

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ТА ПСИХОСОМАТИЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ
ПОСТРАЖДАЛОГО ДИТЯЧОГО
ТА ПІДЛІТКОВОГО НАСЕЛЕННЯ**

Н. О. Король, М. М. Фузік, О. М. Хухрянська

ДУ "Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України", м. Київ

Ключові слова: Чорнобильська катастрофа, постраждалі, психоемоційний стан, соматична захворюваність, діти та підлітки.

Численними дослідженнями доведено, що не тільки все постраждале населення, а й населення більш віддалених територій, в тому числі і за кордоном України, сприймають аварію на ЧАЕС з тривогою та стійкими негативними емоційними реакціями, особливо щодо можливості наслідків для здоров'я. Вважається доведеним не тільки погіршення психоемоційного стану в зв'язку з аварією та привнесенням психоемоційних та соціальних проблем серед постраждалих, але й вплив їх на стан здоров'я. Українські дослідники вважають, що вплив іонізуючого опромінення провокує розвиток органічної психіатричної патології [1]. На жаль, такий висновок не знайшов підтримки експертів Чорнобильського Форуму ООН [2].

Власні дослідження психоемоційних та соціальних наслідків аварії проводяться з 1986 року. Обґрунтовано нерадіаційну, а саме, психосоціальну уражуючу компоненту аварії [3, 4], та її динаміку.

Визначення психосоматичної захворюваності для епідеміологічних досліджень стану здоров'я постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС дитячого та підліткового населення. Практично всі дослідники стану здоров'я постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС населення реєструють збільшення рівнів непухлинної патології як в динаміці, так і в порівнянні з популяційними показниками. Така маніфестація соматичної патології, що не знаходить біологічного пояснення рівнями отриманого постраждалими опромінення, може розглядатися як наслідок дій різних факторів Чорнобильської аварії, насамперед, психоемоційних та соціальних, тобто має "психосоматичний" характер. Термін "психосоматична захворюваність" широко використовується як українськими науковцями, так і міжнародними авторами [5, 6].

Практично всі дослідники непухлинної, тобто суто соматичної патології, як серед дорослих, так і серед дітей та підлітків, вказують на значну негативізацію показників здоров'я серед постраждалих. При чому значне перевищення рівнів стосується декількох класів та нозологічних груп, а серед них, насамперед, захворювань нервової системи, органів травлення, кровообігу, алергічних станів.

Вважається доведеним, що психоемоційне напруження, іншими словами, стрес, (автор теорії стресу Сельє запозичив цей термін з фізичної механіки [7]) має значний вплив на соматичний стан людини.

На наш погляд, найбільш узагальненою є схема, яку наведено в роботі Хавенаара [8]. Дослідження стосувалось психічного та соматичного стану населення, яке проживає на забруднених територіях Білорусії. На його думку, стрес та здоров'я пов'язані такими узагальненими ланцюгами: вплив на фізичне здоров'я, вплив на психічне здоров'я, вплив на поведінку, що пов'язана зі здоров'ям.

Вплив на фізичне здоров'я. Психосоматичні розлади і захворювання — одні з найбільш поширених у дітей і підлітків [9]. До 40% дітей, які спостерігаються педіатрами, не мають встановлених захворювань, не дивлячись на численні соматичні скарги. В основі психосоматичної хвороби реакція на емоційні переживання, які супроводжуються спочатку функціональними змінами, а вже потім змінами у внутрішніх органах.

Визначено цілком чітко прояви стресу на фізичне здоров'я. Нauкова література має достатньо даних про роль стресу у виникненні, характері перебігу та проявах таких клінічних станів. Це стосується обструктивних уражень легень, інфекцій верхніх дихальних шляхів, дерматитів, злюкісних захворювань і несподіваної зупинки серця [5]. В МКХ-10 існує таке визначення як соматоформні розлади та рубрика для їх кодування. Якщо звернутися до визначення, яке є в супровідному параграфі до інструкції кодування згідно до МКХ-10 [10], соматоформні — це розлади, які супроводжуються соматичними симптомами та скаргами, характерними для фізичного захворювання, без органічних ушкоджень чи порушень фізіологічних механізмів, які б зумовлювали появу цих симптомів, комбінуються завжди із значним психологічним напруженням чи конфліктністю. Таким чином, психосоматична захворюваність ідентифікується часто з соматоформними розладами, які є суто психіатричною проблемою.

