

Румянцева Г. М.

**Радиационные аварии и психическое здоровье
пострадавших**

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	4
1.1. Распространенность и клинические особенности психических нарушений после аварии на Чернобыльской АЭС	4
1.2. Некоторые аспекты патогенеза психических нарушений у вовлечённых в аварию на ЧАЭС	20
ГЛАВА 2. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	25
ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	27
ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ И ФОРМЫ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	35
4.1. Психофармакотерапия психических нарушений у жителей территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС.....	35
4.2. Психотерапия психических нарушений у жителей территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС.....	40
ГЛАВА 5. ФОРМЫ И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	42
5.1. Основные принципы медико-психологической и психотерапевтической помощи жителям территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих психическими нарушениями.....	42
5.2. Формы психологической и психотерапевтической помощи жителям территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих психическими нарушениями.....	44
5.3. Подходы к психологической помощи жителям территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих психическими нарушениями.	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	46
УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ	46
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ШКАЛА САМООЦЕНКИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ЗАНГА	52
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ОПРОСНИК ОБЩЕГО ЗДОРОВЬЯ (GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE – 28)	54
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ЛИСТ СИМПТОМОВ (SYMPTOM CHECKLIST – 50)	56

ВВЕДЕНИЕ

Число бедствий и катастроф, происходящих ежедневно в нашей стране, не имеет тенденции к снижению. В них вовлекаются все большие массы людей, которые подвергаются воздействию не только прямых поражающих факторов, но и испытывают психологический дистресс, влияние которого длится много дольше самой катастрофы.

Психическое здоровье населения определяется множеством факторов, которые в широком смысле могут быть разделены на факторы окружающей среды и адаптивные возможности человеческого организма.

Факторы окружающей среды под воздействием чрезвычайных ситуаций или событий становятся экстремальными и патологически воздействуют на значительные массы населения.

Особое место среди чрезвычайных ситуаций занимают радиационные антропогенные катастрофы, отличающиеся как структурой стресса, так и особенностями и масштабностью нарушений психического здоровья, возникающих в результате комплексного воздействия факторов такой катастрофы.

Радиационные катастрофы, а также инциденты в той или иной степени связанные с радиационным фактором, происходили в течении второй половины 20 столетия достаточно часто: Уральские аварии, Уиндскейл, Три Майл Айленд, Гайана и самая крупная – авария на Чернобыльской атомной станции.

Радиационные, катастрофы влекут за собой, кроме физических и биологических изменений в окружающей среде и нарушений соматического здоровья пострадавших, значительные психологические последствия. Изменения психического здоровья в этих случаях могут быть обусловлены как воздействием комплекса физических и химических факторов аварии, так и психологическим стрессом. Поскольку преодоление последствий радиационных катастроф требует значительного времени и больших материальных затрат, существенно затронутыми оказываются сферы экономики, политики, жизни общества в целом и каждого вовлеченного человека в частности.

Оценка психиатрических последствий аварии - сложная проблема из-за специфических трудностей диагностики, связанных с полифакторностью стресса. В клинической картине болезней пострадавших присутствуют симптомы различных уровней поражения психической деятельности, от невротического стрессогенного до экзогенно-органического регистров. Такого широкого диапазона поражения психической деятельности не было выявлено после других чрезвычайных ситуаций.

Стрессовая составляющая радиационной аварии тесно связана с восприятием человеком риска от ионизирующей радиации. Его особенности играют существенную роль в развитии неблагоприятных эффектов аварии, поскольку могут оказывать серьезное патогенное влияние на социальное поведение личности, внутреннюю картину любого заболевания, в том числе обычного происхождения, изменять субъективный прогноз любой болезни и жизни в целом, социальную адаптацию личности и экономическую стратегию государства.

К настоящему времени очевиден, подтвержден научными исследованиями и клинической практикой, а также данными государственной статистики вовлеченных стран, долговременный характер неблагоприятного влияния последствий Чернобыльской катастрофы на психическое и соматическое здоровье пострадавших, их социальную адаптацию.

Более чем через 20 лет после аварии на ЧАЭС психолого-психиатрические последствия занимают важное место в структуре общего ущерба здоровью от катастрофы, особенно для участников ликвидации аварии. По данным Российского медико-

дозиметрического регистра (В.К. Иванов с соавт., 1999) распространенность различных форм психических заболеваний среди ликвидаторов почти в 5 раз выше, чем среди населения России в целом. Выборочные скрининговые исследования обнаружили еще большее распространение психических отклонений. Психические расстройства вносят значительный вклад в инвалидизацию и, соответственно, в социальную дезадаптацию. Для населения особенно важно, что психические нарушения утяжеляют течение соматических заболеваний, которыми болеют пострадавшие, превращая их нередко в психосоматические.

Подводя 20-летний итог последствиям аварии на ЧАЭС, Международный Чернобыльский Форум констатировал: «наряду со смертельными случаями и болезнями, вызванными радиацией, доклад указывает на последствия чернобыльской аварии для психического здоровья в качестве наиболее серьезной проблемы общественного здравоохранения, вызванного аварией».

Актуальность настоящего Руководства заключается в том, чтобы помочь врачам интернистам, работающим на загрязненных территориях, правильно дифференцировать симптомы невротического регистра от истинно соматических нарушений и своевременно оказывать необходимую помощь. Недооценка явлений психической дезадаптации, отсутствие адекватного и своевременного лечения могут привести к хронификации состояния, образованию синдромов, толерантных к терапии, и к существенному снижению уровня социального функционирования.

В Руководстве рассмотрены современные представления о происхождении психических нарушений после радиационных аварий, предложена методика многофакторного анализа психических нарушений у жителей районов, пострадавших от аварии, а также система эффективной медико-психологической, психотерапевтической и фармакологической помощи.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС.

1.1. Распространенность и клинические особенности психических нарушений после аварии на Чернобыльской АЭС

Катастрофа на Чернобыльской атомной станции – одно из крупнейших событий 20 столетия. Поскольку со времени события прошло довольно много времени, остановимся на некоторых особенностях данной катастрофы, важных для дальнейшего формирования нарушений психического здоровья у всех пострадавших.

26 апреля 1986 года на 4-ом блоке Чернобыльской атомной станции произошла авария, сопровождавшаяся большими разрушениями и выбросом из активной зоны реактора в окружающую среду радиоактивных продуктов ядерного деления. Внезапность события, трагические последствия и смерти людей к которым оно привело, придало случившемуся статус катастрофы.

По определению ВОЗ катастрофой считают ситуацию, представляющую неожиданную, непредвиденную угрозу для здоровья общества (жизни человека), а прекращение самого события и ликвидация его последствий невозможны силами его участников. Для нашей страны авария на ЧАЭС переросла в экологическую и социально экономическую катастрофу, потребовавшую от государства огромных экономических затрат,

поэтому рассматривать психолого-психиатрические последствия этой катастрофы возможно только в комплексе участия всех факторов.

Чернобыльская авария отнесена к категории «запроектных», технические условия и возможные последствия которой не были предусмотрены проектом. Иными словами, «такого не могло произойти никогда». Авария отнесена (Ильин В.А., 1994) к разряду глобальных, поскольку сопровождалась загрязнением радиоактивными осадками многих стран. По данным ВОЗ в результате аварии из реактора в окружающую среду было выброшено радиоактивных материалов в 200 раз больше, чем их освободилось после взрыва атомных бомб.

Все эти характеристики аварии, которые стали известны населению значительно позже, несут в себе огромный стрессовый потенциал. В 86-87 г.г. реальные масштабы аварии оставались закрытыми, однако различные слухи циркулировали в обществе постоянно и когда в 1989 г. произошел «информационный обвал», население оценивало реальные данные об аварии с позиции слухов и мифов, уже сформировавшихся в обществе, тем более что они активно поддерживались средствами массовой информации.

В результате выпадения радионуклидов образовались три наиболее загрязненных территории бывшего Советского Союза:

- центральное Украинско-Белорусское загрязнение;
- Брянско-Белорусская территория на расстоянии более 200 км;
- Калужско-Тульско-Орловская территория на расстоянии до 500 км к северу от АЭС.

Определение загрязненности территорий проводилось, по объективным причинам, в течение продолжительного времени, что воспринималось населением как сокрытие информации и также становилось фактором стресса. Кроме того, была выявлена значительная мозаичность, пятнистость загрязнения, что было обусловлено условиями выбросов и постоянно менявшимся направлением ветра. Эта различная загрязненность населенных пунктов, не понятная для обывателя, также не добавляла ощущения безопасности.

Радиоактивное облучение населения происходило в несколько этапов (Архангельская Г.В. с соавт., 2006). В первые недели радиоактивный йод создавал основную часть местного облучения человека и концентрировался в щитовидной железе. Внешнее облучение в это время определялось уровнем гамма-излучения выброса до момента осадения на поверхность почв. В дальнейшем дозы внешнего облучения от загрязнения поверхности почв составляли на загрязненных территориях до 60% накопленных доз облучения.

На втором этапе аварии (Зыкова И.А., Архангельская Г.В., 2006) наличие радиоактивного цезия в местных продуктах питания стало основным фактором формирования доз внутреннего облучения. Соответственно соблюдение рекомендованного режима питания являлось эффективной нормой защиты.

Индивидуальные накопленные дозы для населения не превысили, по мнению ученых (Ильин Л.А., 1994; Гуськова А.К., Иванов В.К., Цыб А.Ф. 2002), уровня малых доз. Однако, Ушаков И.Б. с соавт. (2001) подчеркивают, что облучение во всех случаях было комбинированным сочетанным: внешним и внутренним. Последнее приводило к поступлению и депонированию радионуклидов в различных органах. Эффекты такого облучения для отдельных органов и систем и организма в целом еще мало изучены.

Для ликвидации беспрецедентной аварии были приняты и беспрецедентные контрмеры: дезактивация огромных территорий, изъятие из оборота огромного количества загрязненных продуктов, специальные сельскохозяйственные и лесотехнические мероприятия, ограничения землепользования, благоустройство огромных территорий и, наконец, эвакуация и переселение значительных масс населения. К контрмерам можно

отнести и введение обязательной диспансеризации населения, строительство специализированных медицинских Центров. И, наконец, одной из контрмер является создание системы льгот и компенсаций всем пострадавшим, которая была через 20 лет оценена в материалах Чернобыльского Форума как «амбициозные программы реабилитации и социальных льгот».

На значение контрмер в формировании нарушений психического здоровья мы остановимся дальше, отметим только, что каждая контрмера имела «два лица» для пострадавших и могла, как улучшить состояние, так и углубить нарушения.

Исследования, проведенные в течение более двух десятилетий, прошедших после крупнейшей в мире радиационной аварии на ЧАЭС, показали, что катастрофа затронула не только физическое, но и психическое здоровье вовлеченного в нее населения.

Подводя 20-летний итог последствиям Чернобыльской аварии, Международный Чернобыльский Форум констатировал, что последствия чернобыльской аварии для психического здоровья являются наиболее серьезной проблемой общественного здравоохранения, вызванной аварией.

Уже в первые годы после аварии стало ясно, что психическая дезадаптация населения определяется не психозами и даже не типичными клинически развернутыми формами психических нарушений, а стертыми реакциями, доклинического уровня.

Прежде всего, негативное влияние проявилось в формировании высокого уровня тревоги, почти эпидемическом распространении различных стрессовых симптомов невротического уровня и увеличении частоты различных функциональных психосоматических заболеваний, формировании различных мифических представлений, связанных с аварией.

В первых работах Александровский Ю.А с соавт. (1989) описывали доклинические и клинически выраженные реакции, частота которых постепенно нарастала. Эпидемиологическое обследование проведенное авторами в 1989 г в одном из пострадавших районов Беларуси показало, что 57 человек из каждой сотни обнаружили те или иные формы психической дезадаптации, что в 2,5 раза превысило показатели среди интактного населения.

Авторы предполагали, что динамика психогенных нарушений определяется с одной стороны особенностями экстремальной ситуации, с другой – личностным своеобразием и степенью подготовленности людей. Степень подготовленности населения к такой аварии как Чернобыльская, была нулевой, соответственно распространение различных дезадаптивных форм реагирования постепенно принимало характер эпидемии.

Эти данные косвенно подтверждали прогноз В.П. Антонова (1987) о том, что "несомненно, главными проблемами" последствий катастрофы являются психологические, последствия которых могут оказаться неизмеримо более неблагоприятными. Автор полагал, что даже тиреоидная патология, требует изучения стрессовой составляющей патогенеза.

Бронский В.И., Толканец С.В. (1992), обследуя методом случайной выборки жителей зоны радиоактивного загрязнения до 15 Ки./кв. км, выявили более чем в 70% случаев нервно-психические расстройства невротического уровня. Ряд авторов указывают на высокий уровень социально-психологической напряженности среди населения даже в тех случаях, когда уровень загрязненности радионуклидами был относительно низким или даже незначительным (Моляко В.А., 1991, 1992; Гайдук Ф.М., 1992; Обухов С.Г., Недведская В.В., 1993).

Крыжановская Л.А. (1992, 1993) полагала, что психические расстройства среди населения Украины, пострадавшего от аварии, включают весь спектр пограничных расстройств от невротических и невротоподобных состояний до органического мозгового поражения различной степени тяжести. Фоном и основой этих заболеваний служат

многочисленные соматические расстройства, так или иначе связанные с действием ионизирующего излучения.

В совокупности эти расстройства автор называет: "Чернобыльский церебро-соматический синдром".

Нягу А.И. и соавторы (1991, 1992, 1995, 2000) выделяют комплекс психосоматического дистресса, отличающийся стойкостью и сочетающийся с астеническими, депрессивными, ипохондрическими синдромами. При этом исследователями выявлены эмоционально-волевые корреляты дистресса: повышенная ситуационная и личностная тревожность, депрессия, апатия, психическая усталость, ипохондрия.

В 1990 г., например, было отмечено увеличение активной обращаемости населения Минской области в психоневрологический диспансер в 2 раза по сравнению с 1989 годом. При этом астенические расстройства встречались в 1,6 раза чаще, доклинические психические расстройства диагностировались в 1,8 раза чаще (Цвирко Л.И., Цыбин А.К., 1991).

По данным Ференц В.П. и Прилипко В.А. (1992) чувство тревоги не испытывали лишь 1,9% лиц, проживающих на загрязненных территориях, тогда как в чистом районе эта группа составила 38,1%. Авторы подчеркивали долговременный характер тревоги, уровень которой не снижался с течением времени.

Гайдук Ф.М. выделил несколько групп психических реакций - от клинически невыраженных до психосоматических заболеваний. По данным белорусских ученых (Кондрашенко В.Т. с соавт., 1991; Королев В.Д. с соавт., 1992) более 90% населения обнаруживали психические расстройства различной степени выраженности. Авторы выделяли тревожно-депрессивные, астенические и вегетососудистые синдромы и неврозоподобные расстройства при соматических заболеваниях. С.А. Толканец выявил у 67% обследованных из зоны последующего отселения пограничные нервно-психические расстройства с преобладанием астенического синдрома, социальной апатии и фатализма.

Представляет интерес анализ L. Weisaeth (1991) психо-социальных последствий аварии на ЧАЭС в Норвегии. Хотя автор оговаривает, что на основе его данных трудно судить о клинической оценке психических реакций, тем не менее, он пишет, что от 1% до 3% жителей Норвегии проявили реакции клинической интенсивности в форме ПТСР и депрессии. В то же время, по мнению автора, страх, беспокойство и печаль были защитно-продуктивны, имея в виду меры предосторожности. Главным результатом своих исследований L. Weisaeth считает вывод о том, что население Норвегии испытывало недостаток в знаниях и подготовленности к ситуации выпадения радиоактивных осадков; что люди не достаточно понимали и верили распространяемой информации. Пол, возраст, уровень образования, общее восприятие угрозы, психическое здоровье до аварии давали указания на группы риска.

Наиболее интересным и доказательным исследованием состояния психического здоровья первого постчернобыльского 10-летия следует назвать работу голландского ученого Й. Хавенаара «После Чернобыля» (1996).

В течение 4-х лет в рамках голландской гуманитарной программы автор обследовал большие группы населения на загрязненных территориях Гомельской области, а затем провел сравнительное изучение репрезентативной группы населения Тверской области России, которая не была загрязнена во время аварии и имеет схожий социально-демографический состав населения.

Им была выявлена значительная распространенность различных мозаичных жалоб, симптомов и случаев стрессового генеза в Гомельской области, которые невозможно было отнести ни к одной из клинических форм.

А при сравнительном изучении двух территорий было выявлено, что в Гомеле обследованные в 2 раза чаще субъективно оценивают свое здоровье как плохое (Гомель-28,1%, Тверь -10,4%). В тоже время врачи оценивали состояние здоровья обследованных пациентов примерно одинаково (рис.1).

Оценка общего состояния здоровья в Гомеле и Твери, данная респондентами и врачами

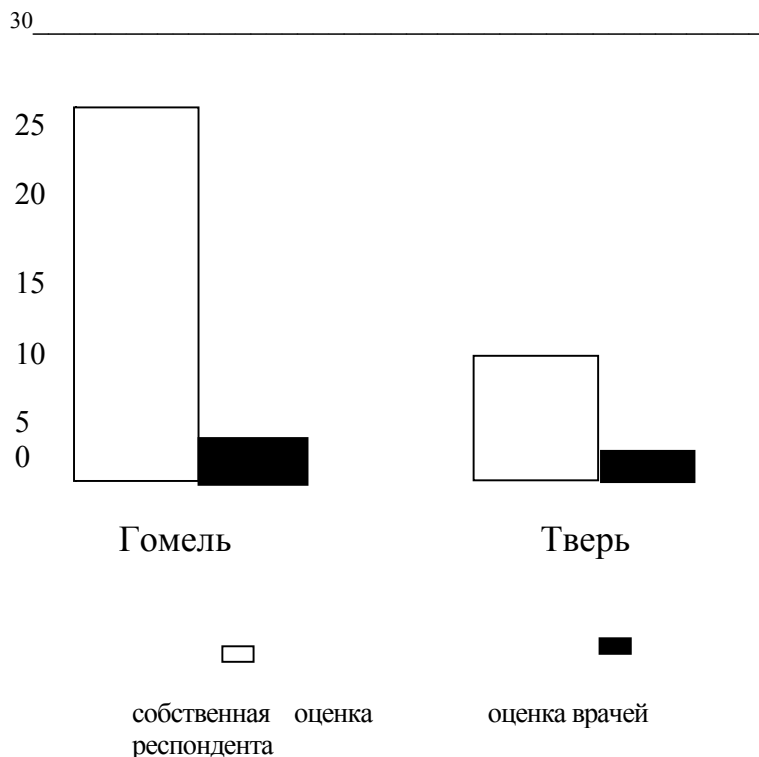


Рисунок 1.

Иными словами, разница в выявленных симптомах психической дезадаптации на чистой и грязной территориях формировалась только за счет доклинических, стрессовых реакций, клинически выраженные формы психических нарушений были распространены одинаково в обеих областях.

Автор назвал такого рода симптомы «болезненным поведением». Для понимания патогенеза выявленных нарушений автор использовал социально-психологическую модель развития (рис.2).

На рисунке отражены пути формирования психологической дезадаптации, которые не потеряли своей актуальности и в настоящий момент.

Эта модель, по мнению автора, может быть дополнена биологическими и инструментальными исследованиями и не исключает выявления в дальнейшем патогенного воздействия самого радиационного фактора как мал бы он ни был.

Дальнейшие исследования психологических реакций населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС, обнаружили, что уровень распространенности и глубины стрессовых проявлений достоверно отличается от таковых у населения, живущего на чистых, в смысле радиации, территориях России.

