

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ И УСЛОВИЯ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ

Е.Г. Полетаев

*Кафедра психиатрии (зав. — проф. Д.М. Менделевич)
Казанского государственного медицинского университета*

Психические нарушения, возникающие в ответ на действие локальной вибрации у рабочих промышленных предприятий чрезвычайно распространены и исследованы целым рядом авторов. У данной категории лиц наблюдаются неврозоподобные, психопатоподобные, интеллектуально-мнестические нарушения психической деятельности [1, 2, 4]. По данным литературы [5, 6], психические расстройства при комбинированном воздействии шума и вибрации возникают у $37,1 \pm 4,7\%$ рабочих. Среди лиц, подвергающихся воздействию производственного шума и вибрации (449 на 1000), сенсорной депривации (443 на 1000) пограничные психические расстройства более распространены, чем у работающих в условиях СВЧ-поля (280 на 1000 чел.) [7].

Вибрационная болезнь — профессиональное заболевание, довольно часто возникающее у рабочих, длительно и систематически подвергающихся воздействию производственной вибрации. В ходе дальнейшего изложения речь будет идти только о локальной вибрации, источником которой являются механизированные инструменты — рубильные, клепальные молотки, зачистные, шлифовальные, полировальные машины, перфораторы, отбойные молотки. Большое число людей, работающих в виброопасных условиях, немалые экономические потери, связанные с вибропатологией, делают актуальными дальнейшие исследования механизмов психической дезадаптации и разработку методов профилактики при вибрационной болезни. Одним из малоизученных дезадаптирующих моментов является, на наш взгляд, осознание самими больными профессионального характера своего заболевания, которое можно рассматривать как дополнительный фак-

тор психической травматизации. Последний усложняет неврозоподобную картину вибрационной болезни и требует более пристального изучения внутренней картины заболевания, отражающей патологические нарушения процессов жизнедеятельности организма и связанные с ними условия существования личности [3].

Очевидно, что тот или иной тип реакции на болезнь формируется на базе личностных особенностей больных. Определенное значение имеют и социально-психологические параметры, поэтому кроме опросника "Внутренняя картина болезни" были использованы стандартизованный многофакторный тест обследования личности (ММРІ), тест цветового выбора (Люшера) и анкета с целью оценки состояния здоровья рабочих. Опросник "Внутренняя картина заболевания" включает в себя 12 шкал-типов реакции на заболевание: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивный, сенситивный, эгоцентрический, анозогнозический, эргопатический, паранояльный. Методика ММРІ и тест Люшера в расшифровке не нуждаются. И, наконец, анкета, состоящая из 68 вопросов, расположенных в порядке убывания их информативности, а также из вопросов, позволяющих собрать анамнез.

В стационарном отделении профпатологии 12-й городской больницы г. Казани нами были обследованы 150 больных вибрационной болезнью с психическими нарушениями (основная группа) и 50 больных с той же нозологией, но без психических расстройств (контрольная группа). У 126 человек основной группы диагностирована легкая стадия вибрационной болезни, у 24 — умеренно выраженная. 23 человека на мо-

мент тестирования не контактировали с вибрацией (были переведены на другую работу). Обследованные были в возрасте от 33 до 60 лет. У 16 человек стаж работы, связанный с вибрацией, варьировал от 10 до 14 лет, у 32 — от 15 до 19, у 56 — от 20 до 24, у 28 — от 25 до 29, у 18 — 30 и более лет. Профессиональный состав: клепальщики — 85 человек, полировщики — 32, слесари-сборщики — 17, шлифовщики — 6, шабровщики — 5.

Контрольную группу составили больные вибрационной болезнью, у которых по данным опросника невротизации (ДК > 1, 28) и других экспериментально-психологических методик выявлена устойчивая психическая адаптация. У 45 больных диагностирована легкая стадия, у 5 — умеренно выраженная. Возраст обследованных варьировал от 30 до 55 лет. Стаж работы, связанный с вибрацией, составляет у 9 лиц 10—14 лет, у 16 — 15—19, у 16 — 20—24, у 8 — 25—29, у одного — более 30 лет.

Результаты исследования внутренней картины болезни представлены в табл. 1.

