

ионизирующей радиации и стратегий преодоления, придает ей свойства, которые сами по себе могут оказаться основой психической травмы и источником дополнительного ущерба здоровью вовлеченных в радиационную аварию.

Литература:

1. Румянцева Г.М. Психиатрия экологических катастроф//Психиатрия катастроф.-М.,2005.-С.106-137.
2. Румянцева Г.М., Степанов А.Л., Чинкина О.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников ликвидации аварии на ЧАЭС// Посттравматическое стрессовое расстройство Под ред. Т.Б.Дмитриевой – М., 2005. – С. 96-109.
3. Солдаткин В.А. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (клинико-патогенетический анализ): Автореф. дис. ...канд. мед. Наук. - М., 2002. - 24 с.
4. Хавенаар Й.М. После Чернобыля. Исследование психологиче-

ских факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы /Пер.с англ. - М., 1996.- 189 с.

5. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход. СПб.2008.Автореф. дис. док. психол. наук. 50 с.
6. Даровская Н.Д. Индивидуальные особенности психической адаптации личности в опасных профессиях (на материале деятельности инкассаторов). Автореф.дисс.канд.психол.наук, М.,2000. 25 с.
7. Goldberg D. , Williams P.// A user's guide to the general health questionnaire. - Nfer-Nelson, Windsor, Berkshire,1988. - 129 p.
8. Horowitz M., Wilner N., Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress // Psychosomatic medicine. – 1979/- Vol.41.- No.3.- P. 209-218.
9. Roger D.,Jarvis G., Najarian B. Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. -Pergamon Press. Person. individ. Diff.-1993.-Vol.15.- N6.- P. 619-626.
10. Tarabrina N., Lazebnaja E., Zelenova M., Lasko N.,Orr S.,Pitman R. Psychophysiological and Psychological Assessment of PTSD Imagery in Chernobyl Disaster Workers // Proceedings of IY European Conference on Traumatic Stress.- Paris, 1995.- P. 144-145.
11. Zung W.K. A self-rating depression scale// Arch. Gen. Psychiatry.- 1965.-N12.-P.63-70.

РАДІАЦІЙНА АВАРІЯ ЯК ПСИХІЧНА ТРАВМА: ПСИХОЛОГІЧНЕ ПЕРЕРОБКА ВПЛИВУ НА ВІДДАЛЕНОМУ ЕТАПІ О.В.Чинкіна

Радіаційна аварія для залучених до неї осіб завжди являє собою психічну травму, яка виходить далеко за рамки буденного людського досвіду. Стрес радіаційної аварії володіє специфічними для неї якостями, що об'єктивно редукують соціальні і психологічні ресурси та репертуар стратегій його подолання. На основі результатів клініко-психологічного дослідження 300 ліквідаторів Чорнобильської аварії через більш ніж два десятиліття після впливу показало, що поєднання особливого сприйняття ризику від радіації з формуванням не адаптивних стратегій подолання стресу, відмічене у 82% випадків, тісно пов'язане з виразністю порушень психічного здоров'я на віддаленому етапі.

Ключові слова: радіаційна аварія, психічна травма, копінг- стратегія, психічне здоров'я

RADIATION ACCIDENT AS A MENTAL TRAUMA: PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF THE IMPACT AT THE REMOTE STAGE O. V. Chinkina

Radiation accident for those involved is always a trauma that goes far beyond ordinary human experience. Stress of a radiation accident has specific properties, which objectively reduce social and psychological resources as well as an array of strategies aimed to overcome the trauma. Results of a clinical study of 300 Chernobyl liquidators more than two decades following the exposure showed that a combination of a particular perception of risk from radiation with a formation of non-adaptive strategies to cope with stress, noted in 82% of cases, is closely related to the severity of mental health problems at the remote stage.

Keywords: radiation accident, mental health, mental trauma, coping-strategies

УДК 616.89-008.485+612.014.482

В.П. Вишневская

ИЗ ОПЫТА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ ГУО «Институт национальной безопасности Республики Беларусь» г. Минск

Ключевые слова: образ болезни, психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией, информационные потоки

В аспекте выяснения роли психического фактора в клинике соматических заболеваний был давно провозглашен и положен в основу врачебного подхода в отечественной клинической медицине принцип психосоматического единства. «Идея целостного подхода к больному, учитывающего как состояние морфо-физиологических систем организма, так и специфику личности больного, была выдвинута и обоснована русскими клиницистами М.Я. Мудровым, Г.А. Захарьиным, С.П. Боткиным и др. в качестве фундаментального терапев-

тического принципа» [1, с.1040-1041].