Популяция, вовлеченная в аварию на ЧАЭС, состоит из трех категорий лиц: люди, проживающие на загрязненной территории; переселенные из загрязненных мест (переселенцы); участники ликвидации последствий аварии (ликвидаторы). Эти группы

различаются по уровню распространения, характеру и глубине невротической симптоматики. Настоящее исследование посвящено изучению двух групп пострадавших: жителей загрязненных территорий и переселенцев.

Психологические пути, связывающие Чернобыльский стресс с проблемами здоровья и болезненным поведением



Рисунок 2.

Основные направления исследования психической дезадаптации населения касались прежде всего:

- сравнительного изучения психического здоровья населения, проживающего на территориях, в разной степени подвергшихся радиоактивному загрязнению, населения чистых (контрольных) территорий и лиц, переселенных из загрязненных территорий;

- установление существующих взаимосвязей между частотой и степенью выраженности невротических симптомов у населения пострадавшего от аварии на ЧАЭС и радиационными, социальными и психологическими факторами.

Наиболее значимые обследования населения пострадавших и чистых районов были проведены группой ученых ГНЦССП им В.П. Сербского (Г.М. Румянцева, Т.М. Левина, Е.С. Матвеева, Л.В. Ромасенко, Т.Н. Мельничук, А.Н. Мартюшов, Т.Н. Соколова).

Для исследования был использован Опросник Общего Здоровья, разработанный D.Goldberg (1979), который был адаптирован и валидизирован для русскоязычной выборки и в дальнейшем использовался для сравнительных исследований различных групп, вовлеченных в радиационную аварию.

Использование GHQ не позволяет выставить клинический диагноз без осмотра обследуемого, однако с большой достоверностью выявляет синдромы.

По мнению разработчиков опросника, он способен улавливать и количественно оценивать изменения "качества жизни", ухудшение которого способствует возникновению и хронификации как соматических, так и психических расстройств.

Используемая 28-ми вопросная версия GHQ, позволяет выявить следующие группы синдромов или шкал: соматизация, тревога и инсомния, социальная дисфункция, депрессия.

Для разграничения групп лиц, имеющих психические проблемы и не имеющих таковых, используются условные понятия "случай" и "не случай". Лица, набравшие 5 и более баллов, относятся к категории "случаев" на уровне доклинических или начальных симптомов, 15 баллов и более соответствуют выраженным невротическим состояниям.

С целью сравнительного изучения психического здоровья населения территорий, загрязненных после аварии на ЧАЭС, и контрольных «чистых» областей для обследования были выбраны территории, наиболее загрязненные в результате аварии: Новозыбковский район Брянской области и г. Новозыбков, населенные пункты Новые Бобовичи и Каташин, расположенные в этом же районе. Популяция переселенцев обследовалась в поселке Никольская Слобода Брянской области. В качестве контроля были обследованы жители некоторых сельских районов Московской и Тверской областей.

Всего было обследовано 3200 человек в возрасте 18 лет и старше. Выборочное исследование проводилось методом типологического отбора по поло-возрастным признакам, и структура выборки отражала структуру населения по этим показателям каждой из обследованных территорий.

Все показатели дистресса были значительно выше на экологически неблагополучной территории, чем на чистых. Частота встречаемости лиц с невротическими отклонениями ("случаев") в 1992 г. составила 59,5%, в 1993 -66,9%. Данные 1994-1995 г.г. свидетельствуют о некотором снижении распространенности стрессовых проявлений: соответственно 49,4% и 52,3%.

Среди населения чистых территорий число "случаев" достоверно ниже 40,0 - 41,6%. Число людей с выраженными расстройствами также было значительно ниже на чистых территориях (24,9% против 6,6%).

По результатам проведенных исследований была построена кривая распространенности различных форм психической дезадаптации, отражающая динамику последней за 10 лет с1986 по 1996(рис.3).

На диаграмме представлена динамика стрессовых расстройств у населения, пострадавшего от аварии, измеренная опросником GHQ-28 (Опросник Общего здоровья) в сравнении с жителями чистых территорий. Наиболее выраженный подъем дистресса отмечен в 1989 г, когда произошел "обвал" разнородной информации о Чернобыле, после нескольких лет молчания. Два других небольших изменения уровня также связаны с информационными

процессами: 93г - появление информации о возможном изменении защитного законодательства и 96г - особое внимание к Чернобылю в связи с 10-летием аварии. Сходные зависимости были получены в исследовании А.М.Нагорной (1995).

Динамика уровня психологического дистресса у населения, пострадавшего от аварии на ЧАЭС.

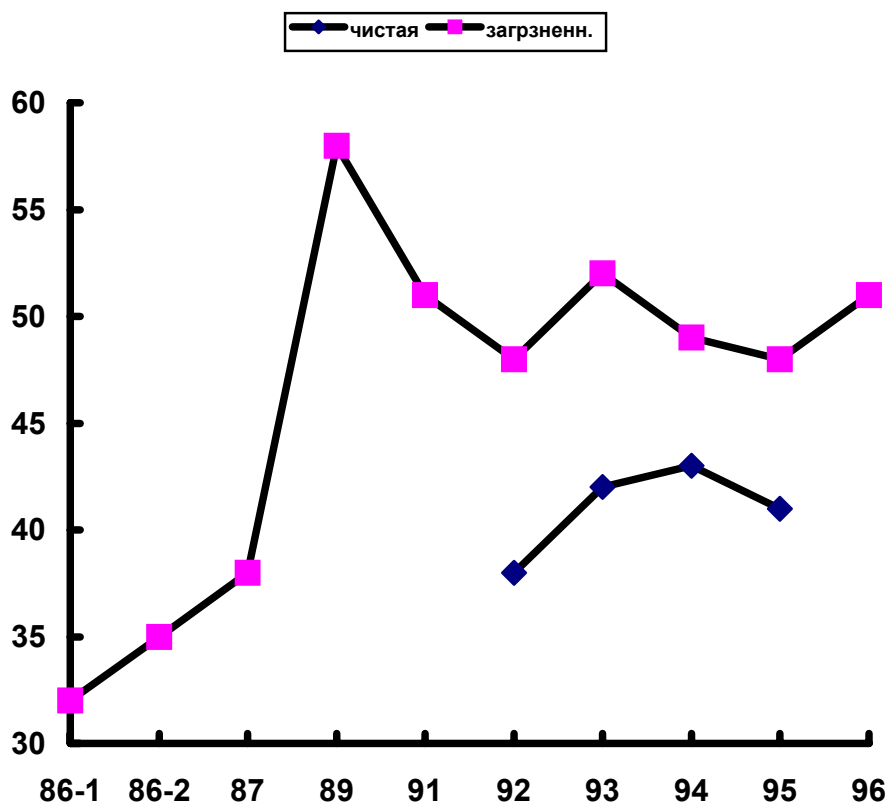


Рисунок 3.

Переселенцы характеризовались таким же уровнем стресса, как и жители чистой территории в 1993г. Однако распространенность психической дезадаптации среди переселенцев с годами нарастала и в 1995 г. уровень невротических расстройств среди переселенцев оказался равен 62,0%.

Как видно из исследования женщины, как на чистых, так и на экологически неблагоприятных территориях были более подвержены стрессу. Так доля всех невротических расстройств на контрольной территории среди мужчин составила 36%, в том числе выраженных - 7%, а среди женщин соответственно 45 и 10%. Такая же тенденция преобладания невротических расстройств среди женщин сохранялась среди переселенцев.

Анализ частоты невротических расстройств в зависимости от возраста выявил разные тенденции для разных групп населения. На чистых и экологически неблагоприятных территориях происходило их нарастание по мере увеличения возраста.

Среди мужчин переселенцев наблюдается противоположная тенденция: наиболее подвержены стрессу молодые возраста (до 30 лет), а по мере увеличения возраста доля невротических расстройств снижается.

Среди переселенцев женщин наиболее подвержена стрессу возрастная группа 31-49 лет, а наименее - старше 50.

Обследованные группы имеют определенные различия и в структуре дистресса (таблица 1). Среди носителей невротических симптомов, проживающих на экологически неблагополучной территории, и среди переселенцев достоверно выше была шкала соматизации, причем в 1993 г. произошло ее повышение по сравнению с 1992 г. В 1995 г. на загрязненной территории шкала соматизации оставалась наиболее высокой, а среди переселенцев на первое место выдвигаются симптомы тревоги и социальной дисфункции.

Таблица 1. Средние показатели по отдельным шкалам среди лиц с психической патологией (подсчет методом LIKERT-score).

Шкала GHQ-28	Территория				
	Чистая	Переселенцы		Загрязненная	
		1993г.	1995г.	1993г.	1995г.
Соматизация	9,7	11,1	10,8	11,5	12,1
Тревога	9,4	9,9	11,4	9,9	10,7
Социальная дисфункция	9,2	9,7	11,3	9,6	9,4
Депрессия	4,6	3,6	5,7	3,8	4,8
Общий балл	32,9	34,4	39,1	34,9	36,9

Для контрольных территорий соматоформные симптомы не являлись чем-то особым. В картине дистресса у жителей чистых в экологическом плане территорий возростал относительный вклад шкалы социальной дисфункции, ассоциирующейся с затруднением в выполнении каждодневной работы и утомлением.

Структуры синдромов у мужчин и женщин во многом сходны, следует отметить только относительно высокие показатели у мужчин шкалы социальной дисфункции, в то время как у женщин во всех группах стойко преобладает соматизация, а на втором месте - тревога.

Сравнение структуры психической дезадаптации в разных возрастных группах не выявило существенных различий. В целом для молодых возрастов на чистых территориях более значимо нарушение социального функционирования, а для более пожилых - соматизация. Для экологически неблагополучных территорий во всех возрастах преобладает соматизация, и это отличие статистически достоверно.

Настоящее исследование позволило установить, что население, проживающее на экологически неблагополучных территориях, имеет уровень стресса значительно (статистически достоверно) выше, чем на контрольных, экологически относительно благополучных.

Интересно отметить, что уровень невротических нарушений, обнаруженный у переселенцев на момент окончания переселения, был соизмерим с показателями чистых регионов, однако в дальнейшем произошло его повышение и приближение к уровню загрязненных территорий.

Было выявлено также, что колебания в уровнях психической дезадаптации в значительной степени связаны с социально-экономическими и информационными факторами, которые ассоциируются с первичным стрессом-аварией.

В качестве примера приведем изменение показателей в экологически неблагополучных районах в 1993г. В месяц опроса произошло ухудшение общей экономической ситуации. На территории, где проводилось исследование, впервые не были выплачены зарплата и компенсации. Более того, сформировалось устойчивое суждение, что компенсации за проживание на неблагополучной территории отменят. Таким образом, произошло взаимопотенцирование стрессов, о котором мы говорили выше. Ответом явился рост невротических расстройств.

Подобная ситуация уже была отмечена через 7 лет после аварии на Три Майл Айленд, когда через много лет после аварии произошло увеличение тревоги и соматических симптомов после появления неблагоприятных сообщений о пуске реактора. Этот факт исследователи связали с сенсбилизацией психической сферы. Суть этой концепции в том, что истощенная и сенсбилизированная хроническим, в данном случае экологическим, стрессом популяция хуже справляется с любым другим стрессом, ассоциирующимся с первичной психической травмой. В нашем случае для популяции, живущей в экологически неблагополучных районах и истощенной экологическим стрессом, социально - экономические проблемы явились дополнительной психологической нагрузкой, с которой население справилось хуже, чем жители не пострадавших территорий России.

С другой стороны, население чистых территорий России находилось и находится под давлением неблагополучных социально-экономических обстоятельств, которые также сенсбилизуют его, и в случае возникновения каких-то новых стрессов может последовать аналогичный ответ - увеличение числа стрессовых расстройств и, следовательно, ухудшение психического здоровья. Здесь уместно привести высказывание S.A. Murphy о том, что бедные и больные всегда хуже переносят стрессы, чем богатые и здоровые.

Исследования различных групп пострадавшего населения показали, что макросоциальные изменения могут ухудшать психическое здоровье, но могут влиять и стабилизирующе. Пример тому ситуация с переселенцами из экологически неблагополучной зоны. Следует отметить, что российские переселенцы по уровню стресса определенно оказались в лучшем положении, чем переселенцы в других республиках СНГ (Г.М.Румянцева, П. Ален, Т.М. Левина и др., 1996).

Дополнительный анализ законодательства и порядка переселения в России выявил несколько значимых позиций, которые, по-видимому, повлияли на способность населения к компенсации дистресса. Переселение в России в основном было добровольным. Переселение проводилось в меньшем объеме и в пределах одной области, что не приводило к полному разрыву с "малой родиной". Переселенцы длительное время сохраняли свои дома на прежнем месте жительства, что позволило сгладить материальные и психологические трудности переезда.

Однако последующие годы социальная помощь переселенцам оставалась на низком уровне: поселки были не достроены, инфраструктура не завершена, медицинская помощь организована недостаточна, число рабочих мест не могло обеспечить всех переселенцев. В результате уровень стресса увеличился.

Структура невротических расстройств отражала особенности стрессовых воздействий. Преобладание шкалы соматизации у жителей экологически неблагополучных территорий свидетельствовало о том, что вектор дистресса направлен в сторону здоровья. Эти данные вполне совпадают с представлениями населения о возможности влияния малых доз радиации на здоровье.

Высокий уровень шкалы соматизации у переселенцев свидетельствовал о том, что они не преодолели дистресса, связанного с представлением о направленности действия радиации в будущее. Здоровье осталось для них наиболее важной проблемой. После переселения они как бы выпали из системы диспансеризации и не обрели другой опоры для поддержания

здоровья. В то же время остающийся по-прежнему низким уровень социальной помощи и окончание срока действия льгот и компенсаций, получаемых ими ранее, привели к заметному повышению уровня тревоги и социальной дисфункции.

Для жителей чистых территорий здоровье не является особой темой, в то же время для них значимы проблемы престижа, особенно для мужчин и молодежи. Нарушения у этих групп скорее выражаются в нарушении общего функционирования и снижении аффекта.

В отдельных исследованиях были предприняты попытки связать выявленные психические нарушения с факторами загрязнения среды, однако результаты иногда оказывались парадоксальными. Малаховский В.Н с соавт. (1993) обнаружили, что уровень тревоги несколько выше в чистых территориях.

Исследователями из международного проекта JSP-2 также было выявлено, что распространенность тревожных опасений в территориях прилегающих к загрязненным оказалось выше, чем в грязных.

Для выявления роли радиационных или других стрессовых факторов в формировании психической дезадаптации авторами одного из исследований работы (Г.М. Румянцева с соавт., 1996) было проведено обследование населения в двух населенных пунктах, отличающихся степенью загрязнения и соответственно накопленной населением дозой радиации.

Задачами исследования были: измерение уровня и структуры невротических нарушений в зависимости от плотности загрязнения территории радионуклидами, доз внутреннего облучения, восприятия риска радиационного воздействия, субъективной оценки загрязнения окружающей среды, информационной политики и принятых контрмер.

Обследование проводилось в 2 населенных пунктах Брянской области: Новые Бобовичи и Каташин. Плотность загрязнения почвы цезием - 137 в 1992 г. составляла в Н. Бобовичах 26,31 Ки/кв.км, а в Каташине - 9,38 Ки/кв.км.

В Н. Бобовичах у населения в первый год после аварии был изъят скот и осуществлялся завоз чистых продуктов - в частности, молока. В Каташине контрмеры не проводились.

Половозрастной и социальный состав населения в обоих населенных пунктах существенно не различались. Выборка была типологической и соответствовала структуре населения.

На каждого обследуемого заполнялась специально разработанная карта, включающая: социально-демографические характеристики; субъективную оценку степени загрязненности окружающей среды, продуктов питания, степени опасности проживания, соответствия реальной и предполагаемой полученной дозы, а также отношение к информации о радиационной обстановке; оценку собственного состояния здоровья; изменение привычек и образа жизни после аварии, в том числе и формирование защитного поведения; оценку психического состояния.

После заполнения карты у каждого обследуемого измерялось содержание радиоцезия в организме.

Измеренное содержание радионуклидов в теле консервативно принималось за среднегодовое и определялась годовая эффективная доза внутреннего облучения обследуемого.

Распределение обследованного контингента по уровню годовой дозы внутреннего облучения представлено в таблице 2.

Как видно из таблицы, средняя годовая доза внутреннего облучения жителей Н.Бобовичей в 2,2 раза выше, чем у жителей Каташина. В Н.Бобовичах у 14% обследованных годовые дозы превышают 0,9 мЗв, тогда как в Каташине ни у одного из обследованных нами

людей доза не достигала такого уровня. Эти различия в дозах облучения объясняются различной плотностью загрязнения почвы цезием-137.

Таблица 2. Распределение обследованного контингента по уровню годовой дозы внутреннего облучения (в % ко всем обследованным).

Населенный пункт	Доза (мЗв)				ср. доза	SD
	< 0.1	0.1-<0.3	0.3-<0.9	>0.9		
Н.Бобовичи	11,0	31,0	44,0	14,0	0,49	0,66
Каташин	21,0	52,0	27,0	-	0,22	0,15

В таблице 3 приведены средние годовые эффективные дозы внутреннего облучения у трех возрастных групп населения.

Таблица 3. Средние годовые дозы внутреннего облучения у разных возрастных групп (мЗв).

Населенный пункт	Возраст (лет)					
	<= 30		31-49		>= 50	
	доза	SD	доза	SD	доза	SD
Н.Бобовичи	0.477	0.567	0.373	0.342	0,583	0.853
Каташин	0,182	0.123	0.221	0.176	0,237	0.130

В обоих населенных пунктах средняя доза у лиц, начиная с 50-летнего возраста, выше, чем в группах моложе 50 лет. Однако, расчет стандартного коэффициента корреляции показал отсутствие связи между возрастом и внутренней дозой облучения.

Частота встречаемости невротических расстройств в группах с разными уровнями внутренней дозы облучения в двух населенных пунктах представлена в таблице 4.

Таблица 4. Частота невротических расстройств в группах с разными дозами внутреннего облучения по данным опросника GHQ-28 (в %).

Характеристика психического состояния	Доза (мЗв)								Всего	
	< 0.1		>=0.1-<0.3		>=0.3-<0.9		>= 0.9			
	Боб.	Кат.	Боб.	Кат.	Боб.	Кат.	Боб.	Кат.	Боб.	Кат.
Здоров	18,2	42,9	19,4	19,2	20,5	18,5	-	-	17,1	25,3
Все невротические расстройства	81,8	57,1	80,7	80,8	79,5	81,4	100,0	-	82,9	74,7
В том числе:										
донозологические формы	54,5	33,3	35,5	42,3	31,8	48,1	35,7	-	35,5	41,0
клинически выраженные нарушения	27,3	23,8	45,2	38,5	47,7	33,3	64,3	-	47,4	33,7

Удельный вес всех невротических расстройств в обследованных группах населения составляет в Н. Бобовичах 82,9%, а в Каташине - 74,7%. При этом число клинически выраженных расстройств выше в Н.Бобовичах (на 13,7%).

Как видно, среди лиц с уровнями дозы (0,1 - <0,3) мЗв и (0,3 - <0,9) мЗв различий между населенными пунктами по числу лиц с невротическими расстройствами практически нет. В группе с низкими (<0,1 мЗв) уровнями дозы различия существенные, причем в сторону превышения уровней в Н. Бобовичах. Так, в группе с <0,1 мЗв доля лиц с невротическими расстройствами в Н. Бобовичах на 24,7% больше, чем в Каташине.

Корреляционный анализ не выявил достоверной связи между невротическими симптомами и эффективной накопленной дозой.

При рассмотрении структуры невротических расстройств (таблица 5) видно, что для обоих населенных пунктов наиболее значимой является шкала соматизации, на втором месте по значимости – социальная дисфункция. Наименее значима - шкала депрессии. Однако, в Н. Бобовичах относительный вклад шкалы депрессии достоверно выше, чем в Каташине.