Таблица 1

Типы реакций на вибрационную болезнь

Типы реакций	Основная группа	Контрольная группа
Эргопатический	48 (32%)	21 (42%)
Сенситивный	33 (22%)	3 (6%)
Сенситивно-эргопатический	24 (16%)	4 (8%)
Гармоничный	20 (13,3%)	17 (34%)
Ипохондрический	8 (5,3%)	—
Анозогнозо-эргопатический	7 (4,7%)	2 (4%)
Остальные	10 (6,7%)	3 (6%)

По данным табл. 1, более других распространен эргопатический тип реакции на болезнь. В основной группе достоверно чаще встречается сенситивный тип, а в контрольной — гармоничный.

Сравнение социально-психологических (табл. 2) и личностных особенностей (см. рис.) при различных вариантах реакции индивидуума на болезнь проводилось только среди представителей основной группы, имеющих те или иные психические нарушения.

Социально-психологические особенности обследованных больных

Достоверно значимые факторы (P < 0,05)	Эргопатический тип, %	Сенситивный тип, %	Гармоничный тип, %
Воспитание в неполной семье	20,8	33,3	20
Возраст старше 50 лет	41,6	60,6	25
Конфликты в семье	10,4	20,2	16
Невропатические особенности	20,8	24,2	5
Выбор профессии: случайный	29,1	63,6	25
в соответствии с интересами	54,1	18,1	40
Безразличное отношение к работе	10,4	30,3	10
Стаж более 20 лет	52	69,6	30

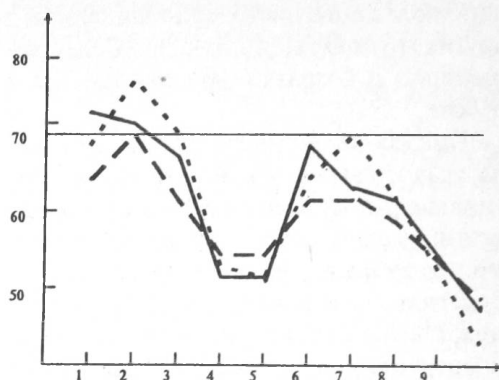
Эргопатический тип реакции на болезнь характеризуется сверхответственным отношением к работе, уходом в работу от проблем и болезненных переживаний, стремлением сохранить свой профессиональный статус любой ценой. В ряду жизненных ценностей представители этой группы чаще ставили понятие “работа” на первое место. Характерны следующие высказывания: “Практически всю жизнь ведь проработали в этом цеху. Мы не из тех, кто с места на место переходит. Когда начинаешь работать, забываешь все трудности, лишь бы все получше сделать”, “Проработали всю жизнь, теперь никому не нужны, а если с работы уйдешь — и подавно”. Представители данной группы чаще выбирали свою профессию в соответствии с интересами (табл. 2). Первые симптомы профессионального недуга являлись для этих лиц, как правило, неожиданными. Они не обращали внимания на начальные проявления заболевания, так как считали, что “у тех, кто ведет правильный образ жизни, здоровье все равно одержит верх”. В результате на лечение в стационар эти пациенты попадали через 5—8 лет после начала болезни, и после одной-двух безуспешных госпитализаций, на которые возлагались большие надежды, около половины обследованных отмечали у себя нервозность, неудовлетворенность. Некоторые начинали думать, что профессиональное заболевание развилось у них потому, что руководство о

них не заботилось, не соблюдались нормы гигиены труда, их специально не извещали вовремя об опасности заболевания. Однако каких-либо активных действий для изменения ситуации с их стороны, как правило, не предпринималось, что объясняется отчасти нарастающим астеническим синдромом, отчасти выраженной гиперсоциальностью обследованных. С течением времени, когда вследствие повышенной утомляемости начинает падать трудоспособность и сохранение прежней профессиональной активности требует дополнительных усилий, представители данной группы начинали уклоняться от любых, не связанных с работой нагрузок. Неспособность выполнять прежний объем работы, мысли о надвигающемся бессилии, беспомощности вызывали у них реакцию обиды, а иногда и вспышки гнева, неожиданные для самих больных.

