

УДК 159.9:616.127  
ББК



**Т.В. РОГАЧЕВА**

доктор психологических наук  
заведующая кафедрой клинической психологии  
Уральская государственная медицинская академия,  
г. Екатеринбург

## ТРАНСФОРМАЦИИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ (НА ПРИМЕРЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА)

**T.V. ROGACHEVA**

### TRANSFORMATION OF NOSOLOGICAL FORMS DEPENDING ON ENVIRONMENTAL CONDITIONS (FOR EXAMPLE MYOCARDIAL INFARCTION)

*В статье анализируются психологические особенности пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в зависимости от таких факторов, как отношение к болезни, наличие/отсутствие группы инвалидности, наличие/отсутствие невротических моделей поведения, а также воздействия неблагоприятного экологического фактора – радиационного излучения. Показаны трансформации участников аварии на ЧАЭС, перенесших инфаркт миокарда, в саморазрушительное поведение.*

*Ключевые слова: отношение к болезни, значение болезни, невротические модели поведения, инвалидность, саморазрушительное поведение.*

*The article examines the psychological characteristics of patients with myocardial infarction, depending on factors such as attitude toward the disease, the presence/absence of disability, presence/absence of neurotic behavior, as well as the impact of adverse environmental factors – radiation. Transformations of the participants of the Chernobyl accident, myocardial infarction, in self-destructive behavior.*

*Key words: attitude to the disease, the importance of the disease, neurotic behavior, disability, self-destructive behavior.*

Как известно, Э. Геккель, который и ввел в научный оборот понятие «экология», подразумевал под данным понятием «физиологию взаимоотношений организмов со средой обитания и друг с другом» [14]. Это означает, что к системе «среда-человек» требуется бережное и рациональное отношение, ориентированность на человека как на целостность и ценность. Среда обитания или внешний мир («Бытие» Э.Гуссерля, «Мир» С.Л.Рубинштейна, «объективная реальность» К.Маркса) «прорастает» во внутренний мир – «часто без адреса, помимо нашего желания и воли» [5, 81], другими словами, интериоризуется в «бытие для себя» (Ж.П.Сартр), в «существование» (Э.Гуссерль), в «Человека» (С.Л.Рубинштейн), становясь «Бытием-в-

мире» (М.Хайдеггер) или «человеческой реальностью» (Ж.П.Сартр). Это онтологический, реальный акт, который может быть описан с позиции диалектического единства. Внешний мир, не теряя черт объективности, либо не искажаясь, либо искажаясь, проникает во внутренний мир. Последний, в свою очередь, должен иметь возможность выхода во-вне, т.е. происходит «объективизация субъективного и субъективизация объективного» [5, 82].

Взаимодействие между личностью и миром определяется событием в экзистенциальной его трактовке. Событие есть «Бытие, осуществляемое «между» таким образом, что этот промежуток предоставляет человеку возможность осуществления, некое «между», которое

заливает берега и в процессе этого заливания и позволяет им возникать в качестве берегов, всегда скрытых в богатстве своих возможностей, всегда «туда и сюда» неисчерпаемых отношений, в просвете которых складываются и тонут миры, раскрываются и рушатся земли» [19, 476]. (Со-бытие) совместное бытие может приобретать разные формы, в том числе и форму болезни, и форму пролонгированной, хронической ситуации деформирующей личность воспитания, и форму экстремального, развертывающегося за считанные часы события.

Как никогда, эти положения актуальны для современной ситуации. Мы живем в условиях стремительно изменяющегося мира, где зачастую непродуманно внедряются новые технологии, которые усиливают число экстремальных событий, разрушая самого человека. Известно, что такие события (войны, авиакатастрофы, пожары, аварии на ядерных реакторах и пр.), наряду с различными поражающими факторами, действуют на человека по-разному. Принципиальное отличие между стихийными бедствиями и «новыми видами беды», такими как радиационная катастрофа, в том, что последняя нарушает аристотелевские принципы драмы» [18, 113]. Любое событие, выходящее за пределы обычного человеческого опыта, по-особому структурирует психическую организацию пациента, приводя к дезадаптационным моделям поведения. Такое событие как радиационная катастрофа, которая не имеет ни кульминации, когда люди точно знают, что «хуже уже не будет», ни конца, когда можно начинать процесс восстановления, усиливает дезадаптационные тенденции. Поэтому, как пишет М.Ю.Киселев, «природные катастрофы можно метафорически сравнить с острыми заболеваниями, в то время как радиационные катастрофы похожи на хронические заболевания» [9, 46].

Интенсивное развитие ядерной энергетики породило интерес общества к последствиям действия доз облучения. Классические положения радиобиологии убеждают в том, что типичным отдаленным последствием лучевого воздействия являются лейкемии и солидные раки, развитие которых ожидается через 10 и более лет после радиационного воздействия. Стоит подчеркнуть, что данная концепция разработана на основе наблюдений за клиническими эффектами больших доз радиации, то есть тех, которые в острый период облучения вызывают классические признаки острой лучевой болезни. Все модели прогнозирования дополнительных случаев онкопатологии, вызываемые большими дозами радиации, так же как и построение социальных программ по предотвращению радиационно индуцированных раков, базировались на анализе

эпидемиологических данных и не принимали в расчет показатели индивидуальной реактивности и радиочувствительности человека.

В настоящее время признано положение о зависимости ответной реакции организма человека на облучение от полученной дозы, согласно которому высокие дозы радиации вызывают прямое повреждение тканей и развитие облигатных симптомов лучевой болезни, тогда как малые дозы запускают каскад неспецифических компенсаторно-приспособительных реакций и лишь предрасполагают пострадавшего к развитию у него заболевания. В последнем случае, как указывают многие авторы, клинические проявления патологии носят случайный, то есть вероятностный характер и во многом зависят от индивидуальной психосоматической предрасположенности человека. Так, А.К.Гуськовой систематизированы и подробно описаны дозовые зависимости изменений нервной системы у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС: в диапазоне реальных доз облучения, полученных этими пациентами (0,2-1,0 Гр) корреляции изменений состояния нервной системы от дозы облучения не выявлено [4, 33].

