

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

¹Торбін В.Ф., ²Скалецький Ю.М., ³Печиборщ В.П., ⁴Вороненко В.В.

¹Українська військово-медична академія

²Науково-дослідний інститут проблем військової медицини ЗСУ

³Національний інститут стратегічних досліджень

⁴Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії
МОЗ України

Резюме. Стаття присвячена аналізу даних наукової літератури щодо психологічних наслідків аварії на ЧАЕС. Встановлено, на сьогоднішній день заходи із збереження психічного здоров'я учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та постраждалих в Україні є недостатніми. Навіть через 26 років після аварії на Чорнобильській АЕС психоневрологічні розлади залишаються пріоритетною медичною і соціальною проблемою як для означеної категорії громадян України так і для оточуючих.

Механізм формування психічних порушень обумовлений комплексом чинників, які включають фактори доаварійного періоду, чинники аварійної ситуації і вторинні, що є наслідком впливу всієї аварійної ситуації на здоров'я УЛНА та постраждалого населення.

Ключові слова: аварія на ЧАЕС, психологічні наслідки для учасників ліквідації аварії і населення, чинники аварійної ситуації.

Вступ. Екологічні, в тому числі радіаційні, катастрофи тягнуть за собою крім фізичних і біологічних змін у навколишньому середовищі значні психологічні наслідки. Психологічні чинники, властиві радіаційному впливу (чуттєва неувяна небезпека, очікування відстрочених ефектів на здоров'я в майбутньому, суб'єктивна невизначеність прогнозу, закріплене в повсякденній свідомості особливе сприйняття ризику від іонізуючої радіації), висувають підвищені вимоги до пристосувальних можливостей особистості людини. Психологічні наслідки психічної травми, що виникають у результаті впливу на людину екстремальних ситуацій, що виходять за рамки звичайного людського досвіду травматичних подій, якими є катастрофа на Чорнобильській АЕС і дії щодо її ліквідації, залучають в даний час все більшу увагу вчених і практиків у галузі медицини, психології, соціальної політики. Все це вимагає прийняття виважених, адекватних рішень щодо подолання наслідків радіаційних аварій, оскільки, як показує досвід, значимість цих наслідків у загальній структурі збитку від катастрофи наростає. До теперішнього часу очевидний підтверджений клінічною практикою і низкою наукових досліджень [1-5], в тому числі соціологічних і психологічних, а також даними державної статистики, довготривалий характер несприятливого впливу наслідків чорнобильської катастрофи на психічний і соматичний стан здоров'я постраждалих, їх соціальну адаптацію[6].

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні використані 24 наукових публікацій. Вказані матеріали опрацьовані за допомогою аналітичного та історичного методів.

Результати дослідження та їх обговорення. За підсумками міжнародної конференції «Двадцять п'ять років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього», 20-22 квітня 2011 р., м. Київ [7], встановлено, що аварія на Чорнобильській АЕС принципово відрізняється і від стихійних лих, і від екологічних та техногенних катастроф. Поєднуючи в собі деякі основні ознаки інших типів катастроф, вона має свої специфічні особливості, що унеможлиблює вирішення проблеми моделювання поведінки шляхом їхнього запозичення з досвіду поведінки в аналогічних умовах. Ця аварія має чітко фіксований початок, але не має закінчення, принаймні, у часі, який можливо порівняти з життям людини.

Складність і недостатня вивченість питання для розуміння не тільки простих людей, але і більшості фахівців створює передумови для не завжди адекватного розуміння загальної картини факторів радіаційного впливу на здоров'я людини. З причини неможливості відокремлення прямих від побічних негативних наслідків аварії виявляються некерованими і неконтрольованими процеси виникнення і динаміки цих наслідків для життя і стану здоров'я УЛНА та постраждалих від аварії.