Вплив на психічне здоров'я. Результати досліджень останніх років показують зв'язок між особливостями характеру, типами особистісного реагування і біохімічними реакціями, що відбуваються в організмі, ін-

шими словами, між явищами психічними і соматичними, соціальними і біологічними. Варіантом таких зв'язків є дисоціація потреб, мотивів та цілей діяльності, що призводить до зміни рівня тривожності, а в ситуації психічного напруження викликає порушення в хімічних реакціях, які протікають на рівні нервової клітини.

У психології часто акцентують увагу на 7 основних джерелах емоційно обумовлених захворювань, найсерйозніша і найглибша причина — хворобливий, травматичний досвід минулого. Як правило — психічні травми раннього періоду дитинства

Найбільш детально висвітлено психіатричну патологію, яка виникає після сильного емоційного потрясіння. Ця патологія в класифікаціях DSM —IV та DSM-III-R [11] має назву посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Вищезгадані класифікації психіатричної патології найбільш відомі та використовувані практикуючими лікарями-психіатрами та науковцями. Негативні життєві події і тривалі труднощі відіграють значну роль у виникненні та перебігу клінічних депресій, тривожних розладів і суїциdalnoї поведінки. Посттравматичні стресові розлади, згідно з DSM-III-R і DSM-IV, виникають після надзвичайних стресових подій. До 90% людей проявляють у гострій фазі, наступній за травмуючими подіями, симптоми ПТСР, хоча розгорнутий клінічний варіант ПТСР розвивається нечасто. Хронічні стресові життєві обставини і тривалі труднощі можуть також стимулювати початок та перебіг шизофренії, зловживання психоактивними речовинами і кримінальну поведінку. Класичним прикладом таких проявів є патологія, яку виявлено у обстежених ветеранів В'єтнаму та ветеранів-афганців [12] — так званий “в'єтнамський синдром” та “афганський синдром”. “В'єтнамський синдром” вважається найбільш яскравим прикладом впливу стресу на психічне здоров'я.

Тлумачення терміну “психосоматичні розлади” значно розширилося і вийшло за межі “класичних психосоматозів”. У сучасному розумінні, психосоматичний розлад — це соматичне захворювання, в етіопатогенезі якого вагомі емоційні та когнітивні фактори у вигляді внутрішньоособистісного психологічного конфлікту, як правило, витісненого [13].

Вплив на поведінку, що пов'язана зі здоров'ям. Дитинство і юність виявляються найбільш впливовими етапами на формування актуальних життєвих стратегій людини.

В наш час правильний підхід до відновлення здоров'я і дітей, і дорослих — це одночасне лікування тіла і душі [8]. Духовне здоров'я людини — це система його мислення і відношення до оточуючого світу. Воно залежить

від уміння будувати свої взаємовідносини з іншими людьми, здатності аналізувати обстановку, прогнозувати розвиток різних ситуацій і у відповідності з цим вибирати моделі своєї поведінки. І навпаки — психосоматичні розлади є одним з різновидів саморуйнівної поведінки [14].

Зміни у поведінці, такі як збільшення споживання алкоголю, вживання наркотиків, нікотину, порушення дієти, безвідповідальна статева поведінка призводять до погіршення стану здоров'я, збільшують ризик виникнення фізичних і психічних розладів. Тобто з одного боку ігнорування шкідливості тих чи інших дій та пристрастей, граничать з втратою почуття самозахисту та самозбереження. З другого боку відчайдушне відслідковування, надзвичайна увага до найменших змін в своєму організмі. Lazarus R.S. [5] визначив “хворобливу поведінку”, як засіб людини слідувати за своїм організмом, трактувати симптоми і проводити заходи щодо одужання. Для опису типу особи, яка сприймає життя в цілому негативно, багато уваги приділяє різним життєвим негараздам і часто скаржиться, використовують такі терміни, як “невротизм”.