Многие исследователи обнаруживали большую частоту и тяжесть клинических синдромов у ликвидаторов по сравнению с местным населением, не принимавшим участия в аварийных работах, но получившим примерно такие же дозы облучения. Кроме того, все исследователи подчеркивают наличие психологических деформаций в поведении ликвидаторов аварии на ЧАЭС.

Так, обобщенные данные Медицинского радиационного научного Центра РАМН продемонстрировали, что 80% ликвидаторов, работавших на станции с 1986 по 1988 год и получивших дозы облучения до 35 бэр (1Гр = 100 бэр), в 1993 году имели нарушения адаптационно-защитных систем организма. У них отмечались признаки 1) психологической и социальной дезадаптации; 2)нейро-циркуляторной дистонии; 3) эндокринопатии; 4) иммунодепрессии; 5) дисбаланса в системе гомеостаза [17, 39].

Возникает вопрос: будут ли отличаться пациенты, имеющие один клинический диагноз, в нашем случае инфаркт миокарда, в зависимости от участия или неучастия в экстремальной ситуации?

Для прояснения ответа были исследованы когорты пациентов, имеющих органическую патологию (инфаркт миокарда). Формирование выборки исследования проводилось следующим образом. Хронологически первыми проходили обследование пациенты, перенесшие инфаркт миокарда. Диагностика проводилась на клинической базе Главного Бюро Государственной

службы медико-социальной экспертизы Министерства социальной защиты Свердловской области. В данную выборку вошли 140 пациентов в возрасте  $52,9 \pm 0,7$  лет, перенесших острый крупноочаговый инфаркт миокарда  $2,8 \pm 0,1$  года назад на момент исследования.

Контрольная группа состояла из участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, призванных военкоматами Свердловской области. Исследование проводилось на базе Центра радиологии Уральского региона при Областной больнице № 2. В выборку вошел 151 ликвидатор аварии на Чернобыльской АЭС в возрасте от 35 до 50 лет, мужского пола, что соответствует большому проценту лиц в распределении по возрасту. Как установлено, в клиническом плане участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС приводит практически здоровых людей (по данным военкоматов, на ликвидацию аварии призывались только физически здоровые мужчины) к формированию патологических изменений со стороны, в первую очередь, системы кровообращения.

В качестве психодиагностического инструментария были выбраны: методика психологической диагностики типов отношения к болезни, разработанной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева [10] как выяснение «поверхностного», феноменологического уровня существования болезни; ко-терапевтическая система Келли, модифицированная В.М. Воробьевым [2] и психоаналитическая методика Л. Сонди [13] как способы качественного углубления, как бы расшифровки полученной непосредственно воспринимаемой личностью информации о болезни.

В нашем исследовании было установлено, что пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, по-разному существуют в пост-инфарктом пространстве в зависимости от клинических проявлений болезни, наличия-отсутствия невротических моделей поведения и наличия/отсутствия группы инвалидности.

Существенное значение в развитии патогенеза заболеваний ликвидаторов аварии на ЧАЭС начинают играть процессы преждевременного патологического старения и снижение сосудистой реактивности. В итоге, несмотря на прекращение действия негативных факторов, в первую очередь радиационного облучения,

Тип отношения к болезни	Пациенты с ИМ			Ликвидаторы
	В целом по выборке	Осложненный ИМ	Неосложненный ИМ	
Гармонический	18,5	19,2	21,2	14
Эргопатический	15	18	15,2	14
Сензитивный	11,8	12,8	12,1	10
Смешанный	19,6	15,4	21	29
Диффузный	22	23,1	18	29
Анозогностический	1,8	0,5	1,3	2

Таблица 1.

Отношение к болезни пациентов с инфарктом миокарда и ликвидаторов аварии на ЧАЭС (в %)

продолжается прогрессивное снижение уровня как соматического, так и психического здоровья участников травматического события. Так у ликвидаторов аварии на ЧАЭС сердечно-сосудистая патология приобретает своеобразные черты: развивается на 7-10 лет раньше своего «возрастного» эквивалента, сопровождается множественными микроангиопатиями, гиалинозом мелких сосудов, психопатологическим развитием личности, склерозированием паренхиматозных органов, отвечающих за иммунологический и биохимический гомеостаз, а также ригидностью к проводимой психо-, фармако- и физиотерапии. Кроме того, была установлена статистически достоверная разница между интегральным выражением алгоритмов реакций у здоровых людей, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и у ликвидаторов аварии. Так, у здоровых лиц номограмма, совокупно отражающая баланс нервно-рефлекторной регуляции имеет форму параболы с вершиной, обращенной вверх, и по своему виду напоминает синусоиду. Эта синусоида по общебиологическим законам описывает адекватно протекающий процесс адаптации и указывает на фазность реакции биологической системы в зависимости от интенсивности приложенного раздражителя: активной реакции на малые дозы облучения, привыкание к действию раздражителя при средних нагрузках и снижении реактивности при продолжающемся увеличении интенсивности воздействия. У ликвидаторов последствий аварии по сравнению с нормальной кривой оказалась расположена в зеркальном отображении имела прямо противоположную направленность своих ветвей: ее ветви устремляются вверх как в диапазоне малых значений оси абсциссы, так и при их увеличении. На наш взгляд, это как раз свидетельствует о включившихся механизмах саморазрушительного поведения на органическом уровне. В результате проведенного нами исследования было установлено наличие четких клинико-психологических параллелей и алгоритм осознаваемых и неосознаваемых психосоматических моделей саморазрушительного поведения

пациентов, участвовавших в ликвидации аварии на ЧАЭС.