Таблица 5. Средние показатели по отдельным шкалам (подсчет методом LIKERT-score) среди лиц с невротическими нарушениями.

Шкала GHQ-28	Н.Бобовичи	Каташин	Критерий достоверности различий
Соматизация	18,90	18,15	0,216
Тревога	16,93	16,02	0,133
Социальная дисфункция	17,27	16,78	0,296
Депрессия	12,56	10,72	0,003
Общий балл	65,66	61,67	0,027

Оценка достоверности различий средних показателей по отдельным шкалам между Н. Бобовичами и Каташиным показала, что по уровням соматизации, тревоги и социальной дисфункции различия между ними недостоверны. Достоверно различаются общий балл, характеризующий глубину невротических расстройств в целом по обследованной группе, (критерий достоверности 0,027 при пороговом значении 0,05) и средний балл по шкале депрессии (0,003).

	Возраст (лет)		
	<=30	31-49	>=50
Соматизация	12,05	13,81	14,07
Тревога	12,10	14,08	14,66
Социальная дисфункция	13,75	15,28	14,57
Депрессия	7,75	9,75	9,57
Общий балл	45,65	52,92	52,86

Таким образом, на территории, с более высокой плотностью радиоактивного загрязнения, где население перенесло второй стресс, связанный с проведением контрмер, распространенность невротических расстройств и их выраженность в целом достоверно выше. В то же время статистически значимых зависимостей между эффективной дозой и психическим состоянием не выявлено.

В структуре дезадаптации различия возникают за счет одного синдрома - депрессивного, тогда как различия в выраженности других синдромов несущественны.

В социологических и психологических исследованиях последствий аварии подчеркивается, что крайне низкая оценка уровня собственного здоровья популяцией пострадавшей от аварии является одним из проявлений дезадаптации. При этом было выявлено, что чем ниже человек оценивает уровень своего здоровья, тем более дискомфортно и тревожно он себя чувствует. В настоящем исследовании также была выявлена прямая и выраженная связь между уровнем субъективной оценки здоровья и глубиной невротических симптомов. Среди обследованных психически здоровых более 47% считают себя физически здоровыми. И только 4,7% респондентов, имеющих невротические отклонения, оценили себя как физически здоровых людей.

При этом ухудшение своего физического здоровья более 81% лиц с невротическими симптомами отнесли за счет аварии, что превышает такой же показатель среди психически здоровых в 2,5 раза.

Субъективная оценка радиационной обстановки также коррелирует с частотой невротических расстройств: более 79% обследованных с невротическими расстройствами, оценивали радиационную ситуацию в своем селе, как опасную для здоровья. При этом разницы в оценке между Н. Бобовичами и Каташиным не выявлено. Существенно отметить, что объективные знания о радиационной ситуации отсутствовали у 52% здоровых и 62% лиц с невротическими проявлениями.

Субъективное представление об изменении образа жизни после аварии также значительно чаще декларируется лицами с невротическими расстройствами. Для того, чтобы объективизировать субъективное представление респондентов об изменении образа жизни и привычек, им были предложены вопросы об изменении конкретных форм поведения, способствующих снижению дозовых нагрузок: санитарно-гигиеническому режиму, кулинарной обработке продуктов, методам выведения радионуклидов.

Лица с невротическими проявлениями несколько чаще пользовались советами по гигиеническому режиму, а психически здоровые реже применяли кулинарную обработку продуктов. Однако никаких значимых корреляций между степенью невротизации, эффективной накопленной дозой и защитным поведением обнаружено не было. В таблице 6 представлена корреляционная матрица между всеми перечисленными параметрами. Как видно, ни один из параметров не коррелирует с дозовыми нагрузками.

Совершенно противоположные результаты получены в исследовании В.Л. Малыгина и Б.Д. Цыганкова, опубликованном в 2005 году. Авторы обследовали в 1999 году несколько групп населения:

- проживающих на территории с выраженным радиационным загрязнением (10,9 Ки/км²) - 250 человек;
- проживающих на территории с умеренным загрязнением (6 Ки/ кв.км) - 80 человек;
- жителей территорий с выраженным техногенным загрязнением - 90 человек;
- жителей экологически чистого района – 100 человек;
- участников ликвидации аварии на ЧАЭС - 500 человек.

Таблица 6. Корреляционная матрица.

	Уровень дистресса	Доза
Оценка своего здоровья	0,605 P < 0,05	-
Ухудшение здоровья после аварии	0,413 P < 0,05	-
Отношение к радиационной обстановке	0,403 P < 0,05	-
Интерес к информации о радиации	-	-
Изменение привычек и образа жизни	0,407 P < 0,05	-
Защитное поведение	-	-

Многофакторное, динамическое изучение состояния здоровья позволило им сделать выводы, что с нарастанием радиационной загрязненности окружающей среды происходит определенное утяжеление и углубление психопатологической симптоматики. Психопатологические проявления у пострадавшего населения представлены сочетанием симптомов невротического регистра, аффективными нарушениями и симптомами, относящимися к органическому регистру. Для жителей наиболее загрязненных территорий в 60,8% случаев авторами были выявлены церебрастенические нарушения, а у 14% в возрасте до 50 лет диагностирован психоорганический синдром. Особо авторы обращают внимание на выраженность аффективной патологии, в которой преобладали депрессивно-динамические расстройства, не диагностируемые в других группах населения. Значимым, по мнению авторов, является и наличие выраженного слабодушия и элементарных сенсорных обманов - акозмов и фотопсий.

Таким образом, наибольшая выраженность и представленность симптомов экзогенно-органического регистра была отмечена среди населения территорий с выраженным радиационным загрязнением. Для жителей территорий с умеренным радиационным загрязнением характерна высокая напряженность адаптационно-приспособительных механизмов с тенденцией к их истощению, что проявляется высокой распространенностью астенических и церебрастенических расстройств.

Сравнивая соматическую заболеваемость на территориях с разной степенью загрязненности, авторы приходят к выводу, что с увеличением загрязнения увеличивается процент церебрально-сосудистых заболеваний (в 2,6 раза больше, чем на чистой территории), большая распространенность болезней печени и эндокринной системы, отвечающих за метаболические и нейрогуморальные процессы. Авторы выдвигают 3 варианта развития психических нарушений у жителей загрязненных территорий:

- радиационные психические нарушения обусловлены церебральными дисциркуляторными сосудистыми расстройствами;
- радиационные психические нарушения обусловлены метаболическими (гепатогенными) расстройствами;
- радиационные психические нарушения смешанного характера.

К совершенно противоположным выводам на природу нервно-психических нарушений у населения, проживающего на загрязненных территориях, приходит В.И.

Бронский (2005), который изучал психолого-психиатрические последствия в Беларуси в течение 10 лет. Автор полагает, что интегративный подход с оценкой дозы облучения и социально-средовых факторов, личностного и физиологического уровней адаптации выявил преобладание стрессового характера патологии, происхождение которой обусловлено эколого-информационной природой фактора риска, каким является радиационная опасность и чрезвычайный характер защитных мер. Это позволило ему отнести рассматриваемые расстройства к социально стрессовым. К таким же выводам пришел С.В. Толканец (1996).

В ряде работ (Румянцева Г.М. с соавт., 1998; Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д., 2005; Бронский В.И., 2006; и др.) были предприняты попытки оценить какой вклад вносят различные факторы: радиационные, социально-экономические, бытовые – в формирование психических нарушений, развившихся у населения загрязненных территорий. Малыгин В.Л с соавт. обнаружили, что для людей на загрязненных и умеренно загрязненных территориях из всех рисков была наиболее значима угроза состоянию здоровья от радиационного загрязнения. Для чистых территорий более значимы были личные и бытовые проблемы. Однако корреляционный анализ не выявил разницы влияния социально-бытовых и радиационных проблем.

В работе Румянцевой Г.М. с соавт. (1998) проведен 5-летний анализ восприятия различных факторов поставарийной ситуации 800 жителями загрязненной территории. Было выявлено, что угрозы, связанные с радиационным загрязнением, жители воспринимают как наиболее значительные, несмотря на то, что прошло более 10 лет после аварии. Реальная информация не сказывалась на восприятии и оценке фактора загрязнения. Одновременно усиливалась острота восприятия социально-экономических проблем. Однако они никогда не были столь же значимы как радиационная угроза.

Четкую зависимость уровня дистресса от принимаемых контрмер выявил в сравнительном исследовании переселенцев, жителей зоны последующего отселения и контрольной территории в Белоруссии В.И. Бронский (1999). Пограничные психические расстройства в этих контингентах также имели структуру, сходную с Российской.

Изучение статистики психических заболеваний на загрязненных территориях в течении первых 10 поставарийных лет, обнаружило, что истинно душевные болезни остаются на стабильном уровне, в то же время значительно выросло число функциональных синдромов, по поводу которых больные обращаются не к психиатрам, а к врачам общего профиля. Интересные данные о динамике учтенной психической заболеваемости были получены в первое десятилетие (Г.М. Румянцева, М.Г. Кунцевич, Т.М. Левина, 1991).

Авторы отметили, что резко - в 9 раз - увеличилась обращаемость больных с пограничными психическими расстройствами к врачам интернистам поликлиник. Причем этот показатель увеличился как в загрязненных районах, так и на территориях к ним прилегающих. Наиболее стабильными группами психических расстройств, выявление которых меньше зависит от влияния стресса, являются шизофрения и олигофрения. К 1990 году в загрязненных районах Гомельской области суммарная распространенность этих болезней увеличилась на 17% .

Основной причиной данной тенденции являлась миграция населения. В первую очередь из загрязненных районов уезжали психически здоровые люди или имеющие высокий уровень тревоги. Больные с более грубой психической патологией и задержками развития имели более низкий уровень тревоги и им сложнее покинуть место жительства. Однако уже в 1996 году распространенность различных видов психических расстройств в разных регионах выравнивалась. Проведенное в 2005 г. изучение учтенной заболеваемости в областях России с различной степенью радиационного загрязнения в результате аварии на ЧАЭС не выявило

разницы, значимо было только большее выявление олигофрении в наименее загрязненной Орловской области.

Так же как и после атомных бомбардировок, после Чернобыля было проведено изучение психического здоровья детей облученных внутриутробно. При обследовании 4 210 детей России, Украины и Беларуси отмечено, что частота встречаемости умственной отсталости легкой степени у этих детей выше, чем в контрольной группе, как и тенденция увеличения случаев нарушенного поведения и изменений в эмоциональной сфере (Козлова И.А. и др., 1995).

Таким образом, факт психической дезадаптации населения загрязненных территорий в результате аварии на Чернобыльской АЭС не вызывает в настоящее время сомнений. Преимущественно возникающие психические расстройства относятся к пограничному регистру. Большинство авторов предполагает, что в развитии психических нарушений у населения существует некоторая этапность, которую в общем виде можно сформулировать следующим образом:

- формирование тревоги и вегетативных доклинических симптомов
- формирование невротических симптомов, чаще всего связанных с соматическим заболеванием
- формирование психосоматического заболевания.

Конечно, не каждый пациент проходит весь путь, при благоприятных условиях возможна остановка процесса на любом этапе. Однако, по правилу «психосоматического круга» ситуационная тревога поддерживает вероятность формирования более оформленного страдания. Структура и динамика реакций существенно зависят от конкретного комплекса воздействующих факторов самой аварии и принадлежности пострадавших к той или иной критической группе (жители загрязненных территорий, жители территорий смежных с загрязненными, переселенцы).

Формирование различного типа реакций после радиационной аварии несет в какой-то степени адаптивную функцию, поскольку позволяет рано выявить возможное серьезное заболевание. Однако, при длительном существовании симптомов дистресса и неразрешимости ситуации адаптивная функция таких реакций утрачивается, начинают действовать психосоматические механизмы. На реакции начинают влиять социально психологические факторы, происходит социальное усиление дезадаптации. Популяции, вовлеченные в радиационную катастрофу, сохраняют на долгие годы своеобразную сензитивность не только к факту радиационного загрязнения, но и к самому понятию радиационной угрозы. Поэтому трудно ожидать полной редукции выявленных симптомов.

Существенно отметить, что психолого-психиатрические последствия Чернобыльской катастрофы, как и других радиационных аварий, невозможно изучать только с позиции одной науки. Эта проблема междисциплинарная, в ней есть психологические, социологические, радиационно-гигиенические, экологические, психиатрические аспекты и только их интеграция может помочь нам понять механизмы формирования реакций. В настоящий момент именно прояснение причинных и патогенетических моментов возникновения психолого-психиатрических нарушений является главным, поскольку период набора и анализа фактов уже пройден. На этом важном аспекте мы остановимся в последующих разделах.

1.2. Некоторые аспекты патогенеза психических нарушений у вовлечённых в аварию на ЧАЭС

Остановимся на некоторых аспектах патогенеза возникновения нервно-психических нарушений у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в связи с аварией на ЧАЭС.

В соответствующих разделах мы уже рассматривали психологические механизмы возникновения стрессовых нарушений.

Однако значительное число авторов (И.Б. Ушаков, Н.И. Арлащенко с соавт., 2001; Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д., 2005; и др.) полагают, что непосредственно радиационное воздействие, даже в диапазоне малых доз может участвовать в формировании психических нарушений у населения.

Непосредственно наиболее опасными и значимыми для здоровья вовлеченного населения являются биологические (соматические) последствия воздействия радиации. Степень выраженности последних определяется количеством оказавшихся в среде радиоактивных веществ.

Особенностью радиационного поражения людей в радиационных авариях второй половины 20 –го века, особенно аварии на Чернобыльской АЭС, является смешанное внешнее гамма-бета-облучение и внутреннее альфа-бета-гамма- облучение. По мнению И.Б. Ушакова с соавт. (2001 г.) проблема комбинированного действия ионизирующего излучения при одновременном инкорпорировании различных продуктов ядерного деления является в настоящее время одной из основных проблем радиобиологии и радиационной медицины. Поступление в организм радионуклидов различными путями вызывает крайне неравномерную дозовую нагрузку на его системы, что проявляется в большом разнообразии биологических эффектов. Реакция организма в этом случае зависит не только от дозы, но и от неравномерности распределения ее в микроструктурах органов и тканей.

После радиационной аварии большинство вовлеченного населения оказывается под влиянием так называемых малых доз радиации. Само понятие «малые дозы» является неоднозначным и критерии его определены недостаточно четко: от доз, не вызывающих лучевую болезнь (М.Н. Ливанов, 1962), до доз на порядок выше природного радиационного фона (А.В. Барабой, 1991) или ниже конкретных цифр – 100м Зв (Р.В. Ставицкий с соавт., 1999). Такое отсутствие единства в определении основного понятия, которое используют специалисты, обосновывая свои выводы о ничтожности радиационного воздействия для большинства населения уже само может стать основой для тревожных интерпретаций пострадавшими.

В целом можно выделить две противоположно направленные концепции действия малых доз: негативную и стимулирующую. Представители первой (Б.Н. Ильин, 1986; М.Д. Бриллиант с соавт., 1987; И.Я. Василенко, 1991; и др.) высказывают мнение о вероятном патогенном влиянии радиации на любом дозовом уровне. Такая же точка зрения высказывается и в официальных документах МАГАТЭ. Представители другого направления полагают, что малые дозы обладают стимулирующим действием, Это явление было названо гормесисом (А.Ю. Григорьев, 1991; Л.А. Булдаков, 2004; Z. Jaworowski, 1997).

Наиболее важным и спорным вопросом в предикции воздействия радиации на центральную нервную систему является вопрос о радиочувствительности мозговой ткани. Высокодифференцированные клетки головного мозга относятся к радиорезистентным, однако представления исследователей об уровне порога этой резистентности меняются по мере накопления знаний.

Например в работах А.И. Нягу, А.Г. Нощенко с соавт. (1992), Г.А. Зубовского с соавт. (1993), Н.А. Мешкова с соавт. (1993) было выявлено, что облучение приматов в дозе 0,7 гр может вызвать органические дефекты в ЦНС. С другой стороны, с точки зрения А.К. Гуськовой (2001) только дозы не ниже 10-50 гр могут вызывать органические поражения. При облучении в дозах 25-150 бэр наблюдается лишь лабильность регуляторных систем организма, трактуемая как расширенная адаптационная реакция на весь комплекс влияний окружающей среды.

В 90 годы появилось много данных о том, что нейроны реагируют даже на малые дозы радиации. Было обосновано понятие пострадиационных энцефалопатий (И.К. Деденко и соавт., 1998; А.И. Нягу, К.Н. Логановский, 1998).

По мнению Ю.К. Зозули и М.И. Шамаева (1998) повреждающее действие ионизирующего излучения заключается в прямом воздействии на нервную ткань на субклиническом уровне в виде нарушения внутриклеточных органелл, изменении активной зоны синапсов и зоны синаптического контакта.

По мнению А.М. Кузина (1986) даже при сравнительно малых дозах – 0,5-1,0Гр – излучения нарушаются важные ферментативные клеточные процессы, в частности окислительное фосфорилирование, обмен нуклеиновых кислот, что ведет к повреждению ядра и митохондрий клетки.

Н.А. Мешков с соавт. (1993) приводят данные, что даже при суммарной дозе общего облучения 0,05- 0,5 Гр выявляются органические структурные изменения в глубинных отделах головного мозга (лимбическая и ретикулярная формация).

В последние годы эксперименты на животных выявили, что при действии «малых» доз радиации уже в ранние сроки отмечаются дистрофические изменения нервных клеток разной степени выраженности, преимущественно в коре и стволе головного мозга, в ретикулярной и формации и сосудистые изменения в виде вазодистонии. Выявленные нарушения, по мнению Ю.А. Зозули и М.И. Шамаева (1998) являются структурной основой послерадиационных энцефалопатий.

Предполагается, что радиорезистентность ткани, особенно нервной определяется ее способностью к быстрому восстановлению ферментных систем синтеза ганглиозидов, поддерживающих необходимый уровень полярности мембран, а также способностью сохранять количественный и качественный состав фосфолипидов и холестерина (О.В. Добрынина с соавт., 1991). Повреждение клеточных мембран в результате облучения приводит к выходу ряда ферментных белков, которые начинают разрушать собственные структуры клетки. Дальше этот процесс ведет к усилению процессов ПОЛ, фосфолипидного гидролиза, повышению выхода Са, приводящего ко вторичной активации эндогенных фосфолипаз. Выход в кровь токсических веществ, образующихся при активации системы ПОЛ, оказывает неблагоприятное действие на различные органы и системы. Иными словами повреждающее действие ионизирующего излучения на нервную систему может проявляться не только при непосредственном контакте, но и за счет повреждения других органов и систем, обеспечивающих нормальное функционирование нервной ткани.

Клинические исследования в определенной степени подтверждают тезис о том, что медленно развивающиеся церебрально-сосудистые заболевания имеют полифакторное происхождение: с одной стороны непосредственная реакция нервной ткани, с другой ухудшение условий ее функционирования за счет повреждения других органов и систем.

В клинко-биохимических исследованиях С.Н. Ковтун отмечается, что даже очень малые дозы ионизирующего излучения вызывают дисбаланс системы антиоксидантной защиты и активизацию перекисного окисления липидов в результате чего происходит свободнорадикальное повреждение клеток и клеточных структур.

«Окислительный стресс», по мнению Н.Н. Зыбиной (2001), лежит в основе многих форм патологии облученных лиц. Для объяснения механизмов патогенеза автор привлекает две гипотезы: «паренхиматозную» и «сосудистую». Согласно этим гипотезам происходит гибель клеток паренхимы и нарушение микроциркуляции, формирование тканевой гипоксии и увеличении фиброзного тканевого компонента. Эти механизмы лежат в основе раннего старения, которое рассматривается как процесс непрерывного разрушения жизненно важных молекул за счет «окислительного стресса».