При вивченні цих надзвичайно не простих питань, у першу чергу, необхідно розуміти, що наслідки Чорнобильської катастрофи призвели до руйнування звичного укладу життя не тільки окремих людей, але і цілих поселень, і тих територій, на яких вони проживають, що призвело до ситуацій, які з причини непередбачуваних надзвичайних складнощів унеможлилювали повернення до колишнього способу життя, або після повернення виявлялася неадекватність до умов життєдіяльності, що змінилися та неспроможність розпочати все спочатку. Після чорнобильська криза збіглася із загальною соціально-економічною кризою, таким чином створивши ситуацію «різнопланової» кризи обумовивши при цьому суспільний шок. У такій обстановці дії держави й органів влади сприймаються не просто як недостатні чи неефективні, а як фактор самої кризи.

Найбільш болісно криза подіяла на такі групи населення й у тих сферах життя, що визначають довгострокові перспективи життя суспільства. Тому навіть при досить швидкому й ефективному подоланні фінансово-економічної кризи негативні соціально-психологічні наслідки будуть істотно впливати на життя суспільства ще тривалий час, принаймні, протягом найближчих 10 –15 років. Пережита дорослими Чорнобильська катастрофа, призвела до виникнення кризової свідомості не тільки в дорослих, але й у дітей і підлітків, тим самим створивши прецедент, коли вони самі стають носіями кризової психології і згодом будуть відтворювати кризові відносини в соціумі [8].

Катастрофічні наслідки пост чорнобильського лиха призвели до відчутної деформації самого способу життя мільйонів людей та спричинили низку глобальних змін у психіці. Маються на увазі хронічний стрес, депресія, зростання конфліктності і поширення неконструктивних засобів подолання життєвих утруднень (алкоголізм, прояви аутоагресії тощо), втрату життєвої перспективи, агресивність одних і споживацтво інших [9].

Значимість проблеми психологічних наслідків аварії на ЧАЕС на даний час. безумовна. Результати багаточисельних соціологічних, медико-психологічних і клініко-психіатричних досліджень свідчать, що у всіх вікових категоріях населення районів, що постраждали при аварії на ЧАЕС, відмічається значне зростання психічної дизадаптації субклінічного рівня і пограничних нервово-психічних розладів [2, 3, 10, 11]. Але віддаленим психологічним наслідкам аварії, механізмам їх розвитку і стратегії проведення психо-корекційних заходів у ліквідаторів уваги приділено недостатньо.

Дія комплексу факторів негативного впливу цієї аварії на організм людини відноситься до екстремальної. Як відомо, всі екстремальні фактори поділяються на фізико-хімічні (у тому числі дія радіації), інформаційні (в основі їх недостатність, надлишок або недостовірність інформації) і семантичні (які загрожують біологічним і соціальним мотивам життєдіяльності людини).

Ліквідаторам прийшлося зіткнутись з дією їх унікальної комбінації. В означеному випадку мається на увазі подовжена дія на організм малих доз радіації, відсутність достовірної інформації про характер катастрофи, наявність спотворених, а інколи і брехливих відомостей про вплив радіації на організм людини, значимий громадський і соціальний інтерес до означеної групи населення.

Екстремальні фактори впливають на організм як специфічно (радіаційне ураження різних органів і систем), так і неспецифічно (психоемоційний стрес). Вклад специфічного і неспецифічного компонентів у ліквідаторів, які підлягали спостереженню протягом значного періоду після аварії, збільшення числа психосоматичних і невротичних захворювань серед ліквідаторів, зростання психічної дизадаптації до сих пір повністю не з'ясований. Але не викликає сумніву той факт, що подразнюючі фактори інформаційно-семантичного генезу, формування усвідомлення загрози життю і благополуччю індивіда, є потужним індуктором психоемоційного стресу і проковує надлишкову активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової та інших систем, викликаючи розвиток різних екстремальних станів: емоційної напруги, тривоги, а іноді й страху.

При аналізі психологічного стану ліквідаторів чітко відслідковується провідна роль депресивно – іпохондричної симптоматики, що проявлялось в старанні пацієнтів до надмірної «правдивості» у відповідях, зниженні контролю за емоціями, максимальному оголенні розкриття своїх проблем, останнє може бути пов'язано з драматизацією ними обставин, які склались та своє чисто суб'єктивне відношення до них, що є свідченням високого рівня психоемоційної напруги, пов'язаної з вираженим стресом або нервово-психічними порушеннями психогенного характеру.