Власними дослідженнями доведено, що навіть серед покоління, яке виросло в сім'ях батьків, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, реєструються дуже специфічні зміни поведінки, пов'язаної із здоров'ям: сформовано особливий психоемоційний феномен з акцентуацією на короткоплинність свого життя, очікування неминучої втрати здоров'я, неминучих онкологічних наслідків для себе та для своїх дітей. Характерною є відсутність ініціативності, рентні установки, відчуття фатальності у сприйнятті стану свого здоров'я, впевненість у хворобах свого майбутнього потомства [15]. У плані індивідуального ставлення щодо збереження свого репродуктивного здоров'я, найбільш важливим є почуття другосортності для подальшого утворення сім'ї чи довготривалого партнерства. Значне поширення вище означених психоемоційних особливостей серед постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС населення молодого віку, зумовлює формування суттєвих ризиків виникнення порушень психологічного та психосоматичного здоров'я.

За власним визначенням психосоматична захворюваність постраждалого населення — це соматичні розлади, які виникають на фоні тривалого психологічного негативного напруження, яке є одним з факторів аварії на ЧАЕС, і мають оформлені функціональні, а в деяких випадках органічні зміни, характерні для їх симптоматики.

На наш погляд, зв'язок соматичних розладів з психоемоційним напруженням з наведенням деяких прикладів може бути представлений у такому вигляді (табл. 1).

Таблиця 1. Соматичні розлади і психоемоційне напруження

Суто соматична патологія МКХ-9 МКХ-10	Психологічні фактори сприяють появі чи впливають на перебіг соматичних хвороб: — агресивність батьків спричиняє приступ астми у дитини; — збудження провокує появу факторів ризику раннього атеросклерозу, ювенільної гіпертонії; — депресивний стан провокує загострення хронічних захворювань біларної системи.	Соматичні розлади призводять до психологічних та психіатричних проблем: — депресія у зв'язку з інвалідацією з різних причин. — сүйди серед онкохворих.	Соматоформні розлади чітко окреслені згідно з DSM-III, IV-R) та кодуються за ICD-10 — F-45. — хвороблива поведінка.	Суто психіатрична патологія МКХ-9 МКХ-10 DSM-3-R DSM-4
---	--	--	---	--

Таким чином, об'єктом даного дослідження є соматичні розлади, які пов'язані з психоемоційними порушеннями і можна припустити, що мають психосоматичний характер — колонка 2 у табл. 1.

Методичне забезпечення розгрупування різних патогенетичних напрямків формування психосоматичної захворюваності дало можливість відокремити популяційний збиток нозології кожного із напрямків, а саме в нашому дослідженні соматичних розладів, які пов'язані з психоемоційними порушеннями і на наш погляд мають психосоматичний характер.

Мета дослідження: визначити психоемоційний стан та соматичну захворюваність постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС населення дитячого та підліткового віку.

Об'єкт і методи дослідження: було обстежено 1458 особи 13–17 років, 731 дівчина та 727 юнаків, постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС населення дитячого та підліткового віку. Вивчався психоемоційний стан та соматична захворюваність цього контингенту з використанням шкали GHQ-12.

Результати дослідження та їх обговорення. Епідеміологічний аналіз соматичних захворювань постраждалого населення підліткового віку (13–17 років) проводився на даних сформованого окремого реєстру психологічного стану, інформаційне забезпечення якого базувалось на попередньому досвіді, тобто забезпечувались спадкоємність та сумісність з існуючими реєстраторами, що є однією з умов епідеміологічно правильного функціонування нових реєстрів.

