на 1 млн. т. видобутого вугілля.

Якщо проаналізувати дані Департаменту праці США, то ми побачимо іншу статистику [2]. Так, найбільш небезпечними професіями там вважають працівників рибальської промисловості (118,4 смертельні випадки на 100 тис. працюючих). На другому місці лісоруби (92,2), на третьому – професійні пілоти та бортінженери (66,9) і т.д. Для порівняння рівень смертності представників більш «ризикованих» професій значно нижчий – працівники поліції – 18,2 на 100 тис. випадків, пожежники – 11,5. Слід зауважити, що більш ніж в 90 % випадків жертвами нещасних випадків на роботі стають чоловіки.

На відміну від американської статистики за даними Федеральної служби праці та зайнятості РФ щорічно на виробництві гинуть біля 4,5 тис. росіян. Частіше це люди працездатного чи репродуктивного віку. Більш ніж 10 тис. осіб стають інвалідами, кожний четвертий працівник працює в умовах, невідповідних вимогам охорони праці. Серед найбільш «травматичних» галузей традиційно будівництво та сільське господарство [3].

Якщо проаналізувати статистику нещасних випадків з тяжкими наслідками, коли людина стає інвалідом, розподіл за галузями такий: сільське господарство, рибальство, видобуток корисних копалин та будівництво [2].

В Україні однією з найнебезпечніших професій одногласно вважають професію гірника. Також на перших місцях посідають співробітники правоохорон-

них органів. Ще одна з найризикованіших спеціальностей – журналістика. Відомо, що їх зарплата залежить від того, наскільки унікальним та важко здобутим є матеріал. А в процесі підготовки репортажу їх очікує не тільки високий рівень стресу, але й реальна небезпека, як то репортажі із «гарячих місць» [4].

Частіше за все причиною нещасних випадків на виробництві є ігнорування норм охорони праці, а іноді працівники перебувають в стані алкогольного сп'яніння на робочому місці.

Відомо, що збереження трудових ресурсів, життя та здоров'я працездатного населення це один з найважливіших факторів економічного зростання. Внаслідок усвідомлення цього факту в Європі, рівень виробничого травматизму та профзахворювань знизився за останній час та на сьогодні є в 4,5 рази нижчий, ніж в Росії.

Вищезазначене обумовлює високу значущість проблеми вивчення людини як суб'єкта діяльності. Відомо, що від рівня підготовки особистості: професійної, правової, психологічної – залежить її особистий успіх, успіх підприємства та суспільства в цілому. Давно вивчається проблема впливу професійної діяльності на особистісні особливості професіонала [5-7]. Як показують дослідження, кожна професія вимагає від індивідуальних психологічних якостей людини свої вимоги, тим більш наполегливі, чим складніше та відповідальніше зміст цієї професії.

В той же час сама професійна діяльність помітно впливає на ціннісні орієнтири, установки та мотиви діяльності професіонала. Особливе значення при цьому набуває вивчення професійної діяльності осіб, що працюють в небезпечних умовах, а саме гірників. В наш час накопичено багато матеріалу, присвяченому проблемам психічного здоров'я гірників, які постраждали внаслідок аварій на вугільних шахтах, однак, нажаль недостатньо розробленими залишаються особливості професійного відбору та прогнозування успішності професійної діяльності співробітників [8;9].

Існують дані, що вибір небезпечних видів професій, а саме співробітників охорони, визначається такими психологічними характеристиками, як прагнення до нового, виражена активність, що поєднується із високим рівнем мотивації досягнення, високим ступенем незадоволеності собою та перевагою в професійній направленості особистості мотивів самореалізації та самоактуалізації [5]. При прийомі на роботу майбутні охоронці керуються не цілком реалістичними, декілька ідеалізованими уявами про майбутню професійну діяльність.