Важным механизмом способствующим формированию различных типов соматической патологии, в том числе сосудистой, является механизм развития вторичных радиационных иммунодефицитов, одним из проявлений которых является усиление апоптоза. По мнению И.В. Орадовской, нарушения в цитокиновой цепи иммунной системы играют важную роль в патогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Совершенно новую концепцию повреждения клеток «малообновляющихся» тканей (например, эндотелия сосудов) выдвигают Р.Ф. Федорцева с соав. (2007). Независимо от величины ионизирующего облучения в этих тканях происходят изменения на внутриклеточном уровне, которые авторы назвали «альтернативными эффектами» облучения. Эти изменения могут приводить к повреждению эндотелия и становится основой развития отдаленной сосудистой патологии, которая, по мнению авторов, связана с облучением. Эта концепция заполняет неизвестные звенья патогенеза многочисленных соматических и психических расстройств, которыми страдают ликвидаторы аварии.

Характер клинических проявлений, развивающихся после воздействия малых доз радиации в отдаленном периоде, позволяет отнести их к «болезням регуляции» или «болезням гомеостаза» с преимущественно неспецифическими проявлениями. Однако, развитие различных болезней, особенно сердечно-сосудистых и цереброваскулярных, позволяет предположить, что со временем болезни переходят с уровня нарушения регуляции, на уровень поражения более конкретных клеточных структур, например сосудистого эндотелия. Большинство исследователей придерживаются точки зрения, что патологические изменения в ЦНС являются вторичными и зависят от сосудистых нарушений, как на уровне регуляции, так и на уровне поражения сосудистой стенки (А.М. Морозов, Л.А. Крыжановская, 1998).

Особо следует отметить исследования (Н.А. Король, 1990; Е.А.Гладчук, Н.Ф. Слюсаренко и др. 1998) в которых выявлено, что ионизирующее излучение в малых дозах способствует повышению концентрации в крови общего холестерина и холестерина липопротеидов высокой плотности, что является предвестником раннего развития атеросклероза и преждевременного старения.

Таким образом, в оценке как биологического так и стрессового влияния переоблучения в малых дозах, которым подвергаются вовлеченные в радиационные аварии люди, не существует единой, общепринятой научным сообществом и доказанной, точки зрения, что естественно затрудняет выработку обоснованной научно и адекватной социальной политики, которая строится на понятии ущерба для здоровья.

Перейдем теперь к анализу особенностей влияния социально психологического стресса радиационных аварий.

В работах Архангельской Г.В., Зыковой И.А. (1999, 2001, 2006) предложена социально-психологическая концепция происхождения нарушений психического здоровья после радиационных аварий. Авторами сформулировано понятие радиотревожности для определения психологических последствий аварии.

По мнению авторов радиотревожность включает эмоциональные нарушения, неадекватные реальному радиационному риску, специфическую тревогу за здоровье свое и детей и будущее. После аварии, радиационному воздействию приписываются все неблагоприятные жизненные ситуации. У человека возникают ложные установки на наличие у него болезни, связанной с облучением, лечение которой неэффективно. Формируется потребность получить от окружающих и от общества моральные и материальные компенсации. Соответственно, изменяются ценностные ориентации, снижаются личностные и общественно полезные мотивации, личностная активность, вплоть до полного безразличия. По мнению авторов радиотревожность чаще проявляется у лиц с соматической патологией, у лиц пожилого возраста, имеющих низкий уровень образования, у матерей с детьми. Эта

концепция отражает реальность но не охватывает всех социально-психологических механизмов нарушений психического здоровья после радиационных аварий, вытекающих из особенностей радиационного стресса. Остановимся на некоторых из них.

Радиационные катастрофы имеют начальную точку, но не имеют окончания, поскольку токсический фактор не исчезает из среды в течение нескольких поколений. Нередко отсутствует острый период, либо большинство участников не видели его.

Число вовлеченных в аварии оказывается значительно больше, чем непосредственно пострадавшие за счет потери доверия и неясности величины загрязнения и ущерба.

Существенным свойством радиационных катастроф является формирование после них «нетерапевтического» сообщества, отличающегося значительной конфликтностью, оппозиционностью к властям, формированием неконструктивных форм поведения. Это связано с неясностью и размытостью во времени величины ущерба, особенно для здоровья, существованием разных точек зрения на причины катастрофы, значительным будущим риском для здоровья пострадавших и их детей и длительно продолжающимися контрмерами.

Ключевая роль в развитии и формировании последствий радиационных катастроф принадлежит информации.

Подобно тому, как биологические эффекты зависят от условий радиационного воздействия (вида излучения, времени, индивидуальной чувствительности и др.), психологические эффекты в значительной степени зависят от условий получения информации, источников из которых она получена, ее достоверности и способности индивида к ее осмыслению и переработке.

Если информация достаточно противоречива, то на этой основе формируется закономерное замещение реальности мифологическими суждениями, преувеличение или искажение образа угрозы. Использование в информационном поле распространенных в массовом сознании семантических шаблонов – «радиационное заражение», «эвакуация», «зона», «облучение», «генетические мутации» и др. также усиливает напряжение и угрозу, которая становится тотальной.

Возникает состояние «когнитивного диссонанса» (Л. Фестингер, 1999), которое вносит значительный вклад в психологический дистресс.

Радиационная катастрофа нарушает витальную потребность человека – потребность в безопасности не только в момент воздействия радиации, но и всю последующую жизнь индивидуума и его потомков, поскольку последствия радиационного поражения могут проявиться через многие годы, а за счет эмбриотоксических и генетических эффектов и через поколения.

Такая авария как Чернобыльская опасна не только сама по себе, но и имеет высокий «сигнальный потенциал», поскольку является предвестником дальнейших катастрофических бедствий (R. Giel, 1991).

Особенностью радиационной аварии является необходимость принятия многих, достаточно жестких контрмер, включая переселение, которые сами могут привести к психологической дезадаптации вовлеченного населения.

Кроме того, после аварии обязательно принимается специальное законодательство, которое определяет различные аспекты поставарийного существования, закрепляет особый статус загрязненных территорий и пострадавшей популяции на многие годы, льготы и компенсационные выплаты. При этом нередко это законодательство с годами меняется, часто не в пользу пострадавших. В качестве примера можно привести постепенное изменение постчернобыльского Закона от 1991г., перечень льгот в котором постепенно сужался, а список болезней, которые могут быть связаны с факторами аварии к настоящему времени ограничился только онкологической патологией. Такая динамика социальной помощи

пострадавшим также становится одной из основ психологической дезадаптации тех контингентов, которых она касается.

Таким образом, анализ исследований последних 20 лет показал, что в возникновении психических нарушений у населения пострадавшего от радиационной аварии играют роль прежде всего когнитивно-стрессовые и социально психологические факторы самого аварийного воздействия. Однако невозможно полностью отрицать и роль биологических-радиационных факторов, исследование которых в настоящее время продолжается.

ГЛАВА 2. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС.

В основе возникновения и роста числа невротических и психосоматических нарушений среди населения загрязненных территорий лежит комплекс факторов, связанных как с самой аварией, так и с дальнейшей неблагоприятной социальной ситуацией, а также с состоянием соматического здоровья и демографическими характеристиками.

Врачам, занимающимся лечением пострадавшего населения, необходимо оценить вклад того или иного фактора в происхождение психических нарушений, поскольку от приоритетности зависит терапевтическая и реабилитационная тактика.

Ионизирующее излучение. Величина возможного облучения для населения загрязненных территорий относится к диапазону малых доз. Многочисленные исследования не выявили зависимостей между возможной дозой облучения и развитием невротических нарушений. Уровень загрязнения окружающей среды, определяющий полученную дозу, также не обнаружил связей с нарушениями психического здоровья. Люди, проживающие на чистых территориях, примыкающих к загрязненным, имеют такой же уровень стресса, как и пострадавшие.

В то же время более дезадаптированы жители территорий, где проводились контрмеры (отбирали скот, запрещали пользоваться приусадебными участками, снимали грунт и т.д.). Чем позднее от момента аварии было выявлено загрязнение, тем больше частота различных форм психической дезадаптации.

Среди людей, переехавших из зоны отселения, психические нарушения тем сильнее, чем позднее человек покинул грязную территорию. В то же время жители, оставшиеся в поселках с обязательным отселением, обнаруживают минимальный уровень стресса.

Ионизирующее излучение является не только объективным, но и субъективным фактором. Жители загрязненных территорий склонны переоценивать величину полученной дозы. Этот разрыв между реальным и воспринимаемым становится источником внутреннего конфликта и причиной психических нарушений. Чем выше их оценка радиационной опасности, тем значительней уровень психической дезадаптации.

Существенным фактором дезадаптации является восприятие окружающей среды как пострадавшей от загрязнения. Чем больше признаков изменения в среде констатирует человек (изменение цвета и формы растений, рождение уродливых животных, перемена климата и др.), тем более вероятно возникновение тревоги, депрессии и других невротических нарушений.

Информационный фактор. Знания о радиации, как и о многих других факторах, загрязняющих окружающую среду, человек получает преимущественно через информацию. Чем более противоречива информация, тем чаще формируется состояние "когнитивного диссонанса", т.е. невозможность составить собственное суждение о происходящем. В результате повышается уровень тревоги и формируются невротические и психосоматические расстройства.

Массовые стрессовые реакции возникают чаще и глубина их увеличивается в периоды массовых публикаций о негативных последствиях аварии, даже если последние не нашли подтверждения в реальной жизни.

Между тем отсутствие информации, запрет на публикацию данных о реальной экологической обстановке также могут усилить стресс.

Постоянное же предоставление достоверной и взвешенной информации, хотя и воспринимается людьми как "надоедливое жужжание", но способствует уменьшению стресса. Следует отметить, что еще после аварии на ТРИ Майл Айленд было установлено, что население озвучивает потребность в информации, но предоставление ее не ассоциируется со снижением уровня стресса.

Демографические факторы. Наиболее чувствительны к экологическому стрессу женщины. В то же время следует отметить, что мужчины также подвержены стрессу, который незначительно меньше, чем у женщин, в отличие от катастроф другого рода.

Особенно широко распространены тревога и депрессия среди матерей, имеющих маленьких детей, а также детей, родившихся в год аварии. Информация о том, что дети, зачатые в период аварии, имеют риск развития ряда заболеваний, способствовала формированию тревоги и депрессии у их матерей.

В течение первых 5 лет высокий уровень стрессовых расстройств наблюдался у пожилых людей, который в настоящее время несколько снизился.

Группой риска развития психической дезадаптации являются педагоги, что, возможно, объясняется их постоянной настороженностью к здоровью своих подопечных, детей - наиболее уязвимого контингента к действию экологических факторов.

Соматическое здоровье. Распространенность психических нарушений напрямую связана с уровнем физического здоровья населения.

Больные, страдающие заболеваниями, относящимися к группе психосоматических (гипертоническая болезнь, сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания, болезни органов дыхания и суставов), определено чаще обнаруживают невротические и аффективные расстройства, чем другие жители загрязненных территорий и больные аналогичными недугами в чистых районах.

Присоединение невротических нарушений в свою очередь ухудшает течение соматических заболеваний, увеличивает вероятность возникновения осложнений и неблагоприятный прогноз.

Важным фактором развития психической дезадаптации является также субъективная оценка людьми своего здоровья, которая далеко не всегда совпадает с объективными данными. На загрязненных территориях самооценка здоровья у значительной части жителей снижена. Более того, жители пострадавших территорий крайне низко оценивают здоровье своих детей.

Чем ниже человек оценивает уровень своего здоровья или здоровья своего ребенка, тем больше вероятность возникновения невротических и аффективных нарушений.

Значительное количество больных психосоматическими заболеваниями, проживающих на загрязненных территориях, нуждаются в помощи психотерапевта.

Социально-экономический фактор. Население загрязненных территорий воспринимает и оценивает факторы социальной и экономической нестабильности так же высоко, как угрозу от радиации. Самым важным фактором, усилившим негативное влияние аварии, явилось разрушение социальной структуры общества, утрата государством протекционистской функции, обеспечивавшей определенную стабильность каждого его члена.

В периоды ухудшения экономической ситуации уровень и глубина стрессовых реакций резко возрастают.

Особенно стрессогенны периоды, в которые происходит изменение поставарийного законодательства, определяющего социальные компенсации пострадавшим. Эти изменения затрагивают жизненные интересы пострадавших, будучи проведенными без соответствующей подготовки, они могут привести к выраженной деморализации общества, росту и углублению психической дезадаптации.

В эти периоды особенно требуется помощь психологов и психотерапевтов.

Психологические факторы. Экологическая авария нарушила потребность в безопасности, направленную в будущее. Наличие в среде факторов, неподконтрольных человеку, привело к утрате уверенности в своих возможностях, отказу от ответственности за происходящее с ними, формированию пассивной жизненной позиции.

Чем ниже человек оценивает свои способности, чем больше винит в своих бедах окружающих, тем больше вероятность развития симптомов психической дезадаптации.

Особое внимание в плане формирования психической дезадаптации имеет отношение личности к своим болезненным переживаниям как составная часть внутренней картины болезни. У жителей экологически загрязненных территорий преобладают три типа внутренней картины болезни: тревожный, фаталистический, рентный.

В первом случае больные считают причиной своего заболевания постоянную тревогу, связанную, по их мнению, с экологической обстановкой. Такие пациенты нередко избегают информации о катастрофе, поскольку негативная информация может усилить их тревогу. В других случаях, наоборот, стремятся получить как можно больше информации, надеясь успокоиться.

Пациенты с фаталистическим отношением к болезни полностью отрицают психогенный характер страдания, они абсолютно уверены в непосредственном действии повреждающего фактора, вызванного катастрофой. Требуя все новых обследований, они считают все лечебные меры бессмысленными, в чем стараются убедить окружающих.

В случае преобладания рентных установок пациенты видят причину всех своих проблем в недостаточном объеме социальной помощи. У них формируются сверхценное отношение к предоставляемым социальным льготам, стремление выглядеть жертвой, хронически больным, нуждающимся в каждодневной помощи. Преобладающими эмоциями у них являются обида, чувство ущемленности, заброшенности.

ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Все перечисленные особенности биологического и психологического стресса радиационных аварий определяют и характер психопатологического ответа, который формируется на разных уровнях от невротически-стрессового до экзогенно органического.

Двадцатилетний период наблюдения за разными категориями населения, вовлеченного в аварию и участниками ликвидации последствий (УЛПА), а также анализ литературных данных, позволили обобщить весь диапазон психических нарушений (рис. 4), встречающихся после радиационных аварий (Е. J. Bromet, М. А. Dew, 1995; А. Baum et al., 1983; М. А. Dew et al., 1987; L. M. Davidson et A. Baum, 1986; М. Otake, W. J. Schull, 1983; Г. М. Румянцева с соавт., 1995, 1998; А. И. Нягу, К. Н. Логановский, 1998; А. М. Морозов, Л. М. Крыжановская, 1998; В. В. Нечипоренко, И. С. Рудой, 1997; В. А. Солдаткин, 2002; Б. Д. Цыганков, 2001; и др.).



Рисунок 4.

Перечень наиболее значимых психических нарушений, выявленных после аварии на Чернобыльской АЭС, несколько отличается от приведенного выше:

- Органическое психическое расстройство сосудистого или смешанного генеза (УЛПА).
- Нарушения адаптации (население).
- Соматоформные и соматизированные расстройства (население, УЛПА).
- Посттравматические стрессовые расстройства (население, УЛПА).

Для населения наиболее характерны соматоформные и соматизированные расстройства и нарушения адаптации.

Однако возможно предположить, что во время максимального воздействия всех отрицательных факторов аварии, некоторые индивидуумы будут испытывать травматический стресс, а в отдаленный период аварии у них может развиваться его прямое (ПТСР) (В. Green, С. R. Figley, 1986; А.Л. Пушкарев с соавт., 2000.Тарабрина Н.В.). Однако такой исход травматического опыта как ПТСР формируется не у всех пострадавших, а зависит от многих факторов, как личностного так и социального характера.

Радиационная авария и события поставарийного периода, по мнению большинства исследователей, воздействуют на пострадавших, как пролонгированный экологический стресс.

Сам факт загрязнения окружающей среды является в большинстве случаев неординарным событием, выходящим за рамки обыденного опыта, и может вызывать психогенные реакции, в том числе посттравматическое стрессовое расстройство. В соответствии с диагностическими критериями МКБ – 10 (The ICD Geneva, 1990; B.Green, 1990) посттравматическое стрессовое расстройство определяется как отставленная реакция на событие угрожающего или катастрофического характера, которое является стрессовым для любого человека. Здесь важно еще раз подчеркнуть, что стресс радиационной аварии и периода ликвидации ее последствий внесенсорен, но его влияние направлено в будущее индивида. Таким образом, радиационная авария в полной мере отвечает критерию А развития ПТСР, т.е. является событием угрожающего характера, вызывающим чувство тревоги, страха и ощущение беспомощности.

Возникновение ПТСР у конкретной личности определяется взаимным влиянием факторов – предикторов персональной уязвимости. К их числу в частности относится неподготовленность к воздействию травмы, предыдущий негативный (травматический) опыт, пассивность выработанных в течение жизни стратегий преодоления, психические заболевания, некоторые личностные особенности.

R.J. Ursano, B.G. McCaughey, C.S. Fullerton, (1994) пришли к выводу о том, что психическое расстройство является результатом взаимодействия содержания травматического стрессора и медиаторов травматического стрессора:

- ожидание травмы;
- оценка угрозы, значения, трактовки;
- характер травмы (природные и технологические катастрофы);
- контролируемость;
- социальная поддержка или стигматизация;
- предыдущий опыт травматизации и другие.

Именно выделение **медиаторов** травматического стрессора позволяет понимать специфику катастроф с участием радиационного фактора.

Клиническая картина ПТСР была описана еще в 1980 г. М. Horowitz (1976, 1979, 1987). Первично, она представляла из себя две группы симптомов: непроизвольное «вторжение» травматических переживаний (или «погружение») и «избегание» травматических переживаний.

Следует отметить, что поначалу, к стрессорам, вызывающим развитие этого синдрома, относили преимущественно военные конфликты (К.Е. Lee et al., 1995; A. N. Egendorf, 1981, 1985; J.M. Fendrich, 1972) и природные катастрофы (B. De Marchi, 1991; M.F. Lechat, 1990; Н.В. Тарабрина с соавт., 1992, 2003), имеющие выраженный острый период действия и создающие угрозу для жизни.

Исследования, в которых осуществлена попытка анализа психического состояния пострадавших в результате радиационных катастроф в соответствии с критериями ПТСР, немногочисленны. Среди зарубежных исследователей Viner (1988) показано, что у лиц, подвергшихся облучению или действию других «невидимых» факторов среды, возникают ощущения «неопределенности», проблемы с адаптацией, повышенная бдительность, страх радиации и «травматический невроз».

Посттравматические синдромы были описаны у жертв радиационного облучения во время аварии на АЭС в Три Майл Айленд (M.A.Dew, E.J.Bromet, 1993; M.A.Dew et al., 1987; В.Р. Dohrenwend с соавт., 1979, 1981), в Гайане (D.L.Collins, A.B.de Carvahlo, 1993; L.M.

Davidson, A. Baum, 1986), а также у американских «атомных» ветеранов, которые были свидетелями испытаний ядерного оружия (Horowitz M. et al., 1979).

В работе D.L. Collins, A.V. de Carvahlo (1993) показано, что стресс, связанный с предполагаемым фактом ионизирующего радиационного облучения, имеет ту же интенсивность, что и стресс, полученный в результате реально пережитого факта радиационного облучения.

По мнению С. Кулландер, Б. Ларссон (1991) "облучение в мирное и облучение в боевое время - две совершенно несопоставимые вещи".