Для проведення популяційних досліджень психоемоційного стану визначено методики, які можуть бути використані при обстеженні значної за розміром вибірки в невеликий проміжок часу і в той же час бути достатньо чутливими для ідентифікації патологічних станів, їх ранжування та можливості відслідковування динаміки. Саме таким вимогам відповідає рекомендована ВООЗ методика (GHQ-12). На початку дослідження підлітками були заповнені 12 пунктів Опитувальника загального стану здоров'я (General Health Questionnaire або GHQ-12) для визначення їх психічного здоров'я і рівня стресу, а також для оцінки інших показників здоров'я та добробуту. Шкала вищезазначені методики дозволяє провести розподіл обстеженого населення за двома групами: перша група об'єднує обстежених, які мають добрий стан психічного здоров'я та емоційний спокій або незначне емоційне напруження, вихід з якого обстежений знаходить самостійно (1–3 бали); друга група об'єднує обстежених, стан яких характеризується значним емоційним напруженням з наявністю таких порушень як безсоння, зниження уваги тощо, — обстежений не бачить можливості вирішення такої емоційної ситуації та потребує професійної допомоги (4 бали і більше). Шкала оцінки включає тільки ті відповіді на запитання GHQ-12, які характеризують негативну психоемоційну реакцію. Таким чином, максимальна вираженість психоемоційного порушення, яку можна виявити за методикою GHQ-12 при опитуванні, відповідає 12 балам. Це можливо тоді, коли відповіді на всі 12 запитань GHQ-12 є негативними, а стан абсолютноного емоційного здоров'я характеризується як нуль балів.

Психологічне обстеження проводилось одночасно з клініко-епідеміологічним обстеженням на базі поліклініки радіаційного реєстру ДУ “НЦРМ АМН України” та дитячих територіальних медичних об'єднань. Реєстр психологічного стану було сформовано на базі реєстрів про стан здоров'я постраждалого дитячого та підліткового населення без врахування категорії нагляду населення. Було обстежено 1458 підлітків 13–17 років, 731 дівчина та 727 юнаків.

Відносний ризик виникнення захворювань розраховували для вищеписаних двох груп: обстежені, у яких за результатами опитування виявлено емоційне напруження (≥ 4 бали), та такі, які мали оцінку “емоційний спокій” (1–3 бали).

Результати аналізу основних показників соматичної захворюваності і психологічного стану постраждалого населення підліткового віку свідчать, що психоемоційне напруження може бути пов'язано з

ПРОБЛЕМИ РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА РАДІОБІОЛОГІЇ. Випуск 16

погіршенням загального стану здоров'я. Так, серед обстежених, які мали високі показники за шкалою GHQ-12 (≥ 4 бали), загальний рівень поширеності захворювань та питома вага дітей з третьою групою здоров'я значно вищі, ніж у однолітків, які мали при опитуванні нижчі показники (1–3 бали).

Рівні поширеності захворювань з урахуванням психоемоційного стану (табл. 2).

Значний відсоток (81%) обстежених, у яких встановлено четверту чи п'яту групу здоров'я, отримали високий бал при опитуванні за шкалою GHQ-12.

Вище викладені дані дають можливість припустити, що не тільки негативний психологічний стан може ініціювати психосоматичні розлади (бути фактором ризику розвитку деяких соматичних захворювань), але і соматичний стан хворого також може привести до виникнення, або до збільшення існуючого рівня емоційної напруги. Обстежені, стан здоров'я яких характеризується п'ятою чи четвертою групою здоров'я, мають значні обмеження у повсякденній активності, відхід від спортивного життя в колективі однолітків, що викликає відчуття зниженої якості життя, відсутність позитивного сприйняття свого оточення. Симптоматика вираженої емоційної нестабільності є відображенням обмеженої фізичної та соціальної активності. Підлітки майже не беруть участі в повсякденному спілкуванні, де потрібна звичайна фізична активність, а це в свою чергу впливає на формування емоційної сфери зі зниженою самооцінкою. Виявлені особливості необхідно враховувати при розробці програм психологічної підтримки осіб, які мають четверту чи п'яту групу здоров'я.

Аналізувався весь спектр нозологій, виявлених при диспансеризації, та їх зв'язок з психоемоційним станом. Найбільш тісний зв'язок визначено для таких нозологічних форм, при яких ідентифікація психоемоційного розладу рівнозначна наявності одного (провідного) із

Таблиця 2. Загальний рівень поширеності соматичних захворювань залежно від результатів опитування по GHQ-12

Бали по GHQ-12	Рівень поширеності захворювань (%)	
	Хлопці	Дівчата
1–3	31130	32666
4 і більше	54028	59204

ПРОБЛЕМИ РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИННИ ТА РАДІОБІОЛОГІЇ. Випуск 16

симптомів клінічного стану. Вся група невротичних розладів, психопатій та інших психічних розладів непсихотичного характеру має прямий корелятивний зв'язок з психоемоційними порушеннями, які визначено при опитуванні. Найбільш чіткі результати отримано щодо такого захворювання як “невроз тривоги” (табл. 3).