Структура «невротичної тріади» указує на виражену іпохондричність, виявляє механізм захисту по типу «бігу в хворобу», яка супроводжується «рентним» відношенням хворого до свого захворювання, на сприйнятливості до психосоматичних захворювань, наявності депресивної реакції, стійкого депресивного стану в рамках особистої дизадаптації. Для таких людей

характерний високий рівень усвідомлення своїх проблем, що супроводжується песимістичною оцінкою перспектив і безнадійності.

Крім того, відмічається акцентуація по істеричному типу, визначений інфантилізм, емоційна незрілість, схильність до надлишкової драматизації обставин, пригнічена ворожість [12].

За даними досліджень фахівців захворювання, згідно з документами пов'язане з роботою з ліквідації аварії, діагностовано більш ніж у 47% обстежених, а група інвалідності встановлена більш ніж у 42%. Слід зазначити що зв'язок захворювання з аварією і особливо групу інвалідності встановлювали переважно у віддалений період (в 1993-1995 рр.), через 7-9 років після участі у ліквідації наслідків аварії. Більша частина обстежених приймала участь в аварійних роботах у 1986-1987 рр., проте відомо, що дії стресових факторів (відсутність інформації про радіаційну обстановку та правила поведінки, великі фізичні та психічні перевантаження, ненормований режим харчування та відпочинку та інше) і реальних променевих навантажень найважчими були в перші тижні і місяці аварійних робіт. У 1987 р. проводилися окремі роботи, порівняні за ступенем напруженості і небезпеки з роботами 1986 р., наприклад, очищення даху машинного залу від високоактивних елементів конструкцій. У 1988 р. роботи мали більш планомірний характер з кращим дозиметричним забезпеченням. Слід вважати, що і рівень комплексного травматичного стресового впливу від участі в аварійних роботах у ці періоди відрізнявся.

За даними епідеміологічних досліджень опромінення у дозах більше за 250 мЗв є фактором ризику нервово-психічних і цереброваскулярних захворювань [13]. Дослідження репрезентативної когорти УЛНА за допомогою стандартизованого психіатричного інтерв'ю в рамках Франко-Німецької чорнобильської ініціативи свідчить про майже подвійне збільшення поширеності психічних розладів (36%) серед УЛНА у порівнянні з українською популяцією (20,5%) [14], а також про значне зростання депресії (24,5%) в УЛНА у порівнянні із популяцією (9,1%).

Починаючи із 1990 р., було зареєстроване значне підвищення захворюваності на шизофренію у персоналу чорнобильської зони відчуження – 5,4 на 10 000 у зоні відчуження у порівнянні із 1,1 на 10 000 в Україні [15]. Ці дані мають попередній характер і повинні стати предметом подальших клінічних досліджень та епідеміологічного підтвердження на більшій когорті.

Серед значної частини УЛНА, які зазнали дії малих доз (<0,3 Зв), а також у персоналу чорнобильської зони відчуження, зокрема об'єкту «Укриття», виявляється патологія, котра відповідає критеріям синдрому хронічної втоми (СХВ) [14]. Вплив малих доз опромінення є значним чинником прискореного старіння [13] і асоційованих із віком захворювань, зокрема, нейродегенерації [15].

На сьогодні вплив Чорнобилю на психічне здоров'я залишається найбільшою проблемою охорони здоров'я. За даними останнього епідеміологічного дослідження психічного здоров'я у світі ВООЗ (2000) Україна посідає 2-ге місце у світі за поширеністю психічних розладів – 20,5%

популяції (WHO World Mental Health Survey Consortium, [16]). Однак серед постраждалих поширеність психічних розладів вірогідно підвищена, причому переважно за рахунок депресивних станів. Це величезний тягар для суспільства, що потребує виключної уваги з боку держави та медичної науки і практики.

Порушення психічного здоров'я постраждалих є міжнародно визнаною пріоритетною медико-соціальною проблемою Чорнобильської катастрофи [17,18], але причини виникнення її нейропсихіатричних наслідків залишаються вкрай дискусійними [19].

Безумовно, стрес, пов'язаний із найбільшою у світі радіаційною техногенною аварією, евакуація, переселення, пострадянські соціально-економічні зміни у суспільстві, недосконала політика соціального захисту постраждалих з боку держави, невизначеність майбутнього спричинили погіршення психічного здоров'я постраждалих.