Отечественные исследователи сосредоточили внимание на исследовании пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС (Г.М. Румянцева с соавт., 1994, 1998; Ю.А. Александровский с соавт., 1991; Филиппенко В.В. 1993; Я.П. Коломинский, Л.А. Пергаменщик, 1993; П.С. Гончар, 1992; В.Е. Каган, Е.С. Креславский, 1993; Н.В. Тарабрина 1992, 1994, 2000; М.И. Марьин с соавт., 1992; В.В. Нечипоренко с соавт., 1997; М. Edwards, 1994; Е.О. Lazebnaya с соавт., 1994).

Необходимо иметь в виду и альтернативную точку зрения, согласно которой в отдаленном периоде Чернобыльской радиационной аварии у пострадавших невозможно диагностировать ПТСР, как самостоятельную нозографическую рубрику, и клиническая картина травматических (стрессовых) расстройств нивелируется психическими нарушениями более тяжелых регистров.

Так, В.Я. Пишель (2000) отрицает значимость психотравм и объясняет развитие психических расстройств у ЛПА воздействием радиационного и соматического факторов.

Очевидно, что коллективная психическая травма, пережитая населением, вовлеченным в аварию на ЧАЭС, является таким травматическим событием. Поэтому возможно ожидать появления симптомов ПТСР у населения пострадавших территорий. Исследования, проведенные в 90-х годах, показали, что, например, у населения, вовлеченного в радиационную катастрофу, ПТСР встречаются относительно редко (Г.М. Румянцева с соавт. 1994, 1998; В.В. Нечипоренко с соавт., 1997; В.В. Филиппенко В.В., 1993.) и у преобладающего большинства пострадавших были обнаружены лишь отдельные симптомы, но не целостная картина этого нарушения. Возможно, именно диагностикой отдельных симптомов или, так называемого, «частичного», «неполного» ПТСР объясняются высокие показатели распространенности данного расстройства, приводимые некоторыми авторами до 43%. Имеет значение, и удаленность во времени от момента воздействия травматических событий (временной фактор).

В исследовании, проведенном в 1994 году коллективом авторов, была предпринята попытка выявить наличие или отсутствие симптомов ПТСР среди популяции, проживающей на территории России, загрязненной радионуклидами в результате аварии на ЧАЭС. Исследование проводилось в зоне жесткого радиационного контроля (г. Новозыбков Брянской обл.). Средняя расчетная суммарная доза внешнего и внутреннего облучения, по данным Санкт-Петербургского института радиационной гигиены, для лиц, проживающих на этой территории, за 9 лет составила около 4,5 бэр, т.е. относится к диапазону малых доз.

Материал исследования составила когорта лиц (632 человека), обратившихся к психологу и психотерапевту в связи с жалобами невротического характера. Среди обследованных 27% мужчин, 63% женщин, возраст от 19 до 60 и более лет.

Обследование проводилось с использованием индивидуального интервью врачом-психиатром с заполнением анкеты, включающей лист симптомов (SCL-50), опросник общего здоровья (GHQ-28), список источников стресса, шкалу влияния событий M. Horowitz (IES, 1979).

В таблице 7 представлена частота встречаемости каждого утверждения по шкале IES Горовица. У обследованных присутствовали почти все симптомы «погружения» и «избегания» разной степени выраженности. 80 % обследованных беспокоили возвращающиеся воспоминания, связанные с фактом собственно катастрофы на ЧАЭС, и возможными негативными последствиями для здоровья. Однако наиболее острые проявления ПТСР - нарушения сна, а также «флэшбэк» – эффекты, имели низкие показатели частоты и выраженности. В то же время симптомы субшкалы «избегание» имели значительные частоту встречаемости и глубину выраженности.

Таблица 7. Суммарные оценки по субшкалам и в целом по IES.

Субшкалы	Оценка
«погружение»	10,01
«избегание»	16,1
общая (IES)	26,11

Анализ полученных данных позволил авторам полагать, что текущее ПТСР имеет место лишь у 8,2 % из всех обследованных жителей загрязненной территории. При этом все они относятся к категории хронических.

Исследования реакций после Чернобыля показали, что за счет симптомов ПТСР происходит патоморфоз типичных невротических расстройств. Например, в структуре тревожного синдрома преобладают навязчивые воспоминания об аварийной ситуации, или каждое возникающее соматическое нарушение окрашено опасениями, что оно может быть следствием радиационного воздействия. При возникновении симптомов астении больные наоборот стремятся избегать лишней информации о радиационных проблемах, уходят от обсуждения болезненных тем. Следовательно, говорить о посттравматических стрессовых расстройствах можно только в редких случаях, однако элементы этой формы психических нарушений могут быть выявлены не менее чем у 30 % пострадавших. При этом длительность симптомов значительная.

Диагностика.

Для выявления различных форм психической дезадаптации рекомендуется использовать прежде всего метод клинического обследования, психологическое, неврологическое и параклинические исследования. Для целей скрининга возможно использовать опросник общего здоровья Гольдберга - GHQ-28, который эффективно выявляет различные симптомы дистрессовой природы, встречающиеся в общей медицинской практике. Характеристика опросника и технология его применения приведены в главе 1.

Для выявления симптомов психической дезадаптации используется также лист симптомов, а для выявления депрессивных и тревожных расстройств шкала депрессии и тревоги Занга. (см приложение).

При обследовании жителей, проживающих в экологически неблагополучной зоне, следует помнить, что различные формы психической дезадаптации распространены у них широко - не менее 60 % обнаруживают невротические и аффективные симптомы, а у 15-20% имеют место нозологически очерченные формы, которые представлены реакциями дезадаптации, соматизированными и соматоформными расстройствами, тревожно-депрессивными состояниями.

Следует подчеркнуть, что пограничные психические нарушения зачастую проявляются не в виде классических синдромов, а в форме фрагментов, осколков. В приводимом описании наиболее типичных психических нарушений симптоматика представлена намеренно более рельефно и детально, чем она встречается в практике.

Пациенты далеко не всегда осознают происходящие с ними изменения как проявления психической дезадаптации и могут умалчивать о расстройствах настроения, тревоге, нарушении сна и прочих невротических проявлениях, жалуясь лишь на симптомы физического дискомфорта. Врач должен уметь вызвать больного на откровенность, оценить все жалобы с учетом склада личности, социально - культурального статуса и конкретных обстоятельств на момент осмотра.

Тревожные синдромы являются распространенными проявлениями психической дезадаптации и могут развиваться как самостоятельные реакции, так и входить в структуру соматических заболеваний.

Клинически чувство тревоги проявляется в форме диффузного дискомфорта с тяжелыми предчувствиями и ожиданиями угрозы, возможными единичными или распространенными телесными ощущениями в виде внутреннего напряжения, различных парестезий и алгий.

Тесно связано с тревогой возникновение чувства страха. Однако страхи носят предметный характер, выступая чаще всего в виде опасения возникновения различных заболеваний в результате патогенного внешнего воздействия.

Наиболее распространенным выражением тревоги у взрослых пациентов является беспокойство за здоровье детей, которое проявляется в несколько утрированном внимании к любым простудным заболеваниям, выявлении необычных симптомов, фиксации внимания на изменении поведения. Родители присваивают детям собственные соматоформные или астенические расстройства, им кажется, что они "не выдерживают целого дня занятий". При выявлении реального заболевания тревога усиливается. Нередко в таких случаях вместо адекватного лечения начинаются хаотические поиски нетрадиционных методов терапии.

Тревога обычно меньше касается других реальных вредностей, она связана с конкретной ситуацией последствий экологической катастрофы.

Тревожные расстройства обнаруживают большую зависимость от обилия информации, от проведения различных совещаний, конференций по экологическим проблемам. В этих случаях тревога усиливается, ее содержанием становится чувство социальной незащищенности, брошенности, которое пациенты склонны декларировать с излишней настойчивостью.

Выражена взаимосвязь между усилением тревоги и появлением симптомов любого соматического заболевания, которые пациенты склонны относить за счет патогенного внешнего влияния, даже если и не говорят об этом напрямую. Обычно тревожные опасения усиливает смерть близких.

Симптомы тревоги находятся как бы в тлеющем состоянии и готовы обостриться от любого нового раздражителя, напоминающего о первоначальной травме - аварии.

Выражением тревоги является в одних случаях повышенный интерес к публикациям по экологии. Больные напряженно слушают разговоры на эту тему, задают уточняющие вопросы, как бы погружены в последствия аварии. Для жителей территорий, пострадавших от радиационных катастроф, характерно тревожное внимание к любым изменениям в природе.

В других случаях пациенты, наоборот, избегают разговоров об аварии и ее последствиях, не читают публикаций на эту тему, отказываются от обследований, полагая, что "они результатов не дают, а покой нарушают".

Астенические расстройства. Обследуя жителей загрязненных территорий, следует обращать внимание на истощаемость, повышенную чувствительность к раздражителям, неустойчивое настроение, снижение работоспособности. Эти симптомы, как правило, не бывают резко выражены, однако больные наиболее часто предъявляют жалобы именно на них. В первую очередь астения проявляется чувством разбитости, утомленности, которое нарастает после работы обычно во второй половине дня. К обеду появляется сонливость, становится труднее сосредоточиться, пропадает желание работать. Пациенты принимают различные тонизирующие средства, витамины, но все равно считают, что во второй половине дня они не работники. Больные полагают, что утомляемость свойственна большинству жителей на экологически неблагополучных территориях. Выражен синдром Пирогова - изменение состояния в зависимости от погоды.

Сонливость днем нередко сочетается с бессонницей или поверхностным сном ночью. Трудности засыпания часто связываются с головными болями или неприятными ощущениями. Астении почти обязательно сопутствуют соматоформные симптомы, чаще всего с головными болями, а также с тревогой. Реже утомляемость сочетается с раздражительностью, вспышками аффекта. Обычно гиперстенический тип реакций характерен для людей с возбудимым или истерическим личностным радикалом.

Соматоформные синдромы. Различные соматоформные симптомы могут быть тесно связаны с тревогой, астенией и аффективными расстройствами, их бывает трудно отличить от проявлений соматического страдания, но соматоформные проявления не подтверждаются данными объективного обследования. Соматоформные расстройства могут совпадать по локализации с симптомами сходного соматического заболевания, однако чаще они весьма полиморфны и изменчивы.

Наиболее часто больные, проживающие на экологически неблагополучных территориях, жалуются на давящие головные боли - "тяжелая, как будто чем-то тягучим, ватным наполненная, голова". Эти боли формируются как бы внутри головы, создают субъективное ощущение загруженности, интоксикации. Головная боль давит на глаза, кажется, что ухудшается зрение. Часто пациенты связывают головную боль со снижением сообразительности, замедленностью в мыслях, трудностями осмысления, которые не определяются объективным психологическим тестированием.

Нередко пациенты жалуются на снижение памяти, которое также не выявляется тестированием, но пациенты субъективно ощущают, что стали хуже запоминать текущие события и вспоминать детали прошлого.

Все эти симптомы напоминают психоорганическую симптоматику, однако органический характер расстройств не всегда подтверждается при лабораторном обследовании и катamnестическом наблюдении.

Соматоформные расстройства могут проявляться не только алгиями, но и парестезиями, которые локализуются чаще всего в руках и ногах.

К специфическим соматоформным проявлениям можно отнести и ощущение выпадения волос и появления пятен на коже. Пациентам кажется, что волосы стали более редкими, ломкими и тусклыми. Происхождение пятен на коже они склонны объяснять сложными интоксикационными изменениями в ней.

Расстройства личности. Чаще всего расстройства личности проявляются истероневротическими симптомами. Следует обращать внимание на симптомы "чулок и перчаток", ощущение кома в горле, затруднение глотания, головокружение, обмороки, одышку и тахикардию, снижение аппетита, тошноту, рвоту, нарушение функций кишечника, мочевого пузыря, болезненные менструации, сексуальные дисфункции. Нередко описанные расстройства носят легкий, стертый характер, а на первый план выступают истерические

личностные особенности пациентов в виде чрезмерной эмотивности и демонстративности поведения, склонности к преувеличению, драматизации имеющихся нарушений или каких-либо обстоятельств. Эти пациенты прямо или косвенно напоминают окружающим, что они - "жертвы катастрофы", наряду с этим они могут демонстративно отказываться от предлагаемой помощи, утрировано пессимистически оценивать свое положение, наивно демонстрировать прямую связь соматизации и психогении. Личности с истерическими расстройствами характеризуются повышенной внушаемостью и самовнушаемостью. Любое неосторожное замечание врача относительно их состояния может повлечь за собой цепь различных истерических реакций и способствовать продуцированию новых невротических симптомов. Эти лица наиболее подвержены влиянию различных негативных, порой абсурдных слухов. С эмоциональной охваченностью они индуцируют окружающих относительно "надвигающейся опасности". Их собственное восприятие окружающего характеризуется крайней необъективностью и гиперболизацией.

Обсессивно-фобические расстройства. Одним из проявлений обсессии являются повторяющиеся яркие и образные воспоминания о жизни до аварии, сопровождающиеся чувством подавленности, угнетенности и сожаления.

Различные нозофобии (канцеро-, кардио- и др.), которые распространены в населении и вне зависимости от экологических бедствий, в экологически неблагоприятной ситуации встречаются чаще и нередко интерпретируются как связанные с их последствиями. Наиболее распространен страх перед раковыми заболеваниями и заболеваниями крови, что является специфическим для ситуации радиационной аварии.

Аффективные расстройства характеризуются преобладанием легких субдепрессии и дистимии. Они проявляются легкой подавленностью, отсутствием живого интереса к окружающему, незначительной адинамией. Больные с грустью говорят о жизни до аварии, выражают сожаление об утраченном комфорте. Отмечают, что в их настроении появился оттенок печали, нет прежней силы эмоций, "они потускнели, поблекли". При этом невозможно установить какие-либо колебания суточного ритма.

Аффект связан с внешними воздействиями, однако эта взаимосвязь значительно менее выражена, чем в случаях тревоги или соматоформных расстройств. Более четко проявляется зависимость дистимических расстройств от физического состояния пациентов. Можно сказать, что появление физических симптомов у больных на неблагоприятных территориях всегда сопровождается легким снижением аффекта. Мы уже отмечали в предыдущих главах, что депрессивные нарушения являются тем единственным симптомом, который обнаруживает связь с накопленной дозой.

Отличительной чертой дистимических расстройств является то, что "стрелка вины" всегда направлена на окружающий мир, в котором больной находит причину своей депрессии. Однако далеко не всегда это бывает экологическая угроза, это может быть и сегодняшняя социально-экономическая ситуация, и семейно-бытовые проблемы.

Во время беседы с этими больными врачу необходимо обращать внимание на их облик, особенности темпа речи и моторику. Нередко в беседе выявляется только незначительное снижение активности. В жалобах больного может преобладать либо астеническая симптоматика, либо симптоматика соматоформной патологии, в то время как гипотимия, подавленность часто не осознаются пациентами как нарушения здоровья и, соответственно, требуют специального расспроса со стороны врача.

ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ И ФОРМЫ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Полисимптоматическая клиническая картина нервно-психических нарушений у жителей районов загрязненных после аварии на ЧАЭС, значительная роль соматических заболеваний и психогенных факторов в их возникновении требуют комплексного подхода к лечению и обязательного использования психотерапии + психофармакотерапии. При этом следует учитывать фрагментарность расстройств, их связь с соматическим состоянием пациента, особую чувствительность к препаратам, в связи с чем выбор лекарственных средств ограничивается теми, которые имеют наиболее широкий спектр действия и минимальные побочные эффекты.

В настоящем Руководстве предлагаются апробированные и эффективные методы лечения психических нарушений у жителей районов, загрязненных в результате аварии. Поскольку Руководство ориентировано на широкий круг врачей разных специальностей, использован синдромальный подход к терапии.

4.1. Психофармакотерапия психических нарушений у жителей территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС

Тревожные, депрессивные и соматоформные синдромы. Клинические особенности аффективных и соматоформных синдромов, описанные выше, обусловили выбор препаратов, обладающих как собственно антидепрессивной, так и антитревожной активностью. Поэтому в терапии используются как транквилизаторы, так и антидепрессанты. Кроме того, отягощенность соматической патологией делает актуальным выбор препаратов с наименьшими побочными эффектами.

К числу препаратов, отвечающих необходимым условиям, относится антидепрессант нового поколения - **коаксил** (тианептин). Основной механизм действия препарата - стимулирование обратного захвата серотонина, что сопровождается повышением содержания 5-гидроиндолуксусной кислоты (5 ГИУК) в ткани мозга и крови. Коаксил понижает реактивность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы в ответ на стресс, ослабляет вызванные стрессом нарушения аффекта и поведения и может эффективно использоваться при лечении тревожных и депрессивных синдромов реактивного происхождения, часто встречающихся у населения экологически неблагополучных территорий. Препарат предупреждает дегенерацию нейронов гипоталамуса, что способствует улучшению когнитивных функций (памяти, внимания), в связи с чем он особенно показан для лечения больных пожилого возраста. Коаксил, стимулируя обратный захват серотонина, способствует снижению влечения к алкоголю, в формировании которого серотонин играет определенную роль. Последнее свойство позволяет использовать коаксил для лечения алкогольных депрессий.

В процессе расщепления в организме коаксил не вступает во взаимодействие с другими препаратами или алкоголем и может использоваться в комплексной терапии сочетанных психических и соматических нарушений.

Коаксил может быть успешно применен для лечения тревожных, депрессивных синдромов у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно перенесших инфаркт миокарда. Определенная эффективность отмечена также при терапии болезней желудочно-кишечного тракта, сочетающихся с тревогой.

Следует отметить действенность коаксила в лечении соматоформных синдромов, особенно если в состоянии преобладает симпатoadренaловый компонент.

Коаксил применяется у больных с тревожно-депрессивным синдромом в дозе 37,5 мг в сутки в течение 1-3 месяцев. Одновременно могут назначаться препараты соматического ряда и корректоры сна.

Через 7-10 дней после начала лечения коаксилом наблюдается снижение уровня тревоги (одновременно соматического и психического компонента). Больные отмечают уменьшение напряжения, беспокойства, сердцебиения и других соматических симптомов тревоги. Особенно заметно редуцируются вегетативные симптомы: потливость, тремор, нарушения ритма, чувство сдавления в области сердца. Редуцируются и гастроинтестинальные симптомы: спазмы в области желудка, чувство переполнения, исчезает одышка. К 20 дню терапии происходит изменение поведения: уменьшаются раздражительность, гневливость, ипохондрическая фиксация. Конверсионные симптомы становятся менее демонстративными и более приглушенными. Когнитивные нарушения также обнаруживают тенденцию к редукции: улучшаются память, внимание, речь, уменьшается психическая заторможенность. К концу 4-5 недели терапии редуцируются и исчезают симптомы ангедонии, психической анестезии, мир воспринимается больными в реальных красках. Важен редуцирующий эффект препарата: больные становятся более деятельными, у них появляется интерес к жизни, они начинают строить и реализовывать жизненные планы.

Побочные явления незначительны и легко купируемы, что важно при терапии соматически отягощенных больных. Отсутствуют кардиотоксические эффекты, побочное холинергическое действие, нарушения ритма сна, влияние на массу тела. Коаксил не обостряет симптоматику. При применении коаксила в течение 6 месяцев отмечено уменьшение выраженности последующих депрессивных нарушений, что свидетельствует о профилактическом эффекте препарата.