Найбільш тісний корелятивний зв'язок психоемоційного напруження виявлено для захворювань, при яких емоційні розлади є діагностичним критерієм. Тобто результати дослідження за шкалою GHQ-12 відображають симптоматику невротичного розладу.

Аналогічним може бути зв'язок психоемоційного напруження із непухлинними захворюваннями щитоподібної залози (ЩЗ) (гіпофункція, гіперфункція ЩЗ, тиреоїдит, який характеризується високими показниками відносного ризику розвитку зазначеної групи патологічних станів. Ендокринологи описують специфічний “психоемоційний портрет” хворого з патологією ЩЗ. Проте, невисокі рівні поширеності захворювань ЩЗ серед обстежених, не дають можливості провести розрахунки для окремої патології (табл. 4).

Таблиця 3. Кількісний вимір зв'язку між результатами за GHQ-12 та невроз тривоги

Бали	Генералізований тривожний розлад		Всього
	наявність	відсутність	
≥ 4	23	94	117
1–3	74	1267	1341
Всього	97	1361	1458

Відносний ризик = 4,2; 95%, довірчий інтервал = 2,60–6,75

Таблиця 4. Кількісний вимір зв'язку між результатами за GHQ-12 та захворюваннями щитоподібної залози

Бали	Захворювання щитоподібної залози (число випадків)		Всього
	наявність	відсутність	
≥ 4	9	108	117
1–3	35	1306	1341
Всього	44	1414	1458

Відносний ризик = 3,1; 95%, довірчий інтервал = 1,51–6,40

ПРОБЛЕМИ РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА РАДІОБІОЛОГІЇ. Випуск 16

Попередніми дослідженнями доведено тісний корелятивний зв'язок обох типів вегетативної дистонії (дисбаланс із симпатоадреналовими перевагами чи з vagoінсулярними) з психоемоційним напруженням. Динаміка захворюваності на вегетативну дистонію свідчила про причинно-наслідковий зв'язок з психоемоційним розладом. Рівні показників захворюваності на вегетативну дистонію були найвищими серед тих, кому було раніше ідентифіковано психоемоційне напруження [23].

Результати аналізу психоемоційного напруження вегетативної дистонії (табл. 5).

Відносний ризик розвитку хвороб нозологічної групи, яка включає гастродуоденальну патологію (гастрити, гастродуоденіти, виразки шлунку та дванадцятапалої кишки) в залежності від психоемоційного напруження дещо нижчий, але статистично достовірний (табл. 6).

Зв'язок з захворюваннями органів кровообігу зафіксовано на по-границьному рівні статистичної вірогідності.

Таблиця 5. Кількісний вимір зв'язку між результатами за GHQ-12 та вегетативною дистонією

Бали	Вегетативна дистонія (число випадків)		Всього
	наявність	відсутність	
≥ 4	53	64	117
1–3	358	983	1341
Всього	411	1047	1458

Відносний ризик = 2,3 (95%, довірчий інтервал = 1,56–3,31).

Таблиця 6. Кількісний вимір зв'язку між результатами за GHQ-12 та хворобами шлунку і дванадцятапалої кишки

Бали	Патологія шлунку і дванадцятапалої кишки (число випадків)		Всього
	наявність	відсутність	
≥ 4	49	68	117
1–3	437	904	1341
Всього	486	972	1458

Відносний ризик = 1,5; 95%, довірчий інтервал = 1,02–2,19.

Висновки. На наш погляд, виявлені зв'язки соматичної непухлинної патології з психоемоційним напруженням, свідчать про різне.

З одного боку, це захворювання, при яких ідентифікація психоемоційного розладу рівнозначна наявності провідного симптому. Це стосується такої нозологічної групи, як невротичні розлади, психопатії та інші психічні розлади непсихотичного характеру, які є суто психіатричною проблемою. Вони потребують уваги фахівців — психіатрів