Водночас не можна зводити усі нейропсихіатричні наслідки Чорнобильської катастрофи лише до площини соціально-психологічного стресу. Постійно зростаючий пул експериментальних, клінічних і епідеміологічних доказів спростовує ортодоксальне положення про радіорезистентність головного мозку. На сьогодні визначено, що ЦНС є радіочутливим органом, ступень дисфункції якої кваліфіковано електрофізіологічними, біохімічними та/або поведінковими параметрами. Порушення функцій ЦНС виявлено за цими ж параметрами також і при загальному опроміненні у малих дозах.

Динаміка зареєстрованої захворюваності постраждалих на розлади психіки і поведінки є нелінійною – максимум зареєстрованих психічних розладів відбувся у 1991 р. (71,7 на 10 000 постраждалих), при тому, що у 1987 р. цей показник становив 24,9, а у 2005 р. – 51,9. Темп росту цих розладів (2005 р. відносно 1987 р.) становив 208,4% [20]. Водночас зареєстрована захворюваність на розлади психіки і поведінки в Україні залишалася досить стабільною – 24,8 на 10 000 населення у 1990 р., 26,3 – у 1995 р. і 26,1 – у 2000 р. (Москаленко В.Ф. та співавт., 2001) [21].

Динаміка зростання зареєстрованої поширеності розладів психіки і поведінки у постраждалих є лінійною – від 142,8 на 10 000 постраждалих у 1987 р. до 473,1 – у 2005 р. Темп росту поширеності цих розладів (2005 р. відносно 1987 р.) становив 331,3% [20]. Водночас зареєстрована поширеність розладів психіки і поведінки в Україні – 227,1 на 10 000 населення у 1990 р., 226,8 – у 1995 р. і 243,1 – у 2000 р. [21].

Державна статистична звітність щодо нервово-психічних розладів у постраждалих (як і популяції загалом) базується на реєстрових даних, переважна більшість з яких на сьогодні отримується пасивно, тобто за звертанням пацієнта, і не використовує стандартизовану діагностичну методологію [22]. Так, за даними [21] поширеність психічних розладів в Україні у 1990 р. становила 2,27%, у 1995 – 2,27%, а у 2000 р. – 2,43%. Водночас в результаті адекватно спланованого епідеміологічного психіатричного дослідження у межах ініціативи ВООЗ «Всесвітнє дослідження психічного здоров'я – 2000» із використанням структурованого міжнародного

психіатричного інтерв'ю (Composite International Diagnostic Interview, WHO-CIDI) визначено, що, насправді поширеність лише «психологічних» (не психотичних) розладів в Україні становить 20,5% (довірчий інтервал 17,7-23,3%) [21]. Тобто офіційні (реєстрові) дані щодо психічних розладів недооцінюють реальну картину приблизно на порядок.

У рамках Франко-Німецької Чорнобильської ініціативи проведено поперечне дослідження рандомізованої когорти УЛНА за допомогою структурованого міжнародного психіатричного інтерв'ю (Composite International Diagnostic Interview, WHO-CIDI). Пізніше завдяки гранту від Національного інституту психічного здоров'я США (NIMH Grant MH51947) проведено міжнародний аналіз отриманих даних порівняно з популяційним українським контролем від проекту ВООЗ «Всесвітнє дослідження психічного здоров'я – 2000» [16]. Встановлено, що відповідно до «ефекту здорового ліквідатора» (відбору психічно здорових осіб для робіт з ЛНА), УЛНА до аварії мали значуще меншу поширеність тривожних розладів і зловживання алкоголем. Після аварії в УЛНА на ЧАЕС виявлена значуще підвищена поширеність депресії (18,0 і 13,1% у контролі) и суїцидальної ідеації (9,2 і 4,1%). Проте це не стосувалося зловживання алкоголем і періодичного експлозивного розладу. Протягом останнього року перед інтерв'ю в УЛНА була підвищена поширеність депресії (14,9 і 7,1%), посттравматичного стресового розладу, PTSD (4,1 і 1,0%), а також головного болю (69,2 і 12,4%) порівняно з контролем УЛНА з депресією і PTSD втратили більше днів працездатності, ніж пацієнти з тими ж розладами контрольної групи. Ступінь вищиву катастрофи асоційований з тяжкістю соматичних симптомів і PTSD [23].