Из антидепрессантов хорошо зарекомендовал себя отечественный препарат **азафен** (пипофезин). Азафен является оригинальным отечественным антидепрессантом трициклической структуры. По фармакологическим свойствам близок к имипрамину, но в отличие от имипрамина и amitриптилина не обладает холинолитической активностью. Ингибирующего влияния на MAO не оказывает. Тимолитическое действие сочетается с седативной активностью. Азафен обладает антидепрессивным и противотревожным действием, не вызывает нарушений сна, хорошо переносится. Безопасен для больных с тяжелыми соматическими заболеваниями и показан при сосудистых расстройствах, легко сочетается с другими лекарственными средствами. Препарат особенно эффективен при депрессиях легкой и средней тяжести. В дозе 50 мг-150 мг в сутки (в зависимости от состояния) терапию обычно продолжают в течение 1-1,5 месяцев. Не совмещать с ингибиторами MAO. По достижении терапевтического эффекта дозы постепенно снижают и переходят на поддерживающую терапию (25-75 мг в сутки) (Н.Н. Иванец с соавт., 2007).

Из антидепрессантов растительного происхождения возможно использование препарата из экстракта зверобоя продырявленного - **гелариум гиперикум**. Компоненты, составляющие этот препарат, обладают тимолептической активностью. При легких и среднетяжелых депрессиях в дозе 300 мг по эффективности сопоставим с имипрамином, amitриптилином, мапротилином, дезипрамином. Гелариум гиперикум значительно превосходит перечисленные тимолептики по переносимости (Дробишев М.Ю с соавт., 2002).

В терапии депрессивных расстройств у УЛПА с хорошим эффектом используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – **пароксетин** (рексетин) (Г.М. Румянцева с соавт., 2005), **тразодон** (тритико) (Г.М. Румянцева с соавт., 200; А.С. Аведисова, 1993, 1999).

Пароксетин (рексетин) ингибирует обратный захват серотонина нейронами, усиливает серотонинэргическую передачу в ЦНС. При ежедневном приеме по 20 мг уменьшает состояние тревоги, навязчивости, панические расстройства, способствует редукции депрессивных проявлений. Эффект действия препарата проявляется через 10 дней. Не совместим с ингибиторами МАО. Усиливает действие алкоголя. Постепенно, через 7-14 суток ослабляются симптомы депрессии, в том числе сопровождающиеся тревогой, исчезают панические приступы и навязчивые образования. Купируются генерализованные тревожные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства. После исчезновения симптомов депрессии курс поддерживающей терапии составляет 4-6 месяцев.

Тразодон (тритико) - наиболее безопасный антидепрессивный препарат, обладает тимолептическим, анксиолитическим и седативным эффектом. Не оказывает антихолинэргического действия, хорошо переносится. У препарата отсутствует холинолитическое действие, не ингибирует МАО, не изменяет массу тела. Тразодон показан при лечении больных пожилого возраста с органическими заболеваниями ЦНС, а также в комплексном лечении больных с соматическими заболеваниями, осложненными тревожно-депрессивными расстройствами. Тритико улучшает сон у больных депрессией, увеличивает глубину и продолжительность ночного сна, восстанавливает его физиологическую структуру; стабилизирует эмоциональное состояние, улучшает настроение. Тразодон с эффектом использовался при лечении тревожных расстройств у больных проживающих на загрязненных территориях Белоруссии (А.С. Аведисова, 1998).

Хорошо показал себя новый транквилизатор *афобазол*, который является эффективным и безопасным препаратом (Д.В. Чумаков, 2004; Г.Г. Незнамов с соавт., 2005; А.С. Аведисова с соавт., 2006; А.Б. Смудевич с соавт., 2006). Он оказывает противотревожное действие и легкий стимулирующий эффект. В дозе 30 мг в сутки рекомендуется для терапии ипохондрических, фобических, тревожных расстройств, обладает вегетостабилизирующим действием, способствует устранению сухости во рту, потливости, головокружения. По сравнению с бензодиазепинами не вызывает дневной сонливости, замедления когнитивных процессов, снижения остроты реакции, внимания и памяти, не вызывает адверсивных реакций в виде расторможенности и агрессивности. У препарата отсутствуют миорелаксантные свойства. Терапевтический эффект афобазола начинает проявляться уже с первых дней лечения, достигая клинически значимого уровня к концу второй недели терапии. Больные становятся спокойнее, уменьшается степень выраженности тревоги и тревожного ожидания, имеющих оттенок навязчивости. При этом постепенно вегетативные проявления утрачивают тягостный и мучительный характер и больные указывают на них только при целенаправленных расспросах врача. Редукция вегетативных нарушений (потливость, головные боли, тахикардия, сухость во рту) достигает максимума к 14- 21 дню лечения. На 5 и 6 неделе Афобазол достоверно превосходит диазепам по редукции когнитивной тревоги. По редукции соматической тревоги к 3 недели действие афобазола достигает уровня терапевтического действия диазепама. Препарат не вызывает привыкания и синдрома отмены. Оптимальная разовая доза 10 мг., суточная - 30 мг., распределенная на 3 приема в течение дня. Принимается внутрь, после еды. Лечение должно проводиться в режиме оптимальных доз как минимум 3-4 недели, до развития анксиолитического эффекта, а после купирования анксиолитической симптоматики - не менее 1 месяца. При отсутствии эффекта терапии Афобазолом в течение 5-6 недель препарат следует отменить. Отмену можно производить одномоментно, заменяя лечение на другой препарат.

Вегетостабилизирующим действием, абсолютно безопасным, обладает гомеопатический препарат *вертигохель* (В.А. Тихоненко, М.А. Елфимов, 2002; Х.-Х. Реккевег, 1996; А.Л. Степанов, Ю.Г. Перевертова, 2004), он назначается по 10 капель 3 раза в день в небольшом количестве воды, курс лечения 1-1,5 месяца.

При невозможности использовать бензодиазепиновые транквилизаторы, хорошим заместителем является анксиолитик **атаракс** (25-100 мг, в сутки) (А.С. Аведисова, Д.В. Ястребов, 2007).

Астенические синдромы. В задачи фармакотерапии астенических синдромов входит воздействие как на собственно астеническую симптоматику (утомляемость, физическую и психическую слабость, непереносимость нагрузок), так и на раздражительную слабость, вегетативные нарушения, расстройства настроения и сна.

Обязательным компонентом терапевтического комплекса являются препараты метаболического ряда - ноотропы: **ноотропил**, **пирацетам** (120-240 мг в сутки), **танакан** (240 мг в сутки), **глицин** (200-300 мг в сутки), **пикамилон** (0,04-0,08 г в сутки), комплексный гомеопатический препарат **церебрум композитум** (2,2 мл в/м через день, курс – 10 инъекций).

Каждый ноотроп имеет свои особенности клинического действия, но в обобщенном виде клинический эффект имеет следующие стадии: на первом этапе (7-10 дней) происходит редукция астенического компонента, уменьшаются слабость, утомляемость. Через 10-14 дней уменьшаются соматические симптомы: головокружение, шум в ушах, фотопсии, головные боли.

На третьей неделе терапии происходят изменение настроения и рост поведенческой активности.

Выраженное анксиолитическое действие особенно выражено у препарата **церебрум композитум**, его следует применять по 2,2мл в/м или внутрь через день.

Новый ноотропный препарат - **ноопепт** по сравнению с пирацетамом является предпочтительным, так как обладает высоким профилем безопасности. (Г.Г. Незнамов, Е.С. Телешева, 2008; De Wied D, 1995; О.С.Левин, 2006; И.В. Дамулин, 2004). Это утверждение подтверждается результатами сравнительного изучения ноопепта и пирацетама при лечении больных с легкими когнитивными нарушениями при органических заболеваниях головного мозга сосудистого и травматического генеза. Препарат назначается утром и днем по 10 мг. Ноопепт улучшает память, внимание, повышает способность к восприятию и оценке реальности, обладает вегетостабилизирующим действием, способствует уменьшению головных болей и ортостатических нарушений. Особенно препарат показан при легких когнитивных нарушениях, что крайне важно с практической точки зрения, так как на этой стадии церебральной недостаточности терапевтические меры могут быть наиболее эффективными. Терапевтическое действие препарата проявляется с 5-7го дня лечения. Ноопепт не кумулируется в организме, не вызывает лекарственной зависимости. При отмене препарата не наблюдается синдром отмены. Длительность курсового лечения 1,5-3 месяца.

С целью повышения неспецифической резистентности рекомендуется, наоборот, **пикамилон** (В.И. Бронский, 2005), имеющий не только пртивостенические и стресс-протективные, но и антидепрессивные свойства. По мнению автора, препарат обладает преимуществами перед другими ноотропами большей интенсивностью действия при эндоназальном электрофорезе.

Сопоставляя в каждом отдельном случае пользу и вред, получаемых в результате психофармакологического лечения, нередко при лечении астенических расстройств выбор падает на использование гомеопатических препаратов. В частности, при астенических состояниях хорошо зарекомендовали себя такие препараты как **валерианахель** (Г.М. Румянцева с соавт., 2002, 2003; Т.М. Левина, Т.Н. Соколова, 2001), **нервохель** (Г.М. Румянцева с соавт., 2005), **церебрум композитум** (Г.М. Румянцева с соавт, 2007; Г.М. Румянцева с соавт., 2005; Х.-Х. Реккевег, 1996).

Валерианахель способствует гармонизации психических процессов, более легкой

адаптации в социуме, редуцирует амбулаторно выраженную тревогу, повышенную нервную возбудимость, чувство страха, улучшает работоспособность. Рекомендуются принимать по 10 капель. 3 раза в день в течении 1,5- 2х месяцев. Противопоказаний и осложнений не выявлено.

Нервохель обладает умеренно выраженным антидепрессивным, легким седативным и противосудорожным действием. Показан при повышенной нервной возбудимости, психосоматических нарушениях, нарушениях настроения. Назначают по 1 табл. 3раза в день. Курс терапии 1,5- 2 месяца.

При наличии выраженных симптомов головокружения в рамках астенических расстройств рекомендуется использование комплексного гомеопатического препарата *вертигохель* (10 кап 3 раза в день). Было выявлено устойчивое положительное его действие с выраженной редукцией указанной патологии. В процессе терапии больные переставали испытывать головокружения, ощущение "неясной головы", шум в ушах, значительно снижались утомляемость, физическая слабость, непереносимость жары и духоты. Одновременно редуцировались раздражительность, гневливость, ослабевала ипохондрическая фиксация, беспокойство, слезливость и гиперсензитивность, заметно снижались признаки вегетативной дисфункции (А.Л. Степанов, Ю.Г. Перевертова, 2004).

Обсессивно-фобические синдромы. Фобические нарушения, возникающие в ситуации экологического неблагополучия, как было сказано выше, представлены в основном нозофобиями, связаны с общим уровнем тревоги и не отличаются стойкостью и терапевтической резистентностью. Эффекта можно достичь уже в процессе рациональной психотерапии. В случаях фиксации фобий рекомендуется *нервохель* в той же дозировке или транквилизаторы - *диазепам* (30-40 мг в сутки), *феназепам* (3-6 мг в сутки), *атаракс* (до 100 мг в сутки). При устойчивых обсессивно-фобических нарушениях рекомендуется лечение у психиатра.

Истероформные нарушения. Особенностью лечения этой патологии является присоединение к терапевтическому комплексу нейролептических препаратов на более ранних этапах. Фенотиазиновые производные с мягким общеседативным действием (*терален* - 15-20 мг в сутки, *меллерил* - до 100 мг, *неулептил* - до 30-40 мг) способствуют уменьшению истероневротических проявлений, снижению аффективной лабильности, соматовегетативных нарушений. Большую роль в лечении этой патологии имеют психотерапия и психологическая помощь.

Лечение психоорганических расстройств препаратом *танакан*. Применение танакана (Г.М. Румянцева с соавт.,1999) обусловлено его метаболическим действием, влиянием на патогенетические механизмы ишемического повреждения головного мозга и антидепрессивными свойствами. Танакан - церебропротектор растительного происхождения, назначается больным с различными вариантами психоорганического синдрома в дозе 240 мг в сутки в течение от 2-х до 6 месяцев. При этом сохраняется назначение других препаратов лишь для лечения сопутствующей патологии, а также для купирования расстройств сна. Предпочтительным является назначение танакана в жидком виде.

Клиническое действие танакана наблюдается через 4-7 дней. На первом этапе происходит редукция астенического компонента и увеличение активности пациентов. Через 7-10 дней уменьшаются соматические симптомы: головокружения, шум в ушах, фотопсии, головные боли. Одновременно в эти сроки происходит изменение аффективного компонента - редуцируется подавленность, напряжение, в меньшей степени - тревога. Через уменьшение астенического компонента улучшается настроение. К концу второй недели терапии отмечается рост поведенческой активности, улучшение когнитивных функций;

увеличивается объем восприятия; мышление, речь, моторика оживляются. Наблюдается повышение социальной активности, уменьшается склонность к ипохондрической фиксации на своих недомоганиях. Выявлена положительная динамика при лечении психоорганического синдрома сочетанием препарата танакан с эуфиллином: танакан -160 мг. в сутки (2 раза в день в течение 6 недель), эуфиллин - 480 мг. в сутки (2,4% раствор - 20 мл.) внутривенно капельно, курс - 20 инъекций (В.Н. Краснов с соавт., 2004; Г.М. Румянцева с соавт., 2007). Применяемая комбинация приводит к достоверной редукции не только показателей астенического и психовегетативного симптомокомплекса, но и проявлений гипотимии. Предполагается, что депрессивные и другие симптомы аффективного спектра редуцируются вторично за счет снижения выраженности астенических и тягостных алгических нарушений.

4.2. Психотерапия психических нарушений у жителей территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС

Все психотерапевтические приемы подчинены единой программе, направленной на основные этиопатогенетические звенья стрессовых нервно-психических расстройств. Содержание и цели этой программы могут быть суммарно представлены следующим образом:

- разъяснение больному некоторых патогенетических механизмов невротических расстройств, которые проявляются в связи заболевания с хронической стрессовой ситуацией, опасение возможных негативных последствий для здоровья, изменение быта и жизненного стереотипа, утяжеление социально-экономической ситуации), а также в психической природе жалоб аффективного, астенического, соматоформного, обсессивно-фобического и ипохондрического характера;
- изменение отношения больного к психотравмирующей ситуации, принятие этой ситуации, осознание ее долговременности и необходимости длительной адаптации;
- коррекция личностных установок и поведения больного, его внутренней позиции, помощь в изменении внутренней картины болезни, если это необходимо;
- направленное воздействие на отдельные проявления болезни (в частности, на фобические, астенические, истерические, соматоформные, аффективные расстройства).

По мнению ряда исследователей (Т.А. Марченко, 2005; В.И. Бронский, 2005; В.В. Филиппенко, 1998), при лечении жителей загрязненных территорий наиболее эффективны когнитивно ориентированные методы и значительно менее результативны методы, обращенные к бессознательным механизмам (нейролингвистическое программирование, трансактный анализ).

Среди психотерапевтических методик в практике врача-интерниста основное значение имеет ***рациональная психотерапия***. Она направлена на уменьшение интенсивности или снятие переживаний, связанных с экологическим стрессом.

Необходимо в доступной доброжелательной форме разъяснять пациентам сущность экологических проблем, давать достоверную информацию о реальной ситуации, о поведенческих контрмерах, предотвращающих наступление негативных эффектов, сведения о реальных медицинских последствиях экологической катастрофы. Давая пациентам необходимые знания по защите от экологических вредностей, врач тем самым убеждает их в

подконтрольности сложившихся обстоятельств, предоставляет им самостоятельно решать свою судьбу и будущее близких.

При этом необходимо, чтобы врач имел достаточно высокий уровень знаний экологических проблем и у больных возникло доверие к получаемой информации.

Прямолинейные утверждения о бессосновательности опасений вызывают только чувство "отстраненности" от врача, поэтому эффект рациональной психотерапии в значительной степени зависит от его бережного, чуткого отношения к страхам и тревогам пациентов. При директивном стиле общения может возникнуть эффект, прямо противоположный ожидаемому - эффект "информационного бумеранга".

Полные и правдивые сведения, полученные пациентами, способствуют уменьшению когнитивного диссонанса - "пассивного дистресса", принятию сложившейся ситуации, уменьшению тревоги и психической дезадаптации.

Другим направлением рациональной психотерапии в практике врача-интерниста является разъяснение сущности невротических расстройств, механизмов их возникновения. Врачу необходимо корректно подчеркнуть, что пугающие и беспокоящие симптомы являются не признаками заболеваний, связанных с экологическими факторами, а закономерной реакцией на эмоциональный стресс. В подтверждение можно привести индифферентные примеры эмоциональных и соматовегетативных связей, например, сердечно-сосудистая мобилизация, появляющаяся у здоровых людей в состоянии эмоциональной напряженности (страха, волнения, тревоги), возможность возникновения язвенной болезни желудка в результате длительных, истощающих стрессовых ситуаций и др. Завершить подобные разъяснения следует утверждением, что невротические состояния могут быть тягостны, неприятны, но не опасны. Принятие врачом проблем больного, согласие с тем, что они существуют для пациента реально, является важным этапом в формировании доверия и создает возможность для перехода к следующему этапу психотерапии - обсуждению механизмов возникновения симптомов. Анализ врачом стрессовой ситуации, отношения к ней больного и механизмов формирования симптомов особенно важны при лечении пациентов с тревожными, астеническими, соматоформными проявлениями. В конечном итоге существенно добиться, чтобы пациент принял сложившуюся ситуацию и смог самостоятельно или с помощью врача выработать рациональные формы поведения и реагирования в сложившихся обстоятельствах.

Несколько отличаются приемы рациональной психотерапии, применяемые при лечении больных с истерическими проявлениями. Если при других невротических расстройствах осознание больным психогенной природы болезненного состояния приносит значительное облегчение и сопровождается уменьшением тревоги, то у пациентов с истерическими проявлениями разъяснения врача могут вызвать обиду, раздражение, вплоть до желания "доказать" серьезность и тяжесть имеющихся у него нарушений. В этих случаях желательно, используя примеры из истории жизни и болезни пациента, показать, что он сам способен оказывать положительное влияние на испытываемые им тягостные ощущения. Перенос акцента с эгоцентрического полюса с самооплакиванием и поиском виновных на поощрение активной регуляции болезненных нарушений нередко дает положительные результаты.

Тактика рациональной психотерапии в отношении больных с так называемым "фаталистическим" типом внутренней картины болезни также имеет некоторые особенности. Эти пациенты чаще всего настолько категоричны в своих утверждениях о приоритете физического действия экологической вредности, что не поддаются прямому разубеждению. В этих случаях чаще целесообразно сначала согласиться с их представлениями о происхождении болезни и поддержать желание больных пройти специальное обследование.

Полученный в процессе обследования негативный результат в дальнейшем возможно использовать при рациональной психотерапии.

В работе с больными с так называемым "рентным" типом внутренней картины болезни желательно использовать положения законодательства по преодолению последствий экологической катастрофы и ориентировать больного на максимальное использование полагающихся льгот и компенсаций. В то же время необходимо показать больному, что если он остается жить на экологически неблагополучной территории, то в его интересах приблизить условия жизни к оптимальным. А для этого необходимо переключиться на решение семейных, межличностных и других проблем, думать о собственном благополучии, а не искать виновных.

Семейная психотерапия также является важным методом снижения психической напряженности населения.

По мнению Т.А. Марченко, это связано с большим количеством семейных проблем у населения после радиационной аварии (страх за детей, опасения за здоровье будущего потомства, сексуальные проблемы и т.д.).

ГЛАВА 5. ФОРМЫ И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

5.1. Основные принципы медико-психологической и психотерапевтической помощи жителям территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих психическими нарушениями

Все реабилитационные программы тесным образом связаны с информационной политикой. Результаты многочисленных исследований (В.В. Евсеенко, 2007; И.А. Зыкова, Г.В. Архангельская, 2007; Т.А. Марченко, 2005; Т.Б. Мельницкая, 2007) показывают, что жители недостаточно информированы о последствиях катастрофы и мерах, направленных на их минимизацию.