В той же час професійна діяльність охоронців призводить до деяких позитивних змін їх особистості. А саме: зростає активність, самостійність, незалежність, збільшується здатність до нестандартного вирішення проблем, підвищується особистісна зрілість професійної мотивації, знижується незадоволеність собою. А також відмічаються й негативні зміни: зростає підозрілість, збільшується тенденція до суперництва, наростає симптоматика емоційного вигорання, тобто відбувається професійна деформація особистості.

Існує також думка, що вибір небезпечної професії на ряду із екстремальними видами спорту, ризикованою сексуальною поведінкою, алкоголізмом та наркоманією, можна вважати за прояви деструктивної поведінки, а саме, активності, спрямованої (свідомо чи підсвідомо) на спричинення собі шкоди в фізичній та психічній сферах. Людина, як будь-яка жива істота, в нормі не повинна направляти агресію на самого себе, так як це суперечить його основній задачі – жити. Різноманітні дослідники по-різному розуміють причини виникнення саморуйнівної поведінки.

Так в психоаналізі аутоагресія (чи «поворот проти себе») розглядається як захисний механізм психіки. Вважається, що така поведінка є наслідками перенаправлення агресії, що первинно направлена на зовнішній об'єкт, але в силу будь-яких обставин є неприемлемою [10].

Відома теоретична модель аутоагресії, яка робить акцент на зовнішній її обумовленості [11]. Тобто для виникнення аутоагресії необхідна система, що включає як мінімум три компоненти:

1. Фрустрована людина із внутрішнім конфліктом, яка подавляє свою агресію та одночасно заперечує свої соціалізовані інтроекти;

2. Психотравмуюча ситуація, в якій реалізуються захисні патерни поведінки, які обумовлені внутрішньоособистісним конфліктом;

3. Зворотній негативний зв'язок – очікування стосовно об'єкту, що не відбулися, та зростаюча напруга ситуації, агресивність суб'єкта, потреба розв'язання внутрішньо особистісного конфлікту.

Дана теоретична модель робить акцент на зовнішній обумовленості аутоагресії.

На відміну від цієї моделі, Реан займався вивченням внутрішньої структури аутоагресії. Він запропонував ввести поняття «аутоагресивний патерн особистості», в якому він виділив 4 субблоки, які позитивно чи негативно корелюють із рівнем аутоагресії [12]:

1. Характерологічний субблок – рівень аутоагресії позитивно корелює із деякими рисами та особливостями характеру: інтроверсією, педантичністю, демонстративністю, а також із репресивністю та невротичністю.

2. Самооціночний субблок – зв'язок аутоагресії та самооцінки. Чим вищою є аутоагресія особистості, тим нижче самооцінка особистих когнітивних здібностей, тіла, власної здатності до самостійності, автономності поведінки та діяльності.

3. Інтерактивний субблок – зв'язок аутоагресії осо-

бистості із здатністю/нездатністю до успішної соціальної адаптації, із успішністю/неуспішністю міжособистісної взаємодії. Рівень аутоагресії особистості негативно корелює із товариськістю.

4. Соціально-перцептивний субблок – наявність аутоагресії пов'язано із особливостями сприйняття інших людей. Аутоагресія практично не пов'язана із негативізацією сприйняття інших. Навпаки, рівень аутоагресії корелює із позитивністю сприйняття значущих «інших».

Психосоматичний підхід, на відміну від попередніх, є набагато ширшим, ніж сучасна традиційна медицина, він спирається на біо-психо-соціальне розуміння тілесних захворювань та розладів, займає проміжне положення між соматичною медициною, психіатрією та психологією. Саме тому збільшується кількість досліджень в галузі психосоматичного розуміння різноманітних станів, в тому числі аутоагресії в психосоматичному розумінні [13].