На репрезентативній вибірці мешканців радіоактивно забруднених територій із використанням цієї ж стандартизованої психіатричної методології також виявлено підвищений ризик психіатричних симптомів і погіршену суб'єктивну оцінку здоров'я (Havenaar J. et al., 2007) [24]. Таким чином, у постраждалих виявлені довгострокові несприятливі наслідки Чорнобильської катастрофи щодо психічного здоров'я. Необхідні подальші дослідження для отримання більш об'єктивних даних про опромінення і соматичне здоров'я, розглянуті когнітивні порушення і психотичні симптоми, а також проведення більш точних психіатричних обстежень [23].

Все вище наведене переконливо вказує на те, що нейропсихічні розлади залишаються пріоритетною медичною і соціальною проблемою постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Охорона психічного здоров'я і психореабілітація постраждалих – недосконалі. Існує значний брак епідеміологічних даних щодо психічного здоров'я постраждалих, а також знань щодо біологічних механізмів впливу радіації в малих дозах на ЦНС. Охорона психічного здоров'я постраждалих має перебувати у фокусі суспільної уваги при можливих радіаційних аваріях і радіологічних терористичних атаках у майбутньому. Національні та міжнародні зусилля мають бути наданими для поліпшення системи охорони психічного здоров'я і психореабілітації постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи.

В цьому плані слід також враховувати наступне: сприйняття радіаційного ризику як стереотип деякого "специфічно особливо небезпечного" продовжує стійко залишатися у свідомості дуже великого числа людей як спадщина небезпеки великомасштабної війни із застосуванням ядерної зброї, а також тривалої роботи різних ЗМІ, які продовжують і зараз дуже часто і без достатніх підстав переконувати населення про особливість підвищеної небезпеки біологічної дії іонізуючих випромінювань (в тому числі і на здоров'я людини). Досить вказати на те, що факти самих незначних пригод та порушень на атомних електростанціях або ядерних установках, навіть ніяк не пов'язані з ядерними контурами (наприклад, невеликі пошкодження в насосах і трубопроводах), підносяться як радіаційні або ядерні аварії, які неминуче ведуть до виникнення небезпеки для здоров'я людей і навколишнього середовища. Таким чином у населення підтримується постійний психологічний негатив до радіації, з відповідними наслідками для здоров'я.

Непрямий збиток від неадекватного (загостреного) сприйняття радіаційних ризиків, безумовно, робить суспільство уразливим у разі радіаційних інцидентів. Питання підвищення стійкості суспільства до радіаційних загроз вимагають більшого усвідомлення і вироблення практичних заходів.

Висновки:

1. На сьогоднішній день заходи із збереження психічного здоров'я учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та постраждалих в нашій країні є недостатніми. Навіть через 26 років після аварії на Чорнобильській АЕС психоневрологічні розлади залишаються пріоритетною медичною і соціальною проблемою як для означених категорій громадян України так і для оточуючих.

2. Механізм формування психічних порушень обумовлений комплексом чинників, які включають фактори доаварійного періоду, чинники аварійної ситуації і вторинні, що є наслідком впливу всієї аварійної ситуації на здоров'я УЛНА та постраждалого населення.

4. Для підвищення загального рівня адаптації при проведенні лікувальних і реабілітаційних заходів мають бути присутні не тільки медичні, але й соціально орієнтовані програми, що включають участь УЛНА та постраждалого населення в суспільно значущих видах діяльності, а також індивідуально орієнтовані програми з включенням медикаментозних та психотерапевтичних методів профілактики розладів психіки та ефективного їх лікування. Вказане має надзвичайну значимість у профілактиці виникнення віддалених соматичних і генетичних наслідків опромінення.