Анализ отношения к болезни дает возможность уже на феноменологическом уровне выявить психологические особенности пациентов, перенесших одинаковое заболевание – инфаркт миокарда. Рассмотрим, какие типы отношения к болезни чаще демонстрируют пациенты с инфарктом миокарда. Обращает на себя внимание разница в процентах по смешанному и диффузному типам, а также отсутствие среди типичных вариантов отношения к болезни анозогнозического отношения, которое составляет 1,8% среди данной когорты пациентов.

Проведенный факторный анализ позволяет установить, что отношение к болезни складывается в зависимости от разных факторов, среди которых: уровень образования, профессиональная деятельность, наличие/отсутствие невротических моделей поведения. Чем выше уровень образования, тем больший процент гармоничного отношения больных к своему заболеванию, и чем ниже уровень образования, тем чаще встречаются противоречивые (диффузное и смешанное) типы отношения к болезни. Если учесть, что выборка состоит из 48% людей со средним образованием, 29% – со средним специальным, а 23% имеют высшее образование, то можно сделать вывод о прямой зависимости рисунка поведения в болезни от уровня образования и предположить, что пациенты с высшим образованием чаще используют рефлексивную для осмысления ситуации болезни.

Уровень образования в свою очередь непосредственно связан с содержательной стороной профессиональной деятельности. Так, среднее образование, учитывая, что в выборку вошли 83% мужчин, предполагает физический труд, а высшее – интеллектуальный. У лиц, выполнявших физический труд до инфаркта, чаще встречаются невротические модели поведения (35%), тогда как у лиц, выполнявших преимущественно интеллектуальный труд, невроз встречается у 21% больных. С другой стороны, отсутствие физического труда в анамнезе имеют 27,5% пациентов, а интеллектуального труда – 41% больных с невротическими паттернами поведения. Поэтому наличие не-

вроза обратно пропорционально уровню образования.

Показатели инвалидности также демонстрируют динамику состояния здоровья у лиц, перенесших инфаркт миокарда. На момент заболевания 48,7% имели вторую группу инвалидности, через год после инфаркта II группа была зафиксирована у 44%, а на момент проведения исследования у каждого второго (50%). Не имели инвалидности на момент инфаркта 26%, через год – 33%, на момент исследования 30% больных, что демонстрирует относительную стабильность состояния здоровья у опитантов.

При анализе лишь медицинского аспекта инвалидности можно отметить статичность ситуации. Если болезнь фиксируется как отклонение от нормы в биомедицинском статусе больного, то следствием заболевания являются ограничения жизнедеятельности, в том числе и снижение трудоспособности, что является основанием для выявления объективно выраженных нарушений, позволяющих рассматривать вопрос об инвалидности. Понятно, что активным действующим лицом здесь выступает медицинский работник, а главным критерием – клинические данные.

Психологический аспект инвалидности рассматривается уже с двух точек зрения. Первая, традиционная, объясняет инвалидность с позиций органической патологии, что предполагает ее близость к медицинскому аспекту. Именно с учетом этой точки зрения построены все реабилитационные мероприятия, ориентированные в первую очередь на сохранение трудоспособности больного в узком понимании, т.е. как профессионального работника.

Если следовать предложенной логике, то получается, что, чем тяжелее состояние здоровья человека, т.е. чем выше группа инвалидности, тем сложнее и проблематичнее восстанавливать как профессиональную, так и привычную бытовую деятельность пациента. Однако, исследуя клинико-психологические особенности людей, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда,

Группа Инвалидности	Способности к труду изменились		Способности к труду не изменились	
	Осложненный ИМ*	Неосложненный ИМ*	Осложненный ИМ*	Неосложненный ИМ*
Группы нет	50	54,2	50	45,8
Первая группа	92,3	-	7,7	-
Вторая группа	97,9	87,5	2,1	12,5
Третья группа	100	66,7	-	33,3

\*ИМ – инфаркт миокарда

Таблица 2.  
Изменение способности к труду в зависимости от группы инвалидности у пациентов с инфарктом (% внутри групп инвалидности)

мы получили более сложную картину. Рассмотрим таблицу 2, в которой представлены цифры, характеризующие изменение способности к труду в зависимости от группы инвалидности.

Так, пациенты, перенесшие инфаркт миокарда и не получившие группу инвалидности, в большинстве случаев (63%) вернулись, по данным клинического интервью, к привычной для себя деятельности.

В исследовании была выявлена обратно пропорциональная зависимость между показателем инвалидности и способностью к трудовой деятельности ( $r = -0,47$ ). При этом субъективный показатель «способность к труду» оценивается пациентами по-разному. Пациенты, у которых группа не была определена, примерно одинаково рассматривают свои способности к труду. Понятно осознание проблем, возникающих в профессиональной и других видах трудовой деятельности у больных, перенесших осложненный инфаркт миокарда и не получивших группу инвалидности.

С чем связана такая же тенденция у лиц, которые пережили инфаркт с минимальными для здоровья потерями? Парадоксально звучат ответы больных, имеющих третью, т.е. самую легкую группу инвалидности. Здесь ответы распределились в пропорции – у 66,7% пациентов из этой группы больных изменилась способность к труду, и только 33,3 % считают, что их профессиональные навыки не претерпели изменений. Возникает вопрос: «Что мешает людям, пережившим инфаркт миокарда с минимальными потерями для здоровья, продолжать профессионально действовать как прежде?»

