

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ОБЛУЧЕННЫХ В ОТДАЛЕННЫЕ ПЕРИОДЫ ПОСЛЕ ЮЖНО-УРАЛЬСКИХ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ

В.А. Буйков, В.В. Колмогорова, Е.Ю. Буртовая
*Университет Российской академии образования,
Уральская государственная академия дополнительного образования,
Уральский научно-практический центр радиационной медицины ИЗ РФ,
г. Челябинск*

У определенной части больных, перенесших радиационное облучение на Южном Урале, отмечается усложнение психотической симптоматики – от посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) к хроническим изменениям личности после переживания катастрофы, которые отличаются инкурабельностью и сложной клинической структурой. Обусловленность формирования хронических изменений личности после катастрофы объясняется хроническим действием целого ряда факторов, и прежде всего, доминантных – радиационных и психогенных. В основу работы положены результаты исследования 384 больных, проживающих в бассейне р. Теча и пострадавших в зоне Восточно-Уральского радиационного следа.

Ключевые слова: техногенные катастрофы, радиационные катастрофы, клиничко-психологические методы, дистресс, стрессы повседневной жизни, дезадаптация, аддикция, психотравмирующие события, патохарактерологические нарушения, хронические изменения личности, вегетативные расстройства, доминантные факторы.

Техногенные катастрофы являются причиной не только серьезного экологического неблагополучия, но и ухудшения соматического и психического здоровья пострадавших [1–3]. В психиатрической практике эта проблема в последние десятилетия приобрела особую значимость. Все чаще пациентами психиатрических и соматических служб становятся лица, пережившие техногенные катастрофы, в том числе и обусловленные действием радиационных инцидентов. Яркими примерами служат последствия радиационных катастроф на Южном Урале, на территориях бывшего Семипалатинского полигона, аварии на Чернобыльской АЭС [5, 6] и т.д.

Психопатологические проявления у больных, перенесших радиационное воздействие, отличаются определенной динамикой: к невротической симптоматике присоединяется астеническая и аффективная, а затем формируются личностные изменения и стойкие психоорганические расстройства [6].

Материалы и методы исследования. В основу настоящей работы положены результаты исследования 384 больных, проживающих в бассейне р. Теча и пострадавших в зоне Восточно-Уральского радиационного следа (ВУРС). Больные были в возрасте 35–66 лет, средний возраст – $52,1 \pm 0,9$ года, среди них мужчин – 244 чел. (63,4 %), женщин – 140 (36,6 %). Исследуемая группа была отобрана в соответствии с разработанными критерия-

ми спустя 30 и более лет с момента облучения. В качестве контрольной группы обследовано 300 практически здоровых жителей радиационно-чистых населенных пунктов Чебаркульского и Нагайбакского районов Челябинской области, аналогичных по возрасту, полу, образованию, национальной принадлежности основной группе.

Сравнение и изучение отдаленных психических расстройств в основной группе проводились с учетом психологической и социальных характеристик контрольной группы. При изучении результатов исследования выявлены достоверные отличия ($p < 0,05$) основной и контрольной групп.

Исходя из цели и задач настоящей работы, для объективизации характера хронических изменений личности после переживания катастроф у облученных на Южном Урале к контингенту основной и контрольной групп применялись клиничко-психологические методы исследования. Методы включали шкалу тревоги Спилберга – Ханина, Гиссеновский опросник соматических жалоб, типы психического реагирования на соматические заболевания (ЛОБИ), уровни депрессии по шкалам Бека и т.д.

Результаты. Для всех исследованных пациентов характерна тесная связь с проживанием на территории радиационных катастроф в Южно-Уральском регионе, окружающей обстановкой, когда они испытывали «стрессы повседневной

жизни» [5] и находились в сложных жизненных ситуациях, обусловленных макросоциальными факторами (радиационными и психогенными – доминантными по нашему мнению). Ретроспективно можно полагать, что обследованная категория облученных перенесла «посттравматическое стрессовое расстройство» (F 43.1 по МКБ-10), которое возникло как ответная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за рамки обыденных житейских ситуаций, способных вызвать дистресс практически у любого человека. Это внезапные переселения с уничтожением домов, имущества, насильственными действиями, комплексом строго ограничительных мер, частыми медицинскими и дозиметрическими обследованиями, слухами, ложной информацией. ПТСР формировались на определенных этапах радиационных инцидентов как у взрослого, так и у детского населения. Ломка сложившихся стереотипов и жизненного уклада, необъяснимый характер действий властных структур на протяжении многих десятилетий, состояние эмоционального напряжения и другие негативные моменты приводили к массовым проявлениям состояний психоэмоционального напряжения и психической дезадаптации, которые по существу являлись коллективной психической травмой, естественной «экспериментальной моделью» социальных стрессовых расстройств.

Если в первые месяцы, годы для затяжных, а затем и хронических ПТСР [2–4] для наших больных были характерны: повторные навязчивые воспоминания о тяжелых психотравмирующих событиях (жестких мерах переселения, насильственных мерах ограничительного характера, отчуждении земельных угодий и т.д.), кошмарные сновидения, отгороженность от других людей, утрата интереса к учебе, жизни и эмоциональная притупленность, то с течением времени характер расстройств претерпевал существенные изменения.