Согласно данным методики ММРІ, у лиц этой группы (48) часто встречался подъем показателей по 1-й шкале (более 70 Т — 13 наблюдений, 60—69 Т — 23 наблюдения), что в сочетании с некоторым подъемом данных по 6-й шкале (более 70 Т — 7 наблюдений, 60—69 — 24 наблюдения) показывает у них наличие гиперсоциальности, осмоторительности, осторожности, зажатости, повышенного контроля над собой, мотивационной направленности на соответствие нормативным критериям, устойчивости интересов, упорства в отстаивании собственного мнения, активности жизненной позиции, трезвости взглядов на жизнь. У части обследованных была выявлена выраженная ипохондрия с фиксацией внимания на проявлениях болезни (см. рис., средняя Т-71 по 1-й шкале).

При использовании методики цветового выбора Люшера часто выявлялось перемещение красного цвета на 4-6-е места, что отражало фрустрацию потребности в самореализации и достижении целей, повышенную раздражительность, чувство собственного бессилия и переутомления перед лицом препятствий, стоящих на пути к реализации собственных намерений. В ряде наблюдений коричневый цвет выдвигался влево на

Т-баллы



Схематическое изображение усредненного профиля личности при вибрационной болезни.

Обозначения: сплошная линия — эргопатический тип, мелкоперерывистая — сенситивный, крупноперерывистая — гармоничный.

вторую-третью позицию, что свидетельствовало о фрустрированности потребности в физиологическом комфорте, эмоциональной напряженности, опасениях, связанных с плохим самочувствием, усталостью, перенапряжением, потребностью в отдыхе, щадящем режиме, восстановлении сил.

Сенситивный тип характеризуется озабоченностью больного о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни, боязнью потерять имидж главы и кормильца семейства. Сильно переживается утрата некоторых чисто мужских функций, например невозможности поднятия тяжестей из-за слабости в руках: «Тяжко даже не от того, что болят руки, а от того, что ничего сделать не можешь, стыдно даже о своей слабости кому-то говорить». Представители данной группы (преимущественно лица старше 50 лет) чаще выбирали профессию под воздействием обстоятельств, по совету родственников или из-за материальных соображений. Среди причин частых конфликтных ситуаций преобладали плохие взаимоотношения между супругами (42%). Фактор неполной семьи (воспитание одним из родителей, наличие отчима или мачехи, воспитание в чужой семье или в детском доме) играет определенную роль при формировании психопатических черт характера. Лица с сенситивным

типом реагирования воспитывались в неполной семье достоверно чаще, чем в других группах. Для них было более характерно и безразличное отношение к работе.

При сборе анамнеза жизни и болезни удалось выяснить, что лица с сенситивным типом реагирования при появлении первых слабо выраженных симптомов вибрационной болезни старались подавить в себе неприятные мысли о них, стеснялись говорить о болезненных проявлениях окружающим, обращаться за медицинской помощью. Считали, что боли в руках незначительны, случайны и, возможно, пройдут сами собой. После первых госпитализаций, принесших им лишь временное облегчение, стали приходить мысли о том, что болезнь тяжела и неизлечима, что будущее бесперспективно.

При использовании методики ММРП выявлен подъем показателей по 2-й шкале (более 70 Т — 17 наблюдений, 60—69 Т — 13 наблюдений), умеренно выраженный подъем показателей по 3-й (более 70 Т — 2 наблюдения, 60—69Т — 15 наблюдений) и 7-й шкалам (более 70Т — 6 наблюдений, 60—69Т — 15 наблюдений), что указывало на неуверенность в себе, в стабильности ситуации, пессимизм, высокую чувствительность и подверженность средовым влияниям, зависимость от мнения большинства, депрессивный характер реагирования у значительной части лиц (средняя Т74 по 2-й шкале). Пациенты этой группы отличались совестливостью, обязательностью, повышенной требовательностью, тревожностью в отношении мелких житейских проблем, склонностью к навязчивым мыслям и страхам. Их отличали пассивность личностной позиции, замкнутость, застенчивость.

Согласно данным методики Люшера, имело место частое перемещение желтого на шестое-седьмое место, что отражало разочарование, ощущение несбыточности надежд, попытку оградить себя от изоляции и дальнейших утрат и разочарований. Фрустрированы потребность в признании, беспокойство, тревога, комплекс собственного несовер-

шенства. Доминировали чувство одиночества и неуверенности, маскируемое напускным безразличием. Отмечалось достаточно частое выдвижение на вторую-третью позицию фиолетового цвета, что характеризует, по-видимому, активную оборонительную позицию, однако недостаточно стеничную. Наряду с трезвостью оценок и рационализмом выявлялись субъективизм и обидчивость.