Ответ можно получить, опираясь на другую точку зрения по поводу инвалидности, которая объясняет данное явление с позиций теории социального конструкционизма [12, 39-40]. Суть этой теории в том, что состояние человеческого организма может быть по-разному воспринято самим человеком и другими людьми и иметь разные последствия для участников ситуации в зависимости от контекста, то есть проявленности, распакованности смысла заболевания. С этой точки зрения инвалидность рассматривается как социальное явление, сущностью которого является ограничение возможностей человека с позиций конкретной культуры. Однако еще Х. Ортега-и-Гассет замечал, что «жизнь, истраченная в труде, не кажется нам истинно нашей, такой, какой она должна бы быть; напротив, она

Отношение к болезни	Невроз		Невроза нет	
	Инвалиды II группы	Без группы	Инвалиды II группы	Без группы
Гармоническое	-	25	23	28,6
Смешанное	26,3	25	30,8	-
Диффузное	16	-	-	28,6
Эргопатическое	26,3	-	-	42,9
Сензитивное	16	38	-	-

Таблица 3.  
Зависимость типа отношения к болезни от наличия/отсутствия инвалидности и наличия/отсутствия невроза (%)

представляется уничтожением нашего подлинного существования» [20, 195].

Другими словами, пациенты с неосложненным инфарктом миокарда, не имеющие группы инвалидности, активно используют все психологические механизмы овладения миром, в том числе рефлексия для переосмысления своего места в мире и использования ситуации в своих утилитарных целях. Большинство из пациентов данной группы (по результатам клинического интервью) редко ходят за покупками в магазин, практически не выполняют работу по дому, каждый четвертый отказался от работ в саду, а 25% резко снизили количество выполняемой работы по саду.

Можно предположить, что самой противоречивой будет группа, куда вошли больные, получившие вторую группу инвалидности, так как эта группа представляет собой как бы переходную стадию от самой легкой третьей группы к тяжелой, серьезно осложняющей жизнь первой группе. Так, из таблицы 2 видно, что 87,5% пациентов с неосложненным инфарктом и имеющие II группу инвалидности считают, что их способность к трудовой деятельности изменилась. Именно в этой группе самый большой процент наличия невротических моделей (56 %), тогда как у пациентов с первой группой невроз не выявлен, а у больных с третьей группой инвалидности этот процент только 21%.

Рассмотрим, каково значение болезни для пациентов, перенесших инфаркт миокарда в зависимости от наличия-отсутствия невроза. Первое, на что стоит обратить внимание – отсутствие у пациентов со второй группой инвалидности и имеющих невротические модели поведения гармонического отношения к болезни. Среди инвалидов со второй группой без невроза 23% испытуемых диагностируются как адекватно, т.е. без преувеличения, но и без преуменьшения оценивающие свое состояние.

На первом месте в группе инвалидов, имеющих не-

вротические модели поведения, оказалось эргопатическое отношение к болезни как бегство в другие виды деятельности (26,3%). Смешанный тип отношения к болезни в этой группе (26,3%) чаще содержит также эргопатический и анозогнозический типы. Среди данной категории больных только один пациент посчитал, что его способности к профессиональной деятельности не изменились, и двое – что вернулись к привычным интересам и заботам.

Во второй группе в диффузный входят типы: меланхолический (как удрученность своей болезнью, неверие в выздоровление, в успех лечения, депрессивные высказывания вплоть до суицидальных, пессимизм), сензитивный тип, неврастенический (как поведение по типу «раздражительной слабости») и дисфорический (как зависть и ненависть по отношению к здоровым, требования особого внимания, склонность к обвинению других в своей болезни). Таким образом, в данной группе, куда вошли пациенты с неосложненным ИМ, наблюдается противоречивая картина болезни, так как пациенты демонстрируют с одной стороны внешнюю проявленность болезни через попытки привлечь к себе внимание, злость, раздражительность по отношению к другим людям, с другой стороны – ориентированы на внутренние, субъективные ощущения, которые ими с трудом дифференцируются и плохо описываются.

Следовательно, можно предположить, с одной стороны «фантастическое», существующее лишь в мечтах стремление «оставаться прежними», с другой стороны – незначимость тех видов деятельности, которые выполнялись до болезни. Поэтому, несмотря на факт болезни, эти люди продолжают считать себя (по диагностике личностных конструктов Д.Келли) «наставниками», «трудолюбивыми людьми», «думающими про всех, хорошими людьми». «Я-идеальное» представлено с помощью таких характеристик, как «здоровый» (кстати, этот конструкт в этой группе встречается чаще всего), «энергичный», «ни на что не обращающий внимания», «независимый».

Развернутые клинические исследования не выявили в данной группе объективных опасностей повторного инфаркта миокарда. У половины опитантов из этой группы не обнаружено нарушений сердцебиения, у каждого третьего (32,2%) отсутствовали нарушения кровообращения, легкие нарушения зафиксированы у 34% пациентов. Лишь 3% диагностированы как имеющие тяжелые нарушения кровообращения на момент исследования. Однако в психологическом плане это самая неблагоприятная группа, так как четко отслеживаются «ножницы» между клиническими проявлениями

состояния здоровья и индивидуально-личностными особенностями поведения, что позволяет сделать вывод о психосоматической природе инфаркта миокарда данной группы.

Следовательно, наличие лишь факта инвалидности как клинического показателя тяжести состояния больного не дает возможности реально оценить ситуацию.

Вторая выделенная нами группа характеризуется отсутствием инвалидности. В ней мал процент пациентов из основной группы, так как 78% больных с осложненными инфарктами имеют первую или вторую группу инвалидности. Многие авторы указывают на факт, что «невротические расстройства чаще наблюдаются в клинике неосложненного инфаркта» [1].

Это подтверждает наше исследование. На эту группу приходится самое большое число жалоб на свое состояние, 50 % предъявляли претензии к своему самочувствию в послеинфарктный период. Каждый третий жаловался на сердечные нарушения в момент исследования. Однако объективных показаний для определения группы инвалидности зафиксировано не было.