Следует отметить, что подобные психические состояния провоцировали аномальные формы поведения и приводили к аддикциям, чаще в виде злоупотребления алкогольными напитками и употребления наркотиков (анаша). Нередко у обследованных обнаруживались повышенная раздражительность, вспыльчивость, агрессивность, обидчивость, застревание аффекта, ригидность установок, выраженные вегетососудистые расстройства.

В группе больных с хроническим ПТСР (F 43.1) не выявлялись значимо ($p < 0,05$) экзогении и другие факторы. В данной группе совершенно определенно прослеживается тяготение к «невротическому» полюсу симптоматики.

В процессе динамического наблюдения за больными с хроническим течением ПТСР обнаруживались следующие варианты:

1. Тревожно-депрессивный вариант хронического ПТСР встречался более чем в трети случаев

и характеризовался сочетанием немотивированной тревоги и депрессивного фона настроения. У больных практически ежедневно или по нескольку раз в неделю появлялись воспоминания о психотравмирующей ситуации, обусловленные доминирующими факторами (радиационным и психотравмирующим). Они теряли интерес к настоящему, испытывали безразличие к окружающему. Обнаруживали снижение побуждений, желаний, стремлений. Появилось чувство отчужденности, замкнутости, малообщительности. Эпизоды психотравмирующей ситуации носили реалистический характер с переживанием ее заново и как бы наяву. Продолжительность этих эпизодов колебалась от нескольких часов до нескольких дней и носила явно обсессивный характер. Заглушить эти переживания больные стремились с помощью алкоголя, употреблением определенных препаратов (феназепам, сибазона, амиксида, сонолакса).

Тревога и депрессивная симптоматика оставались ведущими на фоне болезненных приступов воспоминаний о психотравмирующей ситуации, сочетаясь с вышеперечисленной.

2. Депрессивно-астенический вариант хронического ПТСР по частоте встречаемости занимал второе место и характеризовался во временном отношении более длительным течением (дни, недели) и клинически выражался чувством усталости, тяжести во всем теле, вялостью, разбитостью. Непременными спутниками астении являлись страх и тревога (тревога была менее выраженной, чем в первом варианте).

Появление депрессивно-астенического приступа ПТСР было обусловлено действием дополнительных стрессовых факторов, появлением соматических заболеваний и др.

3. Дисфорический вариант ПТСР по частоте встречаемости занимал третье место и характеризовался внезапным появлением эпизодов (порой продолжительных) раздражительности, гневливости, агрессивности. Этим больным было свойственно переживание внутреннего недовольства, вспышек злости и ярости на фоне мрачно-угнетенного настроения, чувство мести, порой с суицидальными тенденциями. Звучание психотравмы в клинике этого расстройства было выраженным и чрез-вычайно реалистичным.

4. Депрессивно-апатический вариант ПТСР встречался значительно реже, чем предыдущие. Характеризовался наличием повторяющихся доминирующих и навязчивых воспоминаний о психотравмирующей ситуации. Поведенческие акты у пациентов характеризовались пассивностью. Они испытывали чувство вялости, разбитости, слабости. Фон настроения был депрессивным с пессимистической оценкой будущего. Теряли интерес к окружающему, близким, становились безразличными, равнодушными к происходящим событиям.

5. Соматоформный вариант ПТСР отличался от предыдущих выраженными соматоформными

расстройствами с преимущественной локализацией телесных сенсаций в кардиальной, абдоминальной и церебральной анатомических областях, сочетающимися в психовегетативными пароксизмами. Больные периодически испытывали невыраженные воспоминания о психотравмирующих событиях. Чувства тревоги, депрессивных проявлений, раздражительности, гнева были в этот период не столь выраженными, чем в предыдущих вариантах ПТСР. Ведущими в клинике были неприятные и болезненные ощущения в области желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, пульсации и онемение в голове и т.д. Продолжительность этого приступа – от нескольких часов до нескольких дней.

В последующем развитии хронические невро-

санным выше патологическим проявлениям присоединяются и начинают доминировать враждебное и недоверчивое отношение к окружающим, выраженная социальная отчужденность, ощущение внутренней опустошенности и безнадежности, хроническое чувство волнения и постоянной угрозы. Пациенты обнаруживают выраженную дезадаптацию в трудовой деятельности, нарушение межперсональных, социальных и профессиональных признаков. Даже спустя многие годы после радиационных инцидентов, в клинической картине заболевания продолжала отчетливо звучать психотравмирующая ситуация – один из доминантных факторов формирования психических расстройств в отдаленном периоде Южно-Уральских радиационных аварий.