Якщо казати про етіологію психосоматичних захворювань, то на сьогодні існує велика кількість факторів, що здатні викликати психосоматичний розлад. Сучасна медицина розділяє усі фактори на зовнішні відносно організму – екзогенні, та внутрішні – ендогенні. До екзогенних агентів відносять інфекції, інтоксикації, травматичні ушкодження головного мозку, церебральні опухолі, психогенії, соматогенії. Ендогенні причини пов'язані із спадковістю, конституційними особливостями людини, віковими змінами. Даним розподілом часто користується загальна психіатрія.

Але якщо представити собі, що усі реакції організму людини сформувалися в ході тривалої еволюції як відповідь на різноманітні впливи оточуючого середовища. Деяка доля цих реакцій, що були корисними для виживання, закріпилася в обміні речовин та стала спадковою особливістю. Тобто, те що було екзогенним для попередніх поколінь, є ендогенним для сучасних осіб. Однак, навіть при наявності однакової спадковості у близнюків, психосоматичний розлад одного не є 100 % ризик для іншого, тому що причина хвороби з методологічних позицій є процес взаємодії хворобливого впливу з організмом, який може відповідним чином відповісти на цей вплив. Саме тому можна казати не про спадковість психосоматичного розладу, а про прихильність до його розвитку [13].

Згідно епідеміологічних досліджень спонтанний початок захворювання відмічається тільки в 30 % випадків, а у більшості хворих початок захворювання пов'язаний із психотравмуючою ситуацією, соматичними хворобами чи алкогольною інтоксикацією.

Велика роль статі та віку як факторів, що сприяють чи перешкоджають виникненню певних психосоматичних захворювань. Підвищена емоційність, більш виражена циклічність та обмінні зсуви, що пов'язані із особливостями генеративної функції (менструальний цикл, вагітність, пологи, лактація, клімакс), - все це пояснює набагато більшу частоту психосоматичних порушень у жінок, ніж у чоловіків.

Усі фактори, що сприяють виникненню психосоматичних захворювань, можна розділити на вікові, виробничі та сезонні.

Так віковий фактор є одним з основних, тобто існує тільки невелика кількість психосоматичних захворювань, які не прив'язані до вікового фактору. Різкі вікові зсуви (пубертатний криз, клімакс) із складнощами адаптації та компенсації, які присутні в ці періоди, є факторами, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. Ще більшу роль грає віковий фактор при психопатологіях старечого віку.

На відміну від вікового, виробничий фактор предстает в різній якості – то як причина психічного розладу (при професійних захворюваннях), то як його умова. Тобто шум, вібрація, емоційні перевантаження в умовах виробництва можуть збільшити судинну патологію та цим сприяти появі психопатологічної симптоматики.

Сезонний фактор є значущим для ендогенний психопатологій, що перебігають періодично, метеотропний фактор грає вагомую роль у розвитку хвороби у осіб із судинною патологією чи резидуальними наслідками перенесеної черепно-мозкової травми.

Можна назвати ще й інші фактори індивідуального чи масового значення, що сприяють початку захворювання. Важливо підкреслити, що тільки умови без наявності причин, не здатні викликати психосоматичне захворювання. Таким чином, причини хвороб чи умови, що провокують їх виникнення, можуть бути як екзогенними, так й ендогенними. На практиці буває дуже важко, а іноді й неможливо розділити причини й умови захворювання в кожному конкретному випадку [13].

Більш того з вищенаведеного слідує, що при змінні умов, в яких знаходиться особа, на більш сприятливі, можна казати про запобігання розвитку психосоматичного захворювання. Наприклад, якщо пацієнт має обтяжену спадковість, жіночу стать, а також переживає період клімаксу, то це не є 100 % гарантія розвитку психосоматичного захворювання, при умовах, що вона веде здоровий спосіб життя та уникає «шкідливих» умов.

Якщо розглядати аутоагресію з позицій психосоматики, то можна вплинути на умови її виникнення, тобто уникнути того, що сприяє розвитку аутоагресії. А саме, зменшити до мінімуму кількість психотравмуючих ситуацій та пропрацювати із пацієнтом його внутрішні конфлікти, для зниження рівня фрустрації особистості.