Неудивительно, что на первом месте здесь оказалось сензитивное отношение к болезни (38%), т.е. пациентов больше всего волнует, как они выглядят в глазах окружающих. Эту категорию больных действительно больше всего волнуют контакты, что проявляется в самооценочных характеристиках. Реальные образы Я представлены определениями: рассудительный, спокойный, общительный, отзывчивая, жесткий и пр. Идеальный образ Я чаще связан также с коммуникациями (помогающий, лечащий, уравновешенный, держу себя в рамках и пр.).

Различны также и актуальные потребности в выше-названных группах. Так, на первом месте в группе инвалидов, имеющих невротические модели поведения, находится потребность в персональной любви, которая должна быть удовлетворена без проявлений активности со стороны пациента. Другими словами, через актуальную потребность прослеживается механизм использования болезни для углубления невротического конфликта. У инвалидов актуальным является состояние «хочу, чтобы любили, но силы для этого прилагать не буду». Защитой от постоянно неудовлетворенной потребности выступает невротическая модель поведения, связанная с достижением цели, где болезнь выступает как благоприятное обстоятельство. Как писал З.Фрейд: «Невроз в наши дни заменяет монастырь, в который обычно удаляются те, которые разочаровались в жизни или чувствовали себя слишком слабыми для жизни» [16, 61].

Определение своих возможностей и возможностей мира по отношению к Я, прояснение ситуации, в которой находится человек для того, чтобы принимать решения, связано с побуждением, обозначенным Л.Сонди как (p). Совместно два побуждения – «р» и «к» – образуют вектор Sch, лежащий в основе существования Я. В работе «Я и Оно» Фрейд определял Я как некую часть Оно, бессознательного, которая под воздействием внешнего мира становится им, благодаря чувственному осознанию. Согласно этому определению, «Я является вычленившейся частью Оно, то есть относится к побуждениям. Я старается также выяснить, какое воздействие оказывает внешний мир на Оно и на его намерения, стремится к тому, чтобы на место имеющего неограниченную власть принципа удовольствия поставить принцип реальности. Осознание играет в Я ту же роль, что и побуждение в Оно... Прежде всего, Я является по сути чем-то телесным, не поверхностью, а проекцией себя на поверхность» [16, 219].

Позиция, занимаемая Я в мире, невротична, что подтверждается большим весом переменной «невроз», вошедшей в данный фактор при статистической обработке данных, причем в группе с осложненными ИМ невротические модели поведения выявлены у 40%, а в группе с неосложненным ИМ – у 65% опрошенных. Этим объясняется установленный нами факт, что наиболее часто встречающееся отношение к своему заболеванию по всей выборке – диффузное, состоящее из нескольких типов (22%). Причем в группе с неосложненным ИМ этот процент немного выше, чем в группе с осложненным ИМ. У пациентов первой из вышеназванных групп диффузное отношение к болезни состоит из сензитивного, ипохондрического и тревожного типов, которые не противоречат, а взаимно дополняют друг друга, проясняя для исследователя модель поведения в болезни, связанную с уходом в себя, концентрацией на внутренних переживаниях по поводу перенесенного инфаркта.

В актуальном состоянии в обобщенный портрет больных, перенесших инфаркт миокарда, на передний план выводит модель поведения воинствующего гуманиста, человека, сражающегося за справедливость. Вероятнее всего, эта борьба является сублимированной агрессивностью, т.к. «всяческое зло в человеке – ненависть, самолюбие, тщеславие, злорадство... – не есть свидетельство бездушия, а напротив, имеет духовное происхождение, есть признак какой-то особой напряженности духовной жизни. В конечном счете, оно проистекает из оскорбленного чувства человеческого достоинства» [15, 62].

Таким образом, в исследовании установлено, что пациенты, перенесшие ИМ, по-разному структурируют смысловую реальность своего пост-инфарктного существования. Так, пациенты с осложненным инфарктом без невротических моделей поведения и без группы инвалидности, осознают и осмысливают свои переживания через оценку поведения в болезни, чаще используя болезнь для удовлетворения своей потребности в любви и демонстрируя рентные установки. Среди этой группы выявлен большой процент пациентов (27%) с конструктивной адаптацией к новым пост-инфарктным обстоятельствам жизни. Эти пациенты характеризуются осознанной пассивностью и выбором более легких видов деятельности.

Режим сосуществования с миром пациентов с осложненным инфарктом, имеющих невротические модели поведения без группы инвалидности, связан с неосознаванием ситуации болезни и с бессознательным механизмом достижения гомеостаза. Данная группа больных чаще демонстрирует приспособительное поведение, заторможенность, пассивность. Невротическая модель поведения выступает здесь как неосознаваемый способ решения проблемы удовлетворения потребности в персональной любви, поэтому самочувствие данных пациентов – стабильное с тенденцией к улучшению.

Пациенты, имеющие в анамнезе осложнения болезни и характеризующиеся адекватным поведением и наличием группы инвалидности, отличаются осознанным способом переживания своего состояния и позитивным осмыслением себя через оценку в болезни. Определенная медико-социальной экспертизой группа инвалидности позволяет этой группе больных предъявлять миру ухудшение состояния, оценивая себя как больного, требующего заботы человека. Поэтому можно предполагать, что эти пациенты пытаются получить определенную выгоду от болезни.

Пациенты с невротическими моделями поведения и группой инвалидности отличаются тем, что переживают свое состояние неосознанно, манифестируя ухудшение субъективно оцениваемого самочувствия и ощущение бессмысленности, связанной с фрустрированностью потребности в персональной любви. С другой стороны именно в данной группе выявлен самый большой процент эргопатического отношения к болезни (24%) как активности в различных видах деятельности, бегством от болезни, что объективно ухудшает самочувствие. Поэтому данная группа требует психокоррекционного воздействия.