Субъективная оценка значимости радиационных катастроф на Южном Урале больными с диагнозом «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F 62.0 по МКБ-10)

Радиационные инциденты	Облученные в пойме р. Теча		Облученные на территории ВУРСа	
	Абс.	%	Абс.	%
Малозначимые события	10	6,0	34	12,0
Значимые события	76	45,2	138	48,6
Особо значимые события	82	48,8	112	39,4
Всего	168	100	284	100

тические состояния в виде ПТСР перерастают в стойкие социально-стрессовые расстройства, которые, согласно исследованиям А.Ю. Александровского (1997), характеризуются:

- макросоциальными общегрупповыми психогениями, изменяющими стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения;
- социально-стрессовыми обстоятельствами, носящими хронический, растянутый по времени характер;
- коренным изменением общественных отношений, выходящим за рамки обычного опыта;
- изменением социальных связей и жизненных планов;
- ухудшением соматического здоровья;
- усилением декомпенсации невротических и патохарактерологических нарушений под влиянием «биогенного» воздействия экологических вредностей.

Социально-стрессовые расстройства клинически проявляются в виде вегетативных дисфункций, нарушений ночного сна, астении, истерических расстройств, отклонений поведения, характеризующихся заострением личностно-типологических черт.

С течением длительного времени под действием дополнительных доминантных и предрасполагающих факторов хронические ПТСР сменяются «хроническими изменениями личности после переживания катастрофы» (F 62.0 по МКБ-10). В клинике этого вида изменений личности к опи-

В период становления «хронических изменений личности после переживания катастрофы» субъективная оценка пациентами значимости радиационных инцидентов существенно (в количественном отношении) отличалась от иных подгрупп, что и отражено в таблице.

Несмотря на различную оценку радиационных инцидентов («малозначимые события», «значимые» и «особо значимые»), обследуемым больным диагностировалось «хроническое изменение личности после переживания катастрофы», исходя из основной и характерной структуры клиники этого заболевания.

Анализируя группу сравнения, следует отметить, что из общего числа обследуемых лиц, проживающих на радиационно-чистых территориях (300 чел.), «посттравматическое стрессовое расстройство» диагностировалось только у 7 чел. (2,3 %). Клиническая симптоматика во всех наблюдениях соответствовала этому виду расстройств. Этиологическими факторами формирования ПТСР являлись характерные для больных затяжные реакции на стрессовые события или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера (несчастные случаи, изнасилования, участие в боевых действиях и т.д.).

Таким образом, в формировании «хронических изменений личности после переживания катастрофы» отчетливо обнаруживается динамика становления этого психического расстройства,

которое рассматривается в МКБ-10 в рубрике «расстройства зрелой личности и поведения у взрослых». Эти типы состояний охватывают глубоко укоренившиеся модели поведения, проявляющиеся ригидными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций, которые были свойственны обследованной группе пациентов, где отчетливо на протяжении десятилетий обнаруживается характерная динамика и специфическая типология психических расстройств у облученных.

Выводы

1. Облученные пациенты с «хроническими изменениями личности после переживания катастрофы» обнаруживают стереотип развития личности, обусловленный комплексным воздействием радиационных, психогенных и иных факторов.

2. Радиационные и психогенные факторы являются доминантными при формировании «хронических изменений личности после катастрофы».

3. Посттравматическое стрессовое расстройство во всех наблюдениях являлось облигатным в формировании грубых инкурабельных состояний.

Литература

1. Азизова, Т.В. *Неврологические синдромы при профессиональном хроническом облучении* / Т.В. Азизова, А.К. Гуськова // *Вопросы радиационной безопасности*. – 2001. – № 2. – С. 62–70.

2. Буйков, В.А. *Психическое здоровье населе-*

ния Южного Урала, подвергшегося радиационному облучению (клинико-динамический, реабилитационный, превентивный аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Буйков. – Томск, 2005. – 49 с.

3. Волошин, В.М. *Посттравматические стрессовые расстройства (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии): автореф. дис. ... д-ра мед. наук* / В.М. Волошин. – М., 2004. – 49 с.

4. Карпов, А.М. *Самозащита от стресса* / А.М. Карпов. – Казань, 2003. – 63 с.

5. Менделевич, В.Д. *Невротические, психосоматические и соматоформные расстройства* / В.Д. Менделевич, Э.В. Макаревичева // *Клиническая и медицинская психология*. – М.: Медпресс, 1999. – С. 306–350.

6. Нягу, А.И. *Нейропсихические эффекты ионизирующих излучений* / А.И. Нягу, К.Н. Логановский. – Киев, 1998. – 350 с.

7. Пивень, Б.Н. *Экологическая психиатрия* / Б.Н. Пивень. – Барнаул, 2001. – 134 с.

8. *Радиоактивное загрязнение окружающей среды в регионе Южного Урала и его влияние на здоровье населения* / А.В. Акимов, П.В. Голощекова, М.О. Дегтева и др. – М., 1991. – 63 с.

9. Румянцева, Г.М. *Диагностика, лечение, нервно-психические расстройства и реабилитация участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС: методические рекомендации* / Г.М. Румянцева, Т.М. Левина, О.В. Чинкина. – М., 2001. – 28 с.

Поступила в редакцию 17 января 2009 г.