5. Охорона психічного здоров'я постраждалих має знаходитися у фокусі суспільної уваги при можливих радіаційних аваріях у майбутньому. Зусилля Держави повинні бути спрямовані для покращання системи охорони психічного здоров'я і психореабілітації постраждалих внаслідок чорнобильської катастрофи. Інтеграція міжнародних зусиль для організації спільних досліджень психічних розладів, включаючи органічне ураження мозку, синдрому хронічної втоми, розладів спектру шизофренії, суїцидів і пара

суїцидів може суттєво прискорити вирішення важливих питань збереження здоров'я як УЛНА, так і постраждалого населення.

Література:

1. Александровській Ю.А. Динаміка психічної дизадаптації в умовах хронічного стресу у жителів районів, потерпілих після аварії на Чорнобильській АЕС / [Александровській Ю.А., Румянцева Г.М., Юров В. В., Мартюшов А.Н.] // Журнал невропатології і психіатрії ім. С.С. Корсакова. – 1991. – Т. 91. Вип. 12. – С. 3-6.

2. Александровській Ю.А. Динаміка психічного здоров'я населення в районах, постраждалих під час аварії на Чорнобильській АЕС/ Александровській Ю.А. // Актуальні та прогнозовані порушення психічного здоров'я після ядерної катастрофи в Чорнобилі: матеріали Міжнар. конф. 24-28 травня 1995 Україна, Київ. – Київ. – 1995. – С. 10.

3. Нягу А.І. Віддалені психоневрологічні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС: підсумки та пріоритетні напрямки / Нягу А.І. // Актуальні і прогнозовані порушення психічного здоров'я після ядерної катастрофи в Чорнобилі: матеріали Міжнар. конф. 24-28 травня 1995 р. Україна, Київ. – Київ. – 1995. – С. 30.

4. Румянцева Г.М. Роль радіаційних та психологічних факторів у формуванні невротичних симптомів у населення, залученого до аварію на ЧАЕС / [Румянцева Г.М., П. Аллен, Левина Т.М. та ін.] // Медицина катастроф. – 1996. – №4 (16). – С. 61-70.

5. Ушаков І.Б. Чорнобиль: радіаційна психофізіологія і екологія людини / [Ушаков І.Б., Арлащенко Н.І., Должанов А.Я., Попов В.І.] – М. – 1997. – 247 с.

6. Румянцева Г.М. Психічна дизадаптація учасників ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС / [Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М., Марголіна В.Я.]. – М. – 2008. 16 с. (Реферат / Державний науковий Центр соціальної та судової психіатрії ім. В.П. Сербського).

7. Двадцять п'ять років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього: Національна доповідь України. – К.: КІМ, – 2011. – 356 с.

8. 20 років Чорнобильської катастрофи. Погляд у майбутнє: Національна доповідь України. – Київ: Атіка, – 2006. – 80 с.

9. Мозгова О.В. Якість життя учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи / О.В. Мозгова, Е.В. Шликова. – М. – 1994. – 77 с.

10. Прилипко В.А. Социально-психологические последствия аварии на ЧАЭС в отдаленный период аварии / В.А. Прилипко // Медицинские последствия аварии на Чернобыльской атомной станции: в 3 кн. / МЧС Украины, АМН Украины, Научный центр радиационной медицины. – Киев: «МЭДЭКОЛ» МНИЦ Био-Экос, 1999. Кн.1: Эпидемиология медицинских последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Под ред. В.А. Бузунова, И.А. Лихарева. – С. 191-214.

11. Нягу А.И., Логановский К.Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений / А.И. Нягу, К.Н. Логановский – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – 368 с.

12. Легеца В.И. Малые дозы облучения и психоэмоциональный стресс [Легеца В.И., Аиптушевич А.Е., Абдуль Ю.А., Астров В.В.] // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 6. – С. 62-64.

13. Бузунов В.А. Эпидемиологические исследования и оценка влияния малых доз ионизирующего излучения на развитие неопухолевых заболеваний у пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС / [Бузунов В.А., Красникова Л.И., Пирогова Е.А. и др.]. Проблемы радіаційної медицини і радіобіології. – 2007. – Вип. 13. – С. 56-66.