На первом месте по необходимости подключения

клинического психолога или психотерапевта находится группа больных с осложненным инфарктом, переживших клиническую смерть и имеющая невротические модели поведения. В этой группе самое большое количество человек, умерших за период с момента исследования. Все пациенты имеют I или II группу инвалидности и характеризуются отсутствием осознанности своего состояния, пассивностью, бездеятельностью и безответственностью. Именно в данной группе самый высокий процент актуальной (44%) и вытесненной потребности (30%) в демонстрации злости, а также ярко выраженной актуальной потребности в персональной любви.

Группа пациентов, переживших клиническую смерть, но не имеющая невротических моделей поведения, находится в ситуации осознаваемой и осмысленной перестройки системы отношений с миром. Здесь самый большой процент больных с высшим образованием, предполагающий наличие развитой рефлексии, которая позволяет данным пациентам не использовать свою болезнь для удовлетворения актуальных потребностей.

Наличие-отсутствие невротических моделей поведения и группы инвалидности как критерии специфического структурирования смысловой реальности в ситуации болезни позволяют выделить разные по режимам функционирования группы пациентов с осложненным инфарктом.

В данной когорте пациентов самой тяжелой относительно прогноза и требующей психологической коррекции оказалась группа с наличием неврозов и инвалидности. В отличие от больных с осложненным инфарктом, эти пациенты демонстрируют паническую активность, связанную с вытеснением паники, тревоги и страхов и стремлением «остаться прежними». Несмотря на отсутствие объективных оснований для ухудшения состояния, эти пациенты чаще предъявляют жалобы на соматическое самочувствие, что дает основание предполагать психосоматический характер заболевания.

Данные пациенты переживают реальные процессы протекания болезни неосознанно, ориентируясь на наличие инвалидности как социального «разрешения» чувствовать себя плохо. Отсутствие гармонического отношения к болезни, большой процент вытесненной потребности в персональной любви сигнализируют об отсутствии смысла, бессмысленности в ситуации болезни. Результат – ухудшение соматического состояния и неблагоприятный прогноз.

Группа пациентов, у которых не выявлено невро-

тических моделей поведения, но имеющая группы инвалидности, чаще осознанно регулирует свое состояние, пытаясь приспособиться к новым условиям, что позволяет решать имеющиеся до инфаркта проблемы адекватными способами, принимая ответственность за свою жизнь.

Среди больных без группы инвалидности, но с невротическими моделями поведения каждый четвертый осознает ситуацию, демонстрируя рентные установки. У данных пациентов был выявлен гармоничный тип отношения к инфаркту миокарда. В этой же группе пациенты с сензитивным отношением к болезни характеризуются неосознанным способом смыслогенеза и преградным смыслом, проявляющимся через неконструктивную адаптацию.

Казалось бы, самая перспективная группа, у пациентов которой отсутствуют неврозы и не определена группа инвалидности, характеризуется несколькими вариантами совместного бытия личности и мира. Так, пациенты с гармоническим отношением к болезни (28%) отличаются переосмыслением нового существования в мире, развитой рефлексивностью, может быть и за счет отказа от удовлетворения потребности в любви. Остальные пациенты, демонстрируя прежний стиль взаимодействия с миром и с собой, характеризуются дезадаптационными моделями поведения и ухудшением соматического состояния.

Что же происходит с пациентами, перенесшими ИМ после участия в ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС? Анализ внутренней картины болезни в целом по выборке показал, что первое место делят смешанный (29%) и диффузный (29%) типы отношения к заболеванию, что свидетельствует о достаточно серьезной психологической дезадаптированности участников ликвидации аварии. Наиболее часто встречающиеся типы в диффузном отношении к болезни – тревожный, ипохондрический и меланхолический. Это свидетельствует о интрапсихической направленности реагирования на болезнь у данных пациентов. «Эмоционально-аффективный аспект отношений у больных с этими типами реагирования клинически выражается в реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием», – напоминают нам разработчики методики «Тип отношения к болезни» [10, 25]. Составные компоненты смешанного типа (сензитивный, эргопатический и тревожный типы) характеризуют наличие внутреннего конфликта, так как принадлежат к разным векторам адаптированности в ситуации болезни. Так,

сензитивный тип связан с проблемой оценки значимого окружения (как я буду выглядеть в глазах других?) и соответствия системе ожиданий, то есть относится к интерпсихическому варианту реагирования на болезнь. Тревожный тип отношения к болезни включает в интрапсихическую направленность, то есть связан с глубокими внутренними переживаниями по поводу своего заболевания. Эргопатический тип предполагает, что у пациента достаточно сил и энергии для того, чтобы сублимировать свою активность в другие виды деятельности, «убегая» тем самым от болезни. Такое внутренне противоречивое реагирование на болезнь ведет к нарушению личностного функционирования больных. Они «или стесняются своего заболевания, или «используют» его в своих целях, строят концепции паранойального характера относительно своего здоровья, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге и др.» [10, 26].

Второе место делят эргопатическое (14%) и гармоническое (14%) отношение к заболеванию. Пытаясь «убежать» от болезни, ликвидаторы аварии преуменьшают ее значение, вплоть до вытеснения, отрицания факта заболевания и ухода в другие виды деятельности (общественную, профессиональную, домашнее хозяйство и пр.). Но следствием такого «бегства» является реальная потеря различных льгот, положенных ликвидаторам по закону. Как подчеркивал Б.Д.Карвасарский, «одним из важнейших показателей личностной адаптивности служит адекватность намеченных целей возможности их реализации в заданных условиях» [7, 224]. Понятно, что полученная группа инвалидности для этих пациентов выступает как своеобразный «допуск» к серьезной материальной компенсации участия в ликвидации аварии на ЧАЭС. Для большинства этой группы пациентов, возможность получать материальную помощь – единственный источник доходов. С другой стороны, средний возраст ликвидаторов предполагает активность в разных видах деятельности, в том числе и профессиональной, общественной, семейной и пр. Поэтому они оказываются перед дилеммой: либо продемонстрировать клиническую симптоматику своего заболевания, на основании которой определена группа (кстати, диагнозы, подобные тем, что поставлены ликвидаторам, чаще не рассматриваются как основание для инвалидности у других категорий пациентов), либо оставаться здоровыми мужчинами.