Учитывая то, что в работе с участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (УЛПА на ЧАЭС), психотерапевты, как правило, применяют самые разнообразные психотехники, с различной степенью их эффективности. В процессе индивидуального консультирования использовалась структурно-динамическая модель психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией, которая была разработана на основе результатов кли-

нико-психологического исследования и теоретической модели образа болезни.

«Образ болезни» – многомерное психологическое понятие, включающее внешнее и внутреннее информационное поле. Он отражает эмоционально-когнитивное отношение пациента к собственному заболеванию, причинам его возникновения, изменившейся социальной ситуации и выступает в роли фактора, определяющего особенности формирования и терапии психосоматической патологии, образ жизни, поведение и деятельность личности.

«Образ болезни» (как позиция пациента) – это отражение в сознании пациента его психического и соматического состояния на эмоционально-перцептивном (представления, восприятия, воображения как результат болезненных ощущений, эмоций) и когнитивном (анализ своего состояния, причин заболевания и прогнозов его развития) уровнях.

Как многомерное явление его необходимо рассматривать в ракурсе четырех позиций (отношений) – врач, психолог, пациент, социум (общество, семья).

Образ болезни пациента у врача – дифференциация, идентификация субъективных и объективных данных о состоянии пациента с эталонным образом той или иной болезни.

Образ болезни у психолога – это образ психологического статуса личности пациента у психолога, как оценка и сравнение психического состояния пациента с эталонным образом здорового человека. [2]

Цель психологической коррекции – перевод полуосознанного набора деструктивных и неадекватных представлений пациента о своей болезни в систему осознанных конструктивных представлений, соотносимых с эталонными представлениями о здоровом человеке.

Психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией была направлена на решение следующих задач:

- стабилизацию болезненного процесса и формирование механизмов преодоления;
- активное включение пациента в процесс лечения и психологической коррекции;
- формирование у пациента осознанного образа болезни и - на этой основе - совершенствование способов самопознания психического и соматического состояния с целью определения им модуса своего поведения, деятельности и оценки жизненных перспектив;
- восстановление у пациента эталонного образа здорового человека посредством модифицированной переработки информационных потоков.

В соответствии со структурно-динамической моделью психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией проводилось в три этапа. Первый этап – психодиагностический, второй – непосредственно психокоррекционный, третий – реабилитационный. Ее сущность в кратком изложении состоит в следующем.

На первом этапе работы с пациентом основной задачей в процессе психологической диагностики

было определение его образов-представлений о болезни. Важным являлось уточнение индивидуальных особенностей самопознания, самооценки соматического, психического, сексуального здоровья пациента; особенностей его ощущений, восприятия, представлений, воображения; путей активизации памяти, мышления, умения анализировать все происходящее с его организмом, а также способности к вербализации этой информации.

Затем определялся вектор направленности самопознания в отношении таких восприятий пациента как тяжесть заболевания, причины, вызвавшие его, возможные последствия, информированность о методах лечения и реабилитации. Важным было определение у УЛПА на ЧАЭС предпочтений в использовании тех или иных информационных потоков, уточнения источников получения информации, оценки их содержательной стороны и индивидуальной значимости, а также их роли в модификации поведения пациента. В обязательном порядке уточнялось, в состоянии ли пациент принимать другую, отличную от его собственной, точку зрения относительно ситуации, сложившейся в связи с его болезнью и ее возможных последствиях. Значимым являлось определение у пациента способности к осознанной, волевой саморегуляции, необходимой для возможного принятия им решений относительно изменения поведения и образа жизни. Уточнялась степень определенности представлений УЛПА на ЧАЭС о его жизненных перспективах, что позволяло, в совокупности с перечисленными выше данными, определить у пациента сформированность основы образа его болезни. При наличии сформированной основы проводилась ее закрепление с помощью информирования пациента о результатах объективной (клинической и параклинической) диагностики, а также использовалось стимулирование пациента на самопознание внутренних резервов его организма.

В случае неполной сформированности основы образа болезни, пациенту предоставлялась информация о болезни из авторитетных для него источников, дополняя ее данными объективной диагностики, включающей и оценку его психологического статуса.

На первом этапе работы обязательным являлось установление необходимого уровня взаимопонимания пациента и лечащего врача в оценке образа болезни и отношения к ситуации, связанной с ее возникновением. Кроме того, среди других специалистов данного лечебного учреждения уточнялось наличие наиболее авторитетного для пациента лица, которого при необходимости «включали» в работу с образом болезни пациента.

На этом этапе работа с пациентом велась на протяжении 2-4 встреч продолжительностью от 20 минут до 1,5 часа.

Второй этап психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией была ориентирована на решение ниже перечисленных задач.