Виходячи з вищенаведеного, ми розпочали вивчення аутоагресивної поведінки гірників, як приклад осіб, які в силу життєвих обставин працюють в небезпечних умовах. Риторичним залишається питання - чи вибір цієї професії та особливості поведінки в заборі не є, в деяких випадках, реалізацією їх прихованої деструктивної поведінки. Виявлення таких осіб дасть можливість зменшення кількості аварій пов'язаних з людським фактором.

Обстеження проводиться на базі Донецької обла-

сної лікарні профзахворювань. Для оптимізації роботи з пацієнтами нами використовується карта обстеження, що розроблена відділом соціальної та екстремальної психіатрії Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Наша карта включає в себе декілька розділів: загальна інформація, сімейний та соціальний стан, опис існуючих проблем, модальний аналіз існуючих проблем, біологічні фактори, а також низку психодіагностичних методик.

Так розділ «Загальна інформація» включає дані про вік обстеженого, його стать, освіту, професію та особливості роботи, що виконує. В розділі «Сімейний та соціальний стан» збираються відомості про сім'ю, про матір та батька, взаємовідносини в сім'ї. В розділах «Опис існуючих проблем» та «Модальний аналіз існуючих проблем» проаналізовано проблеми, що турбують зараз, а також відновлено все життя за п'ятиріччями, особливо найбільш позитивні та найбільш негативні події життя. Розділ «Біологічні фактори» збирає інформацію про спадковість, особливості фізіологічних показників, як то ваги, артеріального тиску, пульсу і т.д., особливо важливо їх коливання за останній період. Додатком до карти є низка психодіагностичних методик, а саме: Торонтська алекситимічна шкала, опитувальник Бека, проективний тест «Малюнок людини».

На сьогодні нами обстежено 76 гірників, постраждалих внаслідок аварій на вугільних шахтах. Зараз проводиться статистична обробка отриманого матеріалу за допомогою стандартних статистичних методів.

Таким чином ми бачимо, що важливим завданням у контексті подальших досліджень даної теми є вивчення психосоматичних механізмів та відносин розвитку аутоагресії, а також її ролі в розвитку психосоматичних захворювань у даного контингенту. Це допоможе краще зрозуміти патогенез психічних захворювань, а також може бути корисним для подальшого врахування цієї ознаки при проведенні професійного відбору, що вдосконалить профілактичні заходи.

#### Література:

1. Самые опасные профессии в мире // [www.denga.com.ua/index.php?option=com\\_content...id...](http://www.denga.com.ua/index.php?option=com_content...id...)
2. Статистика Департамента США самых опасных профессий в мире [www.keywork.ru/journal/158.php](http://www.keywork.ru/journal/158.php)
3. Alexander, F. (1971): *Psychosomatische Medizin*. Berlin: de Gruyter
4. Ainsworth et al. (1978): *Patterns of attachment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc.
5. Абакумов О.Н. Влияние профессиональной деятельности на личностные особенности сотрудников частных охранных предприятий (ЧОП) : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 Ростов н/Д, 2005 180 с.
6. Сумароков И.В. Влияние экстремальных факторов профессиональной деятельности на психическое и соматическое здоровье судей. Дис. ... канд. психол. наук: - Москва, 2005. – 190 с.
7. Леви М.В. Методы выявления риска стрессовых расстройств у пожарных: Автореф. дис. канд. псих. наук. –М., 2000. –32 с.

8. Гриневич С. Г., Лінський І. В. Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингентах постраждалих // *Архів психіатрії*. — 2006. — Т. 12, № 1–4. — С. 16.

9. Абрамов А.В. Хронический стресс и стойкие изменения личности у сотрудников спецподразделений милиции (психолого-психофизиологическое обследование) // *Журнал: Архів психіатрії*. — 2004. Т. 10, № 2 (37). С. 29-35.

10. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе / З. Фрейд: Пер. М.В. Вульф, А.А. Спектор. — Мн.: Харвест, 2004. — 400 с.

11. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Киев, 2004. — 32 с.

12. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987): *Transactional theory and research on emotions and coping* // *European J Personality*, 1: 141 – 169.

13. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боевам А.В. К вопросу об уточнении содержания понятия аутоагрессивное поведение <http://www.vsmu.ac.ru/publ/vest/032/site/index4.htm>

14. Мультиmodalьна карта обстеження психосоматичного пацієнта // Чабан О.С., Хаустова О.О. — 2008 р. — 14 с.

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПОНИМАНИИ АУТОАГРЕССИИ

С.Г. Полшкова

В статье показана статистика самых опасных в мире профессий по данным Американского, Российского и Украинского департамента труда. Аргументирована высокая значимость проблемы изучения человека как субъекта деятельности, влияния профессиональной деятельности на личностные особенности профессионала. Выдвинуто предположение о взаимосвязи высокого уровня аутоагрессии и выбором опасных видов профессий. Рассмотрено понятие аутоагрессии в рамках психосоматического подхода. Описаны факторы риска и условия развития психосоматических заболеваний.

**Ключевые слова:** опасные профессии, аутоагрессия, психосоматика

### PSYCHOSOMATIC APPROACH TO THE UNDERSTANDING AUTOAGGRESSION

S.G. Polshkova

The article describes the statistics of the most dangerous professions in the world according to American, Russian and Ukrainian Department of Labour. The author demonstrates the high significance of the problem the study of man as a subject of activity, the impact of professional activities on the personal characteristics of a professional. The assumption about the relationship of high-level autoaggression and choice hazardous occupations. The concept autoaggression in the psychosomatic approach. Describe risk factors and conditions for the development of psychosomatic diseases.

**Keywords:** dangerous professions, autoaggression, psychosomatics

УДК 616.89

О.Г. Сыропятов<sup>1</sup>, Н.А. Дзеружинская<sup>2</sup>, Н.Г. Астафурова<sup>3</sup>

### КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев<sup>1</sup>

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев<sup>2</sup>

Институт психотерапии и клинической психологии, г. Москва<sup>3</sup>

Часть I

**Ключевые слова:** стресс, тревога, депрессия, перфекционизм, психическое выгорание

Разнообразные аспекты личностной деформации, связанные с профессиональной деятельностью, всё чаще привлекают внимание специалистов в сфере психического здоровья [1]. В этом аспекте большое внимание сегодня уделяется диагностике, профилактике и коррекции синдрома эмоционального выгорания. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми. Термин «burnout» («эмоциональное выгорание») был предложен американским психиатром Н.Ж. Freudenberger в 1974 г. [2]. Иногда его переводят на русский язык как: «эмоциональное сгорание» или «профессиональное выгорание».

СЭВ проявляется в следующих признаках: а) чувстве безразличия, эмоциональном истощении, изнеможении (человек не может отдаваться работе так, как

это было прежде); б) дегуманизации (развитие негативного отношения к своим коллегам и клиентам); в) негативном самовосприятии и недостатке чувства профессионального мастерства.

Клинически СЭВ часто выражается в депрессии, тревоге, психосоматических расстройствах и аддикциях. Хорошо очерченными синдромами при «выгорании» являются депрессия и тревога. По данным А.Б. Смудевича и др. от 6% до 23% лиц из общей популяции обращаются за помощью в связи с депрессией [3]. Тревожные расстройства выявлены у 4-15% населения [4].

Депрессивные и тревожные расстройства традиционно связывались с личностными дисфункциями и описываются при синдроме выгорания [2]. Отечественные клинические психологи последовательно рассматривали различные психические расстройства в контексте личностных особенностей больных [6;7;8].