Гармоническое отношение к болезни, продиагностированное у 14% ликвидаторов, характеризует трезвую оценку своего заболевания. Однако при внимательном изучении протоколов исследования оказалось,

что у данной категории пациентов вторым по значимости, хотя и не вошедшим в «диагностическую зону», выступает сензитивный тип реагирования на болезнь. Этот факт с достаточной степенью вероятности сигнализирует о наличии психологических проблем даже у данной когорты ликвидаторов.

Полученные данные позволяют выделить существенную роль психологических компонентов в патогенезе сердечно-сосудистой патологии у ликвидаторов аварии. Другими словами, уже первичный анализ отношения ликвидаторов аварии к своему заболеванию позволяет выделить дезадаптационные модели поведения как неконструктивные, невротические по своей сути способы приспособления к новым для них условиям. Каковы психологические механизмы формирования этих моделей?

Участники ликвидации аварии на ЧАЭС в актуальном состоянии демонстрируют «самоограничивающую» модель поведения, которая характеризуется пассивностью (s —), отчужденностью, цеплянием за старые связи (d —) и в конечном счете, утратой своего Я (Sch 0 0). На первом месте находится потребность в индивидуальной любви (h +) как сила, толкающая человека на объединение с конкретным, единичным человеком. Но потребность в индивидуальной любви у ликвидаторов постоянно фрустрирована, так как второе место занимает потребность в пассивности как необходимость терпеть ради чего-то. У 39% ликвидаторов данная потребность вытеснена, превращена в бессознательную цель, что сигнализирует нам о том, что пациент оказался в ситуации страдания. А.Кемпински, анализируя ситуации, связанные с «невозможностью осуществления собственного выбора активности», характеризовал их как «вызывающие установку страха» [8, 230]. Страх бывает осознанным и неосознаваемым, когда угроза как причина страха – неопределенна. «Он бывает сильнее, если нет возможности действовать, если человек чувствует себя в отношении опасности беззащитным» [8, 231]. Страх – это, несомненно, предупреждение об опасности, и в равной степени оно содержит как возможности к преодолению опасности, так и возможности к уклонению от угрозы. Если в первом случае можно констатировать наличие возможностей личности к активному приспособлению и зрелости человека, то второй вариант приводит к стагнации, которая тормозит личностное развитие, не позволяя осознать страх.

Чувство страха у ликвидаторов связано с тревогой. Тревожность как относительно устойчивая личностная черта большинства ликвидаторов аварии на ЧАЭС,

отмечается многими авторами. Так, Ю.М.Губачев с соавторами указывают, что « в качестве психического состояния тревога детерминируется условиями неопределенности. При наличии дефицита информации возникает генерализованная боязнь неудовлетворения как биологических, так и социальных потребностей, что ведет к дезорганизации психических и соматических функций» [3, 131].

Полученные нами данные перекликаются с предложенными в DSM-4 основными синдромами и симптоматикой посттравматического стрессового расстройства, что проявляется и в соматическом состоянии этой когорты пациентов, чаще объективно диагностируемом через гиперкинетический сердечный синдром, параксизмальные суправентрикулярные тахикардии, синдром вегето-сосудистой (нейроциркуляторной) дистонии, а субъективно – через боли в области сердца, страх смерти, одышки, необъяснимую тревогу и пр.

По определению Л.Сонди, таких людей можно назвать «потерявшимися», дезинтегрированными личностями либо с отсутствием стремлений во внешней среде, либо с деформированными потребностями в данной среде [13, 230].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что большинство ликвидаторов аварии на ЧАЭС переживают свои функциональные расстройства и болезни неосознанно, демонстрируя в структуре смысловой реальности бессмысленность. Попытки организма приспособиться к переживаниям личности приводят к дезадаптивным способам регуляции, что заканчивается преградным неосознаваемым смыслом. Следовательно, основная причина болезней и нарушений у ликвидаторов последствий аварии носит психологический характер, а соматические нарушения выступают следствием этой ситуации. Преградный смысл либо отсутствие смысла включает саморазрушительное поведение, что проявляется в опасных моделях поведения.

При анализе опасных моделей поведения у ликвидаторов последствий аварии оказалось, что наиболее часто встречаемая опасность – депрессия (Sh -). А депрессивные личности демонстрируют форму страха, связанную с «существованием единства и целостности Я и с глубинным переживанием утраты безопасности» [11, 93]. Пассивная выжидательная позиция таких людей связана в первую очередь с их центральной проблемой как «неудавшимся поворотом к себе», недостатком развития своего существования как субъекта... Чем настойчивее они стараются уменьшить страх перед собственным существованием, тем больше отвергают собственную личность, что создает неразрешимую си-

туацию» [11, 134-135]. Поэтому так значимо для них взаимоотношение с другим человеком, который превращается в сверх ценный объект.

Другой человек необходим и для того, чтобы удовлетворить потребность в персональной любви, пусть пассивно. У ликвидаторов преобладает (54%) потребность в прежнем партнере, в том, который уже найден и с которым невозможно расстаться. «Любящая самоотверженность стремится посвятить себя партнеру и без связи своего существования с другим человеком невозможна», – подчеркивает Ф.Риман [11, 95]. Тенденция «не расставаться» выливается в накопительство всего нужного и ненужного. Это потребность, создавшая Плюшкина. Главной опасностью реализации этой потребности является либо угроза одиночества, либо невозможность прервать связь, которая уже потеряла смысл. Другими словами, человек оказался в рабской зависимости от имеющегося дуального союза. Чаще всего источником неодолимого стремления к обладанию и контролю над ситуацией является переживание собственной недостаточности. Тот же самый источник ответствен за наличие стремления к не-впусканью в себя другого и отдалению от него. Нравнодушие к другому всегда влечет за собой ту или иную форму зависимости. И стремление к возобладанию над другим, и стремление не впустить в себя другого, когда, по Гегелю, нечто пытается сохранить форму « в-себе-и-для-себя-бытия», когда оно упорно противится своему закабалению, проявляются при установлении отношений зависимости.