Безусловно, информирование населения должно носить жизнеутверждающий характер и ориентироваться на возвращение людям чувства уверенности в своих силах и возможности преодоления комплекса «жертвы». Важное место занимает и информирование о предоставляемых социальных льготах и гарантиях.

Особенности этиопатогенеза и клиники психических нарушений у жителей районов экологических бедствий определяют структуру медико-психологической и психотерапевтической помощи, которая должна основываться на следующих принципах:

- доступность всем слоям населения. Каждый человек должен иметь возможность получить квалифицированную консультацию у психолога или другого специалиста, желательно вне стен медицинского учреждения;
- многоступенчатость помощи, наличие в ее структуре разного типа учреждений: от центров психологической поддержки до психотерапевтических отделений в стационарах;
- активная обращенность к населению всех звеньев медико-психологической службы. Проведение действенной рекламы, интересных лекций, бесед, клубной работы, направленной на формирование у населения более высокого уровня ответственности

за свое здоровье, понимания механизмов возникновения различных невротических симптомов;

- анонимность консультаций и психотерапевтической помощи;
- соблюдение врачебной тайны;
- компетентность специалистов не только в области психологии, но и экологической безопасности. Врачи общего профиля, психологи и психиатры, работающие в структуре медико-психологической помощи, должны быть компетентны в проблемах экологической обстановки и ее изменениях, а также возможных медицинских последствий и их профилактики;
- наличие конкретной максимально полной информации об экологической и санитарно-гигиенической обстановке в регионе, а также учреждениях, ответственных за решение экологических и социальных проблем.

5.2. Формы психологической и психотерапевтической помощи жителям территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих психическими нарушениями

Система медико-психологической помощи должна состоять из следующих подразделений, тесно взаимодействующих друг с другом:

1. Центры социально-психологической реабилитации, которые могут быть созданы специально Министерством по чрезвычайным ситуациям либо организованы как отделения в структуре уже существующих учреждений. В их функции входят оказание психокоррекционной помощи, информационная, просветительская, клубная работа с населением. В структуре Центров имеется группа социальных работников.
2. Психотерапевтические кабинеты в поликлиниках.
3. Психосоматические отделения в стационарах.
4. Телефон экстренной медико-психологической помощи (телефон доверия).
5. Семинары для обучения врачей-интернистов, психологов и психотерапевтов и социальных работников по вопросам диагностики, профилактики и лечения невротических и психосоматических расстройств.

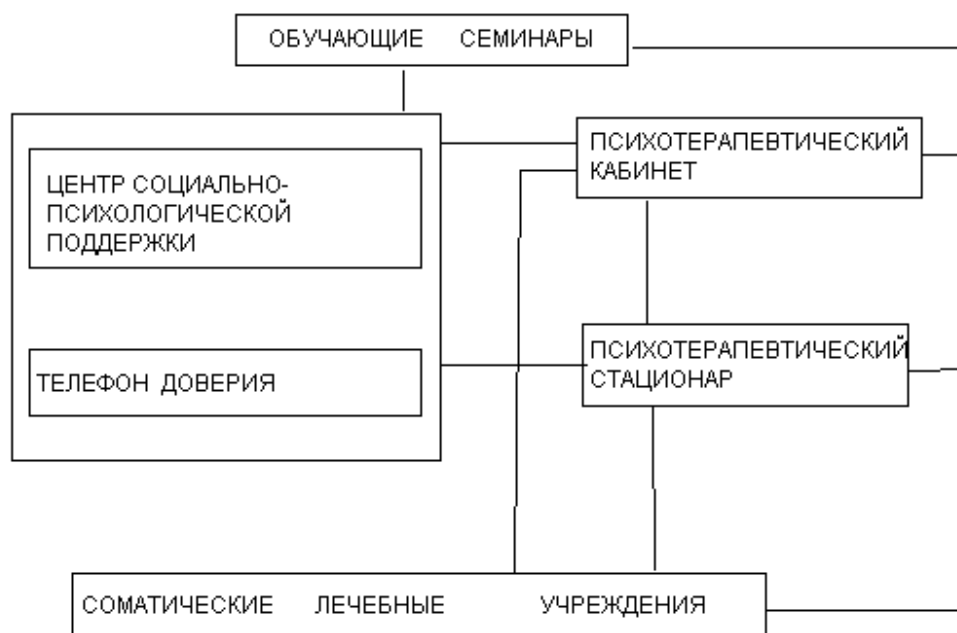


Рисунок 5

5.3. Подходы к психологической помощи жителям территорий, загрязненных в результате аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих психическими нарушениями.

Специфическая психологическая помощь больным с пограничными психическими расстройствами требует специальных знаний и должна осуществляться подготовленными специалистами. Однако, учитывая широкое распространение среди населения невротических симптомов, врачу интернисту необходимо иметь определенный минимум знаний по их лечению, которые можно использовать в каждодневном общении с пациентами.

Психологическая помощь должна осуществляться психологами в рамках психотерапевтических кабинетов и отделений или центров психологической реабилитации.

Основой для реализации программ медико-психологической помощи являются результаты психологического обследования. Психологическая диагностика позволяет получить наиболее полную картину функционального психического состояния, особенностей познавательной, эмоционально-личностной сфер пациента независимо от субъективного восприятия врача, а также измерить интересующие врача и психолога параметры. При этом используются как проективные (непрямые, скрытые), так и прямые методы, направленные на оценку высших психических функций, эмоционального состояния, внутренней картины болезни, степени изменения работоспособности, особенностей личности. Данные психодиагностического исследования используются в психотерапии больных для оценки эффективности разных видов терапии, способствующих редукции болезненных явлений и повышению адаптации. Предпочтение отдается более кратким методам, доступным лицам с любым уровнем образования.

Психологическая помощь включает в себя ***психологическое консультирование*** по всем сложным личностным, семейным и социальным проблемам, возникающим перед больными. Это длительный процесс выявления и формулировки проблемы, которую пациент очень часто не осознает или не хочет осознавать. В процессе совместной работы психолог помогает ему найти пути решения проблемы и выхода из кризиса.

Важное место отводится ***семейному консультированию***. Нарушение системы взаимоотношения с миром и самим собой в первую очередь проявляется на уровне малого сообщества, каковым является семья. Наиболее часто отмечаются изолированность в семье, ситуация развода, одиночество, сексуальные проблемы. Частым объектом семейной психотерапии становятся дети и взаимоотношения с ними.

Одним из методов психологической помощи является ***социальное медиаторство***, получившее развитие именно в ситуации последствий экологической катастрофы. Это психологическое посредничество между пациентами и социальными институтами, местными властями и медицинской сетью, эффективные и нетравматичные контакты с которыми у них затруднены в силу состояния здоровья и психологических причин. Меры помощи в таких случаях включают построение (совместно с больным) адекватной стратегии поведения, коррекцию личностной позиции больного, прямые контакты психолога с представителями официальных структур с целью объяснения потребностей пациента и поиска способов их решения.

Социальная поддержка также является одной из важных форм реабилитации. Она заключается в информации и разъяснении по специальным и правовым вопросам, помощи в решении медико-юридических вопросов, разъяснении прав, привилегий и других законодательных инициатив, касающихся здоровья. Социальная поддержка становится

особенно важной в случае необходимости решения вопросов экспертизы трудоспособности или связи тех или иных заболеваний с факторами аварии.

Реабилитация – это интегративный процесс, основными задачами которого является развитие и укрепление у пострадавших умения справляться с изменившимися условиями жизни, принятия на себя ответственности за своё здоровье и будущее, поддержка и развитие самоэффективности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В предложенном Руководстве объединены современные представления о психолого-психиатрических последствиях радиационной аварии на Чернобыльской АЭС для населения загрязненных территорий.

Многочисленные исследования, проведенные на протяжении более 20 лет, обнаружили высокую распространенность различных невротических синдромов, которые большинством авторов расцениваются как «социально-стрессовые», «информационно-стрессовые», «стрессзависимые». В возникновении этих расстройств важную роль играют собственно радиационные, информационные, социально-экономические и др. факторы, причем приоритетность факторов меняется со временем. В настоящее время наряду с опасениями за здоровье, особенно следующих поколений, значимыми факторами остаются социально-экономические.

Клиническая картина психических нарушений определяется отдельными синдромами, преимущественно тревожными и астеническими, которые и через 20 лет после аварии распространены у 70-80% населения. Причем, у разных возрастных и социальных групп преобладают или тревожность (у молодёжи), или апатия (у пожилых людей).

Психические нарушения включаются в картину соматических расстройств, утяжеляя их течение, формируя психосоматическую патологию, и внося определённый вклад в психоорганические расстройства позднего возраста.

Терапия и реабилитация больных с этими проявлениями должна быть комплексной, основываться на достоверной и адекватной информации, включать препараты разнонаправленного действия, психотерапию, психологическую и социальную помощь пострадавшему населению.

Чернобыльская авария относится к чрезвычайным ситуациям с долговременным воздействием на психическое здоровье, поэтому все предложенные меры имеют долгосрочный характер.

Система реабилитации, разработанная в постчернобыльской ситуации, является примером помощи в любой катастрофе с долговременными последствиями.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова.А.С., Чахава В. О.,Лесс Ю.Г. и др. Новый анксиолитик афобазол при терапии тревожного расстройства (результаты сравнительного исследования с диазепамом). //Ж.Психиатрия и психофармакология, № 3.- 2006. - С. 16-19.
2. Аведисова А.С., Гошчаров В.А. Пролонгированный антидепрессант Триттико при терапии невротической депрессии. //Ж.клинической и социальной психиатрии.- 1993.-№3. С. 58-63.
3. Аведисова А.С. Особенности психофармакотерапии больных с пограничными психическими расстройствами (клинико-фармакологическое действие антидепрессантов, ноотропов и гипнотиков). Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. 1999.
4. Аведисова А.С., Ястребов Д.В. Использование заместительной терапии анксиолитиком атараксом при отмене бензодиазепиновых транквилизаторов. //Ж. Психиатрия и психофармакотерапия, №3. – 2007.- С. 37-41.

5. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Мартюшов А.Н. Динамика психической дезадаптации в условиях хронического стресса у жителей районов, пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС. // Ж.невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, т. 91, вып. 12, 1991 г.
6. Архангельская Г.В., Зыкова И.А., Храмов Е.В. Социально-психологические последствия крупных радиационных аварий. // Пособие.-С.-Петербург, 2006, 32 с.
7. Архангельская Г.В. Мониторинг социально-психологических эффектов у населения радиоактивно-загрязненных территорий. /Пособие для врачей. Авт. Архангельская Г.В., Зыкова И.А. // Спб, 1999, утв. 19 февр. 1999 г. — 25 с.
8. Архангельская Г.В., Зыкова И.А. Мониторинг радиотревожности. Международный журнал радиационной медицины, 5(1-2), 2003, с.146-151.
9. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П. и др. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях (по материалам аварии на ЧАЭС) // Журн.невропатологии и психиатрии. - 1989. - Т.89, вып.5. - С.111-116.
10. Антонов В.П. Радиационная обстановка и ее социально-психологические аспекты. Киев: Знание, 1987 - 48 с.
11. Барабой В.А. Особенности биологического действия ионизирующего излучения в малых дозах // Врачеб. дело.- 1991.- № 7.- С.111-112.
12. Бриллиант М.Д., Воробьев А.И., Гочин Е.Е. Отдаленные последствия действия малых доз ионизирующей радиации на человека // Терапевт. архив.- 1987.- №6.- С.3-8.
13. Бронский В.И. Приспособительные психофизиологические механизмы и психосоматическое здоровье критических групп населения на радиоактивно загрязненных территориях. - Гомель, ИММС НАНБ, 1999, - 187 с.
14. Бронский В.И. Социально-стрессовые расстройства и предпосылки реабилитации взрослого населения в отдаленном периоде Чернобыльской катастрофы. Автореф. дис. докт. мед. наук. С.Петербург. 2005. 41с.
15. Василенко И.Я. Малые дозы ионизирующей радиации // Мед. Радиология. -1991.- №1.- С.48-51.
16. Гайдук Ф.М.//Чернобыльская катастрофа и медико-психологическая реабилитация пострадавших.- Минск.-1992.-С. 64-66.
17. Гончар П.С. Опыт исследования PTSD-синдрома у лиц, пострадавших во время аварии на Чернобыльской АЭС. Психология травматического стресса сегодня. - Тезисы докл. междунар. конф.12-15 мая 1992, Киев. С.25.
18. Григорьев А.Ю. Индивидуальная радиочувствительность.- М., 1991.- 80с.
19. Гуськова А.К. Медико-психологические последствия аварийной ситуации и их преодоление. // Бюллетень по атомной энергии, 3-4,2001,С.38-42.
20. Гуськова А.К. Радиация и мозг человека.// Медицинская радиология и радиац. безопасность. 2001, Т.46, N 5, с.47-55.
21. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения. Методическое пособие для врачей. М. РКИ. 2004.
22. Деденко И.К. Эфферентные методы лечения радиационных и токсических энцефалопатий / И.К. Деденко, А.В. Стариков, В.Ф. Торбин, В.М. Пострелко.- Киев, 1998.- 398с.
23. Дробишев М.Ю., Сыркин А.Л., Полтавская М.Г. Гелариум Гиперикум при лечении депрессий в общесоматической сети.// Ж. Психиатрия и психофармакология ,№5. 2002.- С. 198-199.
24. Зубовский Г.А., Холодова Н.Б. Неврологический статус участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. // Мед. радиология - 1993.-12- с.31-34.
25. Зыкова И.А., Архангельская Г.В. Радиотревожность населения загрязненных территорий и меры по её снижению.//Пособие для специалистов служб Роспотребнадзора.- Санкт-Петербург, 2007.- 17 с.
26. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Мохначев С.О. Результаты слепого плацебо-контролируемого клинического исследования отечественного препарата азафен (пипофезин).//Ж. Психиатрия и психофармакология им. Б.Г. Ганнушкина.№2.Т.9. 2007.С. 33-37.
27. Иванов В.К., Цыб А.Ф., Иванов С.И. Ликвидаторы чернобыльской катастрофы: радиационно-эпидемиологический анализ медицинских последствий. - М.: Галанис, 1999.- 312 с.
28. Ильин Б.Н. Биологические и медицинские аспекты действия малых доз радиации // Радиационная гигиена.- Л., 1986.- С.27-35.
29. Каган В.Е., Креславский Е.С. Медико-психологическая оценка посттравматических стрессовых расстройств у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС. // Обозрение психиатрии и мед. психологии. - 1993.- 3 -С.102-104.

30. Козлова И.А., Пуховский А.А., Рябухин В.Ю. Психологическое и психиатрическое исследование детей, проживающих в Калужской и Брянской областях России (последствия Чернобыльской аварии) // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова, - 1995.- т.95, N 1.- с. 70-74.
31. Коломинский Я.Л., Пергаменщик Л.А. Симптоматика психических расстройств у пострадавших от Чернобыльской катастрофы // Чернобыльская катастрофа: диагностика и медико-психологическая реабилитация пострадавших. Сборник материалов конференции. - Минск, 1993. - С. 43-44.
32. Королев В.Д., Михалевич П.Н. // Чернобыльская катастрофа и медико-психологическая реабилитация пострадавших. - Минск.- 1992. - С. 27-28.
33. Краснов В.Н. с соавт. Терапия психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на чернобыльской АЭС. \Состояние здоровья ликвидаторов последствий аварии на чернобыльской АЭС.-М., 2004. С.51-65.
34. Крыжановская Л.А. Клинические варианты церебрального синдрома у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. // Влияние Чернобыльской катастрофы на психическое здоровье населения. - Минск, 1992.- С.7-8.
35. Крыжановская Л.А. Клинико-психиатрические аспекты диагностики пограничных нервно-психических расстройств, возникших после Чернобыльской катастрофы. Чернобыльская катастрофа: диагностика и медико-психологическая реабилитация пострадавших. Сб. материалов конф. - Минск, 1993. - С.18-19.
36. Левин О.С. Диагностика и лечение умеренно выраженных когнитивных нарушений в пожилом возрасте. // Ж. Невропатология и психиатрия. -2006.- 8. - С. 421-49.
37. Левина Т.М., Соколова Т.Н. Валерианхель: возможности использования при неврастении. // Антигомотоксическая терапия психических заболеваний. Материалы научной конференции. Москва, 9 ноября 2001. С. 38-41.
38. Ливанов М.Н. Некоторые проблемы действия ионизирующей радиации на нервную систему. М., 1962. 196с.
39. Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Психические нарушения радиационного генеза (клиника, патофизиология, терапия). – М., 2005.- 233 с.
40. Марченко Т.А. Медико-психологическая реабилитация населения, пострадавшего в крупномасштабных радиационных катастрофах, в отдаленном периоде: концепция, принципы, технологии (на примере аварии на Чернобыльской АЭС): Автореф. дис. д-ра мед. наук.- СПб., 2005.- С.48.
41. Марьин М.И., Ефанов И.Н., Ловган С.И. Психические состояния пожарных, работающих на Чернобыльской АЭС в поставарийный период. Психология травматического стресса сегодня Тезисы докл. междунар. конф. 12-15 мая 1992,-Киев.- С.66-67.
42. Мешков Н.А., Рыжов Н.И., Кузнецова Г.Д. и др. Отдаленные последствия радиационных воздействий на неврологический статус организма. // Воен.-мед. журн.-1993,-4- С. 70-73.
43. Моляко В.А. Формирование образа экологической катастрофы на примере Чернобыльской атомной аварии. Вопр. психол. 1992, N5-6. С. 16-22.
44. Моляко В.А. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы // Психол. журн.-1992.-Т.13- 1- С.135-148.
45. Морозов А.М., Крыжановская Л.А. Клиника, динамика и лечение пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. – Киев, 1998. – 332 с.
46. Нагорная А.М. Психоэмоциональное состояние населения, пострадавшего в результате аварии на Чернобыльской АЭС и его зависимость от средств массовой информации. Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. Материалы междунар. конф.- Киев, 1995. - С.182.
47. Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Чумаков Д.В. и др. Новый анксиолитик афобазол.// Ж. Психиатрия и психофармакология.- 2005. №4. С.35-40.
48. Незнамов Г.Г., Телешова Е.С. Результаты сравнительного изучения ноопепта и пираретама при лечении больных с легкими когнитивными нарушениями при органических заболеваниях головного мозга сосудистого и травматического генеза.// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. № 3.- 2008.- С 33.
49. Нечипоренко В.В., Рудой И.С. Динамика психического и соматического здоровья облученных "малыми" дозами при аварии на Чернобыльской АЭС.//Актуальные проблемы психиатрии войн и катастроф. - СПб., 1997.- С.152-165.