1. Уточнение и согласование оценочных позиций специалистов (врачей, психолога) относительно образа болезни пациента.

2. Определение оптимальной тактики проведения психологической коррекции и ее конкретной технологии, включающей выбор соответствующих психотехник. Проводилось на основе оценки результатов диагностики психологического статуса личности пациента, его образа болезни, основного и сопутствующих заболеваний, а также учета дополнительно привнесенных психотравмирующих факторов (конфликты с медицинскими работниками, в семье, болезнь детей, психотравмирующая ситуация на работе, смерть друзей, родственников и т.п.).

Такая работа с пациентом, в большинстве случаев, проводилась в присутствии лечащего врача или авторитетного для него лица («узких» специалистов) с целью составления индивидуальных программ терапии, психологической коррекции и реабилитации, при необходимости - углубленной диагностики. Это позволяло выработать оптимальную тактику активного включения пациента в процесс терапии и психологической коррекции на основе «опорных точек» болезни. В дальнейшем, по мере необходимости, в индивидуальную программу терапии, психологической коррекции и реабилитации вносились изменения.

3. Выявление динамики формирования и функционирования образа болезни у пациента, влияния на эти процессы привнесенных психотравмирующих факторов, а также внесения изменений в индивидуальную программу терапии, психологической коррекции и реабилитации пациента.

Описанная технология подхода позволила сформировать образ болезни у пациента и заложить основу для осознания им возможности разрушения сложившегося образа болезни и восстановления эталонного образа здорового человека.

Временной период проведения психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией в процессе развернутой терапии не имел четких границ и зависел от ряда факторов (диагноза болезни, тяжести основного и сопутствующих заболеваний; индивидуально-психологических особенностей личности пациента, привнесенных психотравмирующих факторов, не связанных с болезнью, возможности стационарного лечения и т.д.) и в своем большинстве составлял от 3-х месяцев до 3-3,5 лет.

На третьем этапе вся работа с пациентом была направлена на восстановление эталонного образа здорового человека. Для этого использовались элементы различных психотехник с целью осознания УЛПА на ЧАЭС своих возможностей в восстановлении и сохранении психического и физического здоровья.

Важно отметить, что на протяжении всех трех этапов психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией максимально использовались следующие информационные потоки: объективные данные обследования паци-

ента, заключения «узких» специалистов; научные публикации зарубежных и отечественных ученых о влиянии радиационного излучения на организм человека и возможных мерах безопасности; о воздействии «малых доз» облучения и мерах профилактики; о влиянии стресса на развитие психосоматической патологии; о достижениях современной медицины; об использовании внутренних резервов человека с целью восстановления и сохранения здоровья и др.

Информация о влиянии радиационного воздействия на организм человека в целом и на сердечно-сосудистую, нервную системы, половую сферу и др. в частности, предъявлялась дифференцированно, в зависимости от имеющейся психосоматической патологии у пациентов. Это было обязательной частью работы с УЛПА на ЧАЭС при каждом их посещении.

На всех этапах работы с пациентом психологическая коррекция образа его болезни была ориентирована на учет таких факторов, как логика (рассудительность) и аутосуггестивные процессы.

Необходимо отметить, что процесс восстановления эталонного образа здорового человека, у названной категории пациентов, практически возможен на любом этапе формирования и функционирования их образа болезни, например, в таких условиях как:

- полной сформированности образа болезни (у пациента полностью сформирован образ его болезни, имеется четкое представление о ситуации, возникшей в связи с болезнью, и прослеживается определенная линия поведения);

- образ болезни сформирован частично (пациентом принята основа образа болезни, однако отсутствует четкое представление о ситуации, возникшей в связи с болезнью, имеет место социальная дезадаптация);

- начало формирования образа болезни (пациентом частично осознана основа образа его болезни, идет поиск информации с целью устранения имеющихся противоречий или закрепления собственного мнения, имеют место тенденция манипулирования микро - и макросоциальным окружением и социальная дезадаптация);

- отказ пациента осознать основу образа его болезни.

Оказание психологической помощи заключалось в запуске механизма восстановления у УЛПА на ЧАЭС эталонного образа здорового человека, посредством модификации информационных потоков.

Восстановление эталонного образа здорового человека у пациента происходит в процессе видоизменения информационных потоков, воздействующих на его сознание.

В связи с этим определились: а) особенности усвоения и переработки информации пациентом; б) уровень информационных потоков; в) степень влияния информационных потоков на сознание пациента; г) источники информационных потоков; д) желаемый объем и качество информации, которыми хотел бы обладать пациент; ж) авторитетность источников информации для пациента.