Это углубляет проблематичность адаптации к новым условиям жизни, сигнализируя об отсутствии устойчивости к изменениям. Отсюда необходимость постоянного контроля себя и ситуации, что требует достаточной напряженности, которая выявлена у 61% участников чернобыльской катастрофы.

Клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о сложной структуре психического напряжения, демонстрируемой ликвидаторами аварии. Невозможность вытеснить из сознания воспоминание о ситуации, к которой была причастна личность, соединенная с отсутствием осмысленности произошедшего, делает человека безутешным. Если ностальгия – это сожаление о прошлом, с которым связываются положительные переживания, то вина, напротив, отражает сожаление о проклятом прошлом, которое бесцеремонно вторгается в настоящее, заслоняя собой мир. Поглощенный навязчивыми воспоминаниями, человек изолирован не только от будущего, но и от далекого и безоблачного минувшего, предшествовавшего собы-

тию, а также не может адаптироваться в настоящем. «Вина ложится на сердце тяжелым грузом», – метафорично описывает такое положение К. Изард [6, 371], подчеркивая тем самым, что вина это, по выражению Ф. Ницше, «жестокая и бесполезная казнь», причиняющая человеку страдания и бессмысленная по сути, что приводит в конечном итоге к самоубийству во всех смыслах этого слова.

Недостойной существования жизнь делает рабство души. Вспомним С.Кьеркегора, который, разделяя человеческое существование на подлинное и неподлинное, подчеркивал, что если второму способу характерна жестко детерминированная природно-социальная необходимость, то первый способ отличается открытостью для выбора жизненных альтернатив. Бытие «радикальной единичности», то есть онтологические основания жизни конкретного человека задаются не тем, чем они уже стали или становятся, а тем, чего еще нет – своим проектом, который присутствует в настоящем в качестве неисчерпаемых возможностей будущего. Но любая возможность несет в себе не только позитивные свершения, реализацию целей, она может быть угрозой для существования единичного, то есть самого человека.

Участие человека в экстремальной ситуации искажает как клинические, так и психологические механизмы реагирования на заболевания, приводя к деформациям смысла существования, в том числе и существования болезни. Так, участие в ликвидации последствий техногенной катастрофы на Чернобыльской АЭС практически здоровых мужчин привело через 10-15 лет к неспецифическим проявлениям патологии в первую очередь системы кровообращения. Процессы адаптации к PTSD, развившемуся у большинства ликвидаторов, связаны с саморазрушительным поведением. В центре – все та же фрустрированная потребность в индивидуальной любви. Поэтому главная проблема ликвидаторов последствий аварии заключается в овладении внутренним миром как попытки, по выражению Платона, «желать возродиться в совершенстве». Несомненно, подлинная любовь по своему внутреннему содержанию есть анти-смерть. Она проявляется не столько в стремлении продолжить себя в следующем поколении, сколько в потребности продолжения себя как цельной индивидуальности, смысл которой в облегчении своего как психологического, так и соматического самочувствия.

### Литература

1. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза. М.: Триада-Х, 2000. – 411с.

2. Воробьев В.М. Келли-98. Ко-терапевтическая компьютерная система. СПб: Имотон, 1998. 158с.
3. Губачев Ю.М. Психогенные расстройства кровообращения. СПб.: Политтехника, 1993. – 248 с.
4. Гуськова А.К. Гематологические эффекты у подвергшихся облучению при аварии на Чернобыльской АЭС / А.К.Гуськова, А.Е.Баранов // Медицинская радиология. – 1991. – №8. – С.31-37.
5. Зиммель Г. Избранное. М.: Юрист, 1996. – 607 с.
6. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999. – 464 с.
7. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. – 576 с.
8. Кемпински А. Страх // Психические состояния. СПб.: Питер, 2000. – С.229-235.
9. Киселев М.Ю. Страх и стигма: о социально-психологических механизмах стигматизации больных СПИДом и жертв радиационных катастроф // Психологический журнал. – 1999. – №4. – С.40-47.
10. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни // Под ред. А.Е.Личко. Л.: НИИ им. В.М.Бехтерева, 1987. – 27с.
11. Рима Ф. Основные формы страха. М.: Алтейа, 1999. – 336с.
12. Смирнова-Ярская Е.Р. Социальное конструирование инвалидности // Социологические исследования. – 999. – №4. – С.38-46.
13. Сонди Л. Учебник по экспериментальной диагностике побуждений. Кишинев, 1995. – 364с.
14. Ушмен Г. Определение Э.Геккелем понятия «экология // Очерки по истории экологии. М., 1970.
15. Франк С.Л. Сочинения. М.: Правда, 1990. – 607с.
16. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М.: Наука, 1989. – 456с.
17. Цыб А.Ф. Радиационные риски Чернобыля: оценка показателей смертности, заболеваемости по данным Национального радиационно-эпидемиологического регистра (1995) / А.Ф.Цыб, Л.А.Ильин, В.К.Иванов // Тезисы докладов Всероссийской конференции «Радиоэкологические, медицинские и социально-экономические последствия аварии на ЧАЭС». – Голицино, 1995. – С.37-52.
18. Erikson K.T. A new species of trouble: exploration in disaster, trauma and community. N.Y., 1994. – 212p.
19. Heidegger M. Holzwege. Frankfurt a. M., 1963. – 301 s.
20. Ortega y Gasset J. Obras completas. Paris, 1991. – 202p.