50. Нягу А.И. Психоневрологические и психологические аспекты последствий аварии на Чернобыльской АЭС. // Вестник АМН СССР. -1991.-11- С.31-32.
51. Нягу А.И., Напреенко А.К., Харченко А.П. и др. Диагностика и лечение психоневрологических расстройств у пострадавших в связи с аварией на Чернобыльской АЭС. Методические рекомендации. Киев, 1995. 45 с.
52. Нягу А.И., Нощенко А.Г., Логановский К.Н. Отдаленные последствия психогенного и радиационного факторов аварии на Чернобыльской АЭС на функциональное состояние головного мозга человека // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1992. Т.92, вып.4. - С.72-77.
53. Нягу А.И., Костюченко В.Г., Нощенко А.Г. и др. // Чернобыльская катастрофа и медико-психологическая реабилитация пострадавших. - Минск, 1992. - С. 78-82.
54. Нягу А.И. Логановский К.Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. Киев 1998, 350 с.
55. Пишель В.Я. Клинико-патогенетические особенности невротоподобных состояний у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Врачебное дело. 2000. №2. С.12-15.
56. Пушкарев А.Л., Домарацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. -М.: Изд-во Института психотерапии, 2000.- 128 с.
57. Реккеверг Х.-Х. Гомеопатическая гомотоксикология. - Смоленск: «Гомеопатическая медицина», 1996.
58. Румянцева Г.М. Кунцевич М.Г. Левина Т.М. Динамика психического здоровья жителей Гомельской области.// Актуальные вопросы пограничной психиатрии.-М.-1991.-С. 91-97.
59. Румянцева Г.М., Матвеева Е.С., Ромасенко Л.В., Левина Т.М. и др. Распространенность психических расстройств среди населения, вовлеченного в экологическую катастрофу.// Ж. "Социальная психиатрия" N 4, 1994.- М.- С.31-37.
60. Румянцева Г.М., Левина Т.М., Грушков А.В. и др. Психическое здоровье населения некоторых регионов России.//Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева N2, 1995.- С 54-66.
61. Румянцева Г.М., П.Аллен, Левина Т.М. и др. Роль радиационных и психологических факторов в формировании невротических симптомов у населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС.// Ж. Медицина катастроф.- 4(16), 1996, С.61-70.
62. Румянцева Г.М., Лебедева М.О, Левина Т.М и др. Хронический экологический стресс и посттравматические стрессовые расстройства у населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС. // Старые и новые проблемы пограничной психиатрии.-М.-1997.
63. Румянцева Г.М., Марголина В.Я., Плыплина Д.В., Левина Т.М., Чинкина О.В. Особенности восприятия радиационного риска населением, проживающим на загрязненных после аварии на ЧАЭС территориях. //Перспективы развития экологического страхования в газовой промышленности. Сб. научных трудов. М., 1998. С.127-136.
64. Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М. и др. Радиационные катастрофы и психическое здоровье населения. // Российский психиатрический журнал N2, 1998. - С.35-40.
65. Румянцева Г.М., Милопольская И.М., Грушков А.В. и др. Эффективность лечения препаратом танакан больных психоорганическим синдромом пограничного уровня, получивших в прошлом различные дозы ионизирующего облучения. Российский психиатрический журнал. 1999 -№3- с 31-36.
66. Румянцева Г.М., Соколова Т.Н., Левина Т.М. Применение препарата валерианхель при терапии невротозов с соматической отягощенностью. // Ж. Новые лекарственные препараты. Выпуск 6, 2002. С. 19-27.
67. Румянцева Г.М., Соколова Т.Н., Левина Т.М., Перевертова Ю.Г. Валерианхель. К вопросу о лечении неврастении. // Ж. Биологическая медицина 2003 № 2. С. 35-39.
68. Румянцева Г.М., Степанов А.Л., Левина Т.М. Эффективность препарата Рексетин при обсессивно-компульсивных расстройствах.// Ж. Психиатрия и психофармакология.-№5.-2005. С. 292-294.
69. Румянцева Г.М., Левина Т.М., Соколова Т.Н. и др. Способ антигомотоксической терапии сосудистых заболеваний головного мозга. Патент N 2262348, 20 октября 2005.
70. Румянцева Г.М., Левина Т.М., Чинкина О.В., Степанов А.Л. Комплексная терапия и реабилитация участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих психическими нарушениями. Руководство для врачей.- М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава»// Под общей редакцией академика РАМН Т.Б.Дмитриевой.- 2007.- 152 с.

71. Смулевич А.Б., Андриющенко А.Ф., Романов Д.В. и др. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости афобазола). Ж. Психические расстройства в общей медицине. 2006. № 6, с 10-16.
72. Солдаткин В.А. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (клинико-патогенетический анализ). Автореферат дисс. канд. мед. наук, Москва, 2002, 24 с.
73. Ставицкий Р.В. Оценка реакции организма человека на однократное облучение в малой дозе / Р.В. Ставицкий, В.П. Гуслистый, И.В. Ковальчук и др. // Медицинская радиология и радиационная безопасность. -1999. -№3.- С.66-72.
74. Степанов А.Л., Перевертова Ю.Г. Исследование воздействия препарата вертигохель на симптомокомплекс головокружений в рамках пограничных психических расстройств. Биологическая медицина.- 2004.-№1.- С. 26-29.
75. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы //Психол.журн. 1992. Т.13. N2. с.14-29.
76. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Психологический журнал.-1994.- Т. 15.- N 5.- С.67-77.
77. Тарабрина Н.В., Петрухин Е.В. Психологические особенности восприятия радиационной опасности.// Психологический журнал, Т.15, №1,1994, С 47-71.
78. Тихоненко В.А., Елфимов М.А. Применение препаратов траумель С и вертигохель в клинике пограничных психических расстройств травматического генеза // Биологическая медицина.- 2002.- № 1.- С. 35-41.
79. Ференц В.П., Прилипко В.А. // Бюллетень по атомной энергии. ЦНИИАтоминформ, 4,2002. - С. 22-24.
80. Фестингер Л. Когнитивный диссонанс, СПб.: Ювента,1999, 318 с.
81. Филипенко В.В. Психоневрологический статус людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения // Здравоохранение Беларуси – 1993-6 - С.5-9.
82. Хавенар Й.М. После Чернобыля. Исследование психологических факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы (перевод с английского). - М., 1996, 189 с.
83. Цыганков Б.Д. Клиника и патогенетическая терапия психических нарушений у больных метаболической энцефалопатией радиационного генеза: Дисс. канд. мед. наук. М., 2001. 133с.
84. Чумаков Д.В. Клинико-фармакологическая характеристика нового анксиолитика афобазола. Дисс. канд. мед. наук. М. 2004.
85. Baum A., Fleming I., Davidson L.M. Natural disasters and technological catastrophe // Environment and Behavior. - 1983. - Vol.15. - P.333-354.
86. Bertazzi P. Industrial disasters and epidemiology // Scand.J. Work Environm. Hlth. - 1989. - Vol.15. - P.85-100.
87. Bromet E., Dew M.A. Review of psychiatric epidemiologic research on disasters // Epidemiol. Rev. - 1995. - Vol.17. - P.113-119.
88. Collins D.L., de Carvahlo A.B. Chronic Stress from the Goiania 137 Cs Radiation Accident Behaviour Medicine.1993.-V.18.-P.149-157.
89. Cuthbertson B.H., Nigg J.M. Technological disaster and the non-therapeutic community: A question of true victimization // Environm. Behav. - 1987. - Vol.19. - P.462-483.
90. Davidson L.M., Baum A. Chronic stress and posttraumatic stress disorders //Journal of consulting and clinical psychology.-1986, Vol. 54, No.3, P.303-308.
91. De Marchi B. //Disasters.- 1991.-15/3.-P.237-243.
92. Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. et al. Mental Health effects of the Tree Mile Island nuclear reactor restart// Am. J. Psychiatry. - 1987. - 144. - P. 1074 - 1077.
93. De Wied D. Neurochemical and psychopharmacological approaches to cognitive entracer. Kyoto. 1995.
94. Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.C., Kasl S.V., Warheit G.J. Technical Staff Anaiysis Report on Behavioral Effects to the President's Commission on the Accident at Three Mile Island.- Washington, 1979.
95. Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.C., Warheit G.J. et al. //Ann.NY Acad.Sci.- 1981.- 365.- P.159-174.
96. Egendorf A.N. Healing from the war: Trauma and transformation after Vietnam. Boston, 1985.
97. Egendorf A., Kadushin C., Laufer R., Rothbart G., Sloan L. Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of Veterans and Their Peers. N.Y.: Center for Policy Research, 1981.

98. Egendorf A.N.W The postwar healing of Vietnam Veterans. Recent research // Hospital and Community Psychiatry.-1982.-V.33.-P.901-908.
99. Fendrich J.M. The returning black Vietnam veterans // The Vietnam veteran in contemporary society. Washington, D.C., 1972.
100. Giel R. The psychosocial aftermath of two major disasters in the Soviet Union // J.Traum.Stress. - 1991. - Vol.4. - P.381-393.
101. Goldberg D. Manual of the General Health Questionary // NFER-NELSON Publishing Company Ltd, 1979.
102. Green B. Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions // J. Of Applied Social Psychology, 1990, 20 - p. 1632-1642.
103. Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C. Psychological effects of toxic contamination // Individual and community responses to trauma and disaster. - Cambridge Univ. Press, 1994.
104. Hodgkinson P.E. Technological disaster - survival and bereavement // Soc.Sci.Med. - 1989. - Vol.29. - P.351-356.
105. Horowitz M.J., Weiss D.S., Marmar C. Diagnosis of posttraumatic stress disorder // J. Nerv. Ment. Dis., 1987, 175, pp.276-277.
106. 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.
107. Horowitz M.J. Stress Response Syndromes. N.Y., 1976.
108. Jaworowski Z. Beneficial effects of radiation and regulatory policy // Australasian Physical & Engineering Sciences in Medicine. - 1997. - №20(3).- P.125-138.
109. Lazebnaya E.O., Zelenova M.E., Petrukhin E.V., Tarabrina N.V. Psychological Characteristics of "Invisible" stress victims". "Trauma, Memory and Dissociation." 10-th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, 5-9 Nov.1994, Chicago, Illinois, USA, p 78 (тезисы доклада).
110. Lee K.A., Vaillant G.E., Torrey W.C., Elder G.H. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat // Amer. J. Psychiat. - 1995. - Vol.152. - P.516-522.
111. Lechat M.F. The epidemiology of health effects of disasters // Epidemiol. Rev. - 1990. - Vol.12. - P.192-198.
112. Logue J.N., Melick M.E., Hansen H. Research issues and directions in the epidemiology of health effects of disasters // Epidemiol.Rev. - 1981. - Vol.3. - P.140-162.
113. Murphy S.A. Mediating effects of intrapersonal and social support on mental health 1 and 3 years after a natural disaster.//J. of Traumatic Stress, Vol. 1, No. 2, 1988.
114. Otake M., Schull W.J. Mental retardation in children exposed in utero to atomic bombs : ressesment //RERF TR .-1983.-p/1-83.
115. The International Classification of Diseases (I.C.D.-10): Mental, behavioral and developmental disorders. - Geneva, 1990.
116. Weisaeth L. Psychosocial reactions in Norway to nuclear fallout from the Chernobyl disaster //Collective responses to technological hazard.- New York, Peter Lang Publishing, 1991, P.53-80.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ШКАЛА САМООЦЕНКИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ЗАНГА

Выберите ответ, наилучшим образом описывающий то, как Вы чувствуете себя в настоящее время.					
1	Я чувствую угнетенность, подавленность	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
2	Я лучше всего чувствую себя утром	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
3	Временами я плачу или чувствую близость слез	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
4	Я плохо сплю ночью	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
5	Я ем больше, чем обычно	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
6	Я получаю удовольствие от того, что нахожусь среди привлекательных мужчин/женщин или общаюсь с ними	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
7	Я отмечаю потерю в весе	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
8	Меня беспокоят запоры	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
9	Мое сердце бьется чаще, чем обычно	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
10	Я устаю без видимой причины	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
11	Мои мысли такие же ясные, как и раньше	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
12	Мне легко выполнять привычную работу	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
13	Я беспокоен и не нахожу себе места	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
14	Я с надеждой гляжу в будущее	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
15	Я более раздражителен, чем раньше	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
16	Мне легко принимать решения	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
17	Я чувствую себя полезным и нужным	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
18	Я живу полной и интересной жизнью	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
19	Я считаю, что я в тягость другим	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
20	Я по-прежнему получаю удовольствие от того, что мне нравилось и раньше	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно

1	Чувствую себя более	очень	редко	значительную	большую часть времени или
---	---------------------	-------	-------	--------------	---------------------------

	нервным и тревожным, чем обычно	редко		часть времени	постоянно
2	Испытываю чувство страха совершенно без причины	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
3	Легко огорчаюсь и впадаю в панику	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
4	У меня ощущение, что я не могу собраться и взять себя в руки	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
5	Я чувствую, что со мной не случится ничего плохого	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
6	Мои руки и ноги дрожат и трясутся	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
7	У меня бывают головные боли, боли в шее и спине	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
8	Чувствую разбитость и быстро устаю	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
9	Я спокоен, могу усидеть на месте без особых усилий	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
10	У меня бывает учащенное сердцебиение	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
11	У меня бывают приступы головокружения	крайне редко	редко	часто	большую часть времени или постоянно
12	У меня бывают приступы слабости	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
13	Я дышу свободно	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
14	У меня бывает ощущение онемения и покалывания в пальцах рук и ног	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
15	У меня бывают боли и неприятные ощущения в желудке	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
16	У меня бывают частые позывы на мочеиспускание	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
17	Мои руки обычно сухие и теплые	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
18	Мое лицо горит и краснеет	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
19	Я легко засыпаю и сплю глубоким и освежающим сном	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно
20	Меня мучают ночные кошмары	очень редко	редко	значительную часть времени	большую часть времени или постоянно

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ОПРОСНИК ОБЩЕГО ЗДОРОВЬЯ (GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE – 28)

Пожалуйста, обведите ответы (по одному для каждого вопроса), которые в большей степени описывают Ваше здоровье за последний месяц.

a1. Чувствуете ли Вы себя вполне здоровым?			
Лучше, чем обычно	Так же, как обычно	Хуже, чем обычно	Намного хуже, чем обычно
a2. Чувствуете ли Вы потребность в хорошем тонизирующем средстве?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
a3. Чувствуете ли Вы слабость и переутомление?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
a4. Чувствуете ли Вы себя больным?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
a5. Не испытывали ли Вы головные боли?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
a6. Ощущали ли Вы спазмы и/или давление в голове?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
a7. Бывает ли у Вас ощущение, что Вас бросает то в жар, то в холод?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
b1. Нарушен ли был Ваш сон из-за каких-либо волнений?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
b2. Трудно ли Вам проспать всю ночь не просыпаясь?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
b3. Чувствовали ли Вы себя в постоянном напряжении?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
b4. Были ли Вы раздражены и вспыльчивы?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
b5. Испытывали ли Вы состояния беспричинного страха и/или паники?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
b6. Чувствуете ли Вы, что стоящие перед Вами трудности непреодолимы?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
b7. Испытывали ли Вы постоянную нервозность и напряжение?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
c1. Удавалось ли Вам сохранять работоспособность и деловитость?			
Больше, чем обычно	Также, как обычно	Меньше, чем обычно	Значительно меньше, чем обычно

c2. Выполнили ли Вы свою работу медленнее, чем обычно?			
Быстрее, чем обычно	Так же, как обычно	Медленнее, чем обычно	Значительно медленнее, чем обычно
c3. Считали ли Вы, что справляетесь с делами хорошо?			
Лучше, чем обычно	Так же, как обычно	Хуже, чем обычно	Значительно хуже, чем обычно
c4. Получали ли Вы удовлетворение от того как справлялись с работой?			
Больше, чем обычно	Так же, как обычно	Меньше, чем обычно	Значительно меньше, чем обычно
c5. Чувствовали ли Вы, что то, чем Вы занимаетесь, приносит пользу?			
Больше, чем обычно	Так же, как обычно	Меньше, чем обычно	Значительно меньше, чем обычно
c6. Были ли Вы в состоянии принимать решения?			
Больше, чем обычно	Так же, как обычно	Меньше, чем обычно	Значительно меньше, чем обычно
c7. Испытывали ли Вы радость в своей повседневной деятельности?			
Больше, чем обычно	Так же, как обычно	Меньше, чем обычно	Значительно меньше, чем обычно
d1. Думаете ли Вы о себе как о никчемном, бесполезном человеке?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
d2. Чувствовали ли Вы, что жизнь совершенно безнадежна?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
d3. Думали ли Вы о том, что жить не стоит?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
d4. Приходила ли Вам в голову мысль покончить с собой?			
Конечно, нет	Думаю, что нет	Иногда	Такие мысли были
d5. Испытывали ли Вы чувство, что совершенно ничего не можете делать из-за того, что нервы не в порядке?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
d6. Бывает ли у Вас желание умереть и от всего избавиться?			
Совсем нет	Не больше, чем обычно	Больше, чем обычно	Значительно больше, чем обычно
d7. Думали ли Вы, что могли бы добровольно уйти из жизни?			
Конечно, нет	Думаю, что нет	Иногда	Такие мысли были

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ЛИСТ СИМПТОМОВ (SYMPTOM CHECKLIST – 50)

Внимательно прочтите и отметьте только те признаки плохого самочувствия, которые наблюдаются Вами в течение последнего месяца (**0 - не было; 1 - наблюдались редко; 2 - были часто; 3 - беспокоят практически постоянно**).

После заполнения проверьте, правильно ли Вы отвечали.

Если в ходе заполнения карты у Вас возникнут вопросы, задайте их врачу, который будет принимать Вас.

1	чувство внутреннего напряжения	0	1	2	3
2	наплывы тревожных мыслей, представлений	0	1	2	3
3	страх перед возможными неприятностями	0	1	2	3
4	желание что-то предпринять, чтобы избавиться от чувства внутреннего напряжения	0	1	2	3
5	неусидчивость из-за чувства внутрен. напряжения	0	1	2	3
6	трудности засыпания вечером	0	1	2	3
7	частые пробуждения ночью	0	1	2	3
8	раннее пробуждение утром	0	1	2	3
9	тревожные, кошмарные сновидения	0	1	2	3
10	сонливость днем	0	1	2	3
11	головные боли	0	1	2	3
12	ощущение, что "бросает в жар" или "озноб"	0	1	2	3
13	ухудшение самочувствия при перемене погоды	0	1	2	3
14	головокружения	0	1	2	3
15	сердцебиения	0	1	2	3
16	чувство нехватки воздуха	0	1	2	3
17	колебание артериального давления	0	1	2	3
18	потемнение в глазах, предобморочные состояния	0	1	2	3
19	носовые кровотечения	0	1	2	3
20	пониженный аппетит	0	1	2	3
21	повышенный аппетит	0	1	2	3
22	тошнота	0	1	2	3
23	запоры	0	1	2	3
24	"расстройство желудка"	0	1	2	3
25	повышенная потливость	0	1	2	3
26	сухость во рту, металлический привкус во рту, першение в горле	0	1	2	3
27	сильная жажда	0	1	2	3
28	частое мочеиспускание	0	1	2	3
29	неясные боли в теле	0	1	2	3
30	мышечные подергивания	0	1	2	3
31	повышенная физическая утомляемость	0	1	2	3
32	повышенная умственная утомляемость	0	1	2	3
33	рассеянность, ухудшение внимания, памяти	0	1	2	3
34	раздражительность	0	1	2	3
35	непереносимость громких звуков, яркого света	0	1	2	3
36	колебание настроения в течении дня	0	1	2	3
37	неопределенная подавленность, грусть, тоска	0	1	2	3

38	заторможенность, вялость, апатия	0	1	2	3
39	наплывы «невеселых мыслей»	0	1	2	3
40	неприятные физические ощущения, связанные с плохим настроением	0	1	2	3
41	навязчивые мысли, воспоминания, влечения	0	1	2	3
42	навязчивые действия	0	1	2	3
43	навязчивые страхи (за свое здоровье, открытой местности, закрытых помещений и другие)	0	1	2	3
44	неприятные физические ощущения, сопровождающие навязчивости или страх	0	1	2	3
45	избегание ситуаций, в которых возникает навязчивый страх	0	1	2	3
46	ощущение "кома" в горле	0	1	2	3
47	слабость в руках и ногах, возникающая при нервном возбуждении	0	1	2	3
48	чувство онемения ("обмеления") в руках и ногах ("словно перчатки и чулки")	0	1	2	3
49	дрожь в руках или во всем теле при нервном возбуждении	0	1	2	3
50	заикания или осиплость голоса при нервном возбуждении	0	1	2	3