14. Нягу А.И. Нейропсихиатрические последствия / [Нягу А.И., Логановский К.Н., Чупровская Н.Ю. и др.] // Медицинские последствия аварии на Чернобыльской атомной станции: в 3 кн. / МЧС Украины, АМН Украины, Научный центр радиационной медицины. – К.: «МЕДЭКОЛ» МНИЦ Био-Экос, 1999. – Кн. 2: Клинические аспекты Чернобыльской катастрофы / Под ред. В.Г. Бебешко, А.Н. Коваленко. – С. 154-194.

15. Логановский К.Н. До висновків Чорнобильського форуму щодо нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи / Логановский К.Н. // Здоров'я України. – 2006. – № 7 (140). – С. 12-13.

16. WHO World Mental Health Survey Consortium (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. JAMA, 291: 2581-2590.

17. Bennet B., Repacholli M., Carr Zh. (Eds.) World Health Organization. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmers. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group «Health» (EGH), WHO, Geneva. – 2006. – 160 p.

18. Bromet E.J. (2007) Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: a 20-year review. Health Phys., 93(5): 516-521.

19. Гуськова А.К. (2007) Основные итоги и источники ошибок в установлении радиационного этиопатогенеза неврологических синдромов и симптомов. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 107(12): – С. 66-70.

20. Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції: за ред. О.Ф. Возіанова, В.Г. Бебешко, Д.А. Базики. – Київ: ДІА, – 2007. – 800 с.

21. Москаленко В.Ф. Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України) / [Москаленко В.Ф., Горбань Є.М., Табачников С.І., Волошин П.В.]. Архів психіатрії. – 2001. – № 4(27). – С. 5-10.

22. Loganovsky K. Mental health of the Chernobyl accident clean-up workers (liquidators): critical review of the current epidemiological evidences. In: Proceedings of International Symposium «Health of Liquidators (Clean-up Workers), 20 Years after the Chernobyl Explosion», PSR/IPPNW Switzerland, Bern, November 12, 2005. PSR/IPPNW, Bern, pp. 11-14.

23. Логановський К.М. (2008) Нейропсихіатричні наслідки Чорнобильської катастрофи: сучасний стан доказів / Логановський К.М.. Укр. мед. часопис. – 2008. – Т. 68, № 6. – С. 44-51.

24. Havenaar J., Bromet E., Tinle N., Gluzman S. The lingering mental health consequences of Chernobyl: an unbiased appraisal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (suppl. 2): A266 (abstracts World Psychiatry Association International Congress «Working Together For Mental Health: Partnership for Policy and Practice», 28 November – 2 December 2007, Melbourne).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Торбин В.Ф., Скалецкий Ю.М., Печиборщ В.П., Вороненко В.В.

Резюме. *Статья посвящена анализу данных научной литературы о психологических последствиях аварии на ЧАЭС. Установлено, на сегодняшний день меры по сохранению психического здоровья участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и пострадавших в Украине недостаточны. Даже через 26 лет после аварии на Чернобыльской АЭС психоневрологические расстройства остаются приоритетной медицинской и социальной проблемой как для указанных категорий граждан Украины, так и для окружающих.*

Механизм формирования психических нарушений обусловлен комплексом факторов, включающих факторы доаварийного периода, факторы аварийной ситуации и вторичные, являющиеся следствием воздействия всей аварийной ситуации на здоровье УЛПА и пострадавшего населения.

Ключевые слова: *авария на ЧАЭС, психологические последствия для участников ликвидации аварии и населения, факторы аварийной ситуации.*

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE CHERNOBYL ACCIDENT

V.Torbin, J.Skaletskiy, V.Pechiborsch, V.Voronenko

Summary. *This article analyzes the scientific literature on the psychological consequences of the Chernobyl accident. Established to date conservation measures of mental health of the accident at the Chernobyl victims in Ukraine and insufficient. Even 26 years after the Chernobyl nuclear disaster psycho-neurological disorders remain a priority medical and social problem for specified categories of citizens of Ukraine, as well as to others.*

The mechanism of formation of mental disorders due to a complex of factors, including the factors of pre-accident period, the factors of the emergency and the secondary, resulting from the impact of an emergency on the entire health of liquidators and the affected population.

Keywords: *chernobyl accident, the psychological effects of the accident liquidators and population factors emergency.*