Гармоничный тип характеризовался трезвым, адекватным отношением к своему болезненному состоянию, правильной оценкой своих жизненных перспектив. Больным этой группы был присущ философский взгляд на вещи, заключающийся в осознании того, что правильный режим труда, отдыха и лечения под контролем врачей есть единственно верный путь к наиболее полному раскрытию всех адаптивных возможностей.

У лиц с гармоничным типом реагирования достоверно реже выявлялись в анамнезе невропатические особенности (сногворения, энурез, ночные страхи в детстве). В этой группе было меньше лиц в возрасте старше 50 лет и стажем работы, связанной с вибрацией более 20 лет.

При использовании методики ММРП профиль личности по большинству шкал был ниже, чем у представителей других групп. Подъем показателей по 2-й шкале более 70Т встретился всего однажды. Наблюдались умеренно выраженные подъемы по 1-й (60—69Т — 6 наблюдений), 2-й (60—69Т — 7 наблюдений), 3 и 7-й шкалам (60—69Т по 5 наблюдений).

Метод Люшера на первых позициях у лиц данной группы выявил преобладание либо 2-го цвета, либо сочетания 1 и 3-го, что указывало в одном случае на упорство и настойчивость, а в другом — на склонность к психосоматическим заболеваниям. В целом по сравнению с другими типами реакции личности на болезнь тревога была менее интенси- сивной.

Итак, у лиц с эргопатическим типом реакции личности на болезнь показатели 1 и 6-й шкал ММРП достоверно выше,

чем у остальных; при сенситивном типе реагирования достоверно выше показатели 2 и 7-й шкал; в целом у больных вибрационной болезнью наибольшие показатели были зафиксированы по первым 3 шкалам, что соответствует данным литературы.

ВЫВОДЫ

1. Осознание человеком профессионального характера заболевания при вибрационной болезни травмирует его психическое состояние.

2. Реакция личности на болезнь развивается либо по типу "ухода в работу", либо (у лиц с психическими расстройствами) по сенситивному типу.

3. Внутренняя картина болезни формируется на базе личностных особенностей и тесно связана с ними.

4. На формирование того или иного типа внутренней картины болезни оказывают влияние некоторые социально-психологические и производственные факторы (конфликты, условия воспитания в детстве, невропатические особенности, возраст, стаж и т.д.).

5. Внутренняя картина болезни оказывает непосредственное влияние на социально-трудовую адаптацию больных и выраженность субъективной значимости симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева-Галанина Е.Ц., Алексеев С.В., Кадискин А.В., Суворов Г.А. Шум и шумовая болезнь. — Л., 1972.

2. Ильвески М.А. Медико-психологические корреляты вибрационной болезни у рабочих сланцевых шахт: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1987.

3. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Внутренняя картина болезни. — Л., 1983.

4. Паперно Б.И. Нервно-психические изменения при вибрационной болезни у обрубщиков: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1970.

5. Рудзит А.А. Труды Ленинградского НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. — Л., 1972. — Вып. 32. — С. 75—78.

6. Шляхецкая Л.П. Клинико-экспертные исследования. — Л., 1980.

7. Яхин К.К. Пограничные психические расстройства у лиц, работающих в условиях воздействия физических факторов производства: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1993.

Поступила 05.11.96.

INTERNAL PICTURE OF THE VIBRATORY DISEASE AND CONDITIONS OF ITS FORMATION

E.G. Poletaev

Summary

The experimental and psychologic examination of 150 patients with the vibratory disease with mental disorders is performed. The predominant types of mental response to the given disease are revealed. Ergopatic (32%) and sensitive (22%) types of response or their combination (16%) are more often found in persons with boundary mental disorders, and ergopatic (42%) and harmonious (34%) types are more often found in persons without mental disorders. A number of social and psychologic and production factors such as conflicts, education in childhood, age, length of service affect the formation of one or other variant of the internal picture of the disease. The internal picture of the disease affects immediately social-labour adaptation of patients.