В ходе психологической диагностики и психологи-

ческой коррекции учитывался уровень информационных потоков, который может быть низким, средним, высоким, очень высоким.

Низкий уровень информационных потоков характеризуется недостаточной информационной насыщенностью (имеется малое количество убеждающих пациента фактов).

Средний уровень информационных потоков характеризуется достаточной, разноплановой информационной насыщенностью (имеется достаточно фактов, однако они могут носить противоречивый характер).

Высокий уровень информационных потоков характеризуется достаточным объемом информативности (убеждающих, значимых фактов значительно больше, нежели требуется для пациента). В этом случае проводилась психологическая диагностика информационно-стресса у пациента.

Уровень информационных потоков определялся в процессе наблюдения, беседы, анкетирования.

Степень влияния информационных потоков на пациента диагностировался посредством анализа его реакций на упоминаемые сведения и источники их получения.

Источники информационных потоков устанавливались в процессе беседы с пациентом, его близким окружением, коллегами по работе и т.д.

Желаемый объем и качество информации определялся в процессе беседы с пациентом, на основе анализа его ответов на косвенные или открытые вопросы.

Авторитетность источников информации устанавливалась как в процессе беседы с самим пациентом и общения с его близким окружением, так и в результате анализа его обращений за медицинской и психологической помощью. Определение факторов, оказывающих влияние на усвоение информационных потоков, позволяло структурировать схему информационного воздействия на пациента. В процессе модификации информационных потоков запускается механизм восстановления у пациента, эталонного образа здорового человека, происходит переработка ситуации, возникшей в связи с болезнью, начинается процесс «размывания» доминанты образа болезни и

замены ее на более сильную – осознание пациентом своих возможностей в восстановлении психического и физического здоровья. Наблюдается двойственность процесса: разрушается образ болезни и одновременно восстанавливается эталонный образ здорового человека.

Эффективность процесса восстановления эталонного образа здорового человека определялся не только объемом и качеством полученной пациентом информации о его проблеме, но и рядом его индивидуальных особенностей, которые учитывались при проведении психологической коррекции. К их числу следует отнести индивидуально-психологические особенности личности пациента, уровень его интеллектуального развития, наличие опыта фильтрации информационных потоков, возраст, а также тяжесть сопутствующей патологии, возможное поражение центральной нервной системы.

Следует обратить внимание на то, что используемая на практике структурно-динамическая модель информационно-психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией может рассматриваться как основной компонент и ведущая составляющая системы оказания медико-психологической помощи пациентам, предполагающей единство психокоррекционной и терапевтической работы, а также социальную адаптацию, понимаемую как систему социо-реабилитационных мероприятий.

Разработанная система психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией представляет собой новую форму организации взаимодействия врача, психолога, пациента с целью познания его образной сферы и, в частности, образа болезни, а также совершенствования процесса самопознания пациентом своего соматического, психического и сексуального здоровья, и - на этой основе - активного включения в процесс терапии, психологической коррекции и реабилитации.

Литература:

1. Большая медицинская энциклопедия. Гл. ред. Б.В. Петровский. – Т.21, 3-е изд. М.: Изд-во «Совет. Энцикл.», 1983. – С. 1040-1041.
2. Вишневская В.П. Образ болезни. Мн.: 2006. – 247с.

ИЗ ОПЫТА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

В.П. Вишневская

В статье представлена разработанная автором структурно-динамическая модель психологической коррекции образа болезни у УЛПА на ЧАЭС, которая является новой формой организации взаимодействия врача, психолога, пациента с целью познания его образной сферы и, в частности, образа болезни, а также совершенствования процесса самопознания пациентом своего соматического, психического и сексуального здоровья, и на этой основе – активного включения в процесс терапии, психологической коррекции и реабилитации.

Ключевые слова: образ болезни, психологическая коррекция образа болезни у УЛПА на ЧАЭС с психосоматической патологией, информационные потоки

FROM EXPERIENCE OF MEDICAL TREATMENT TO THE PARTICIPANTS OF LIQUIDATION ACCIDENT CONSEQUENCES ON CHERNOBYL ATOMIC ELECTROSTATION

V.P. Vishnevskaya

The article describes developed by the author structure dynamic model of psychological correction of Chernobyl NPP ULPA (accident parties) illness images. The model represents new form of medical practitioner, psychologist and patient interaction to perceive the figurative sphere of the patient. Particularly it refers to perception of their illness image and improvement of patient self-knowledge proceedings regarding their somatic, mental and sexual health, and after that their active inclusion into therapy, psychological correction and rehabilitation activities.

Keywords: illness image, psychological correction of Chernobyl NPP ULPA (accident parties) illness images with psychosomatic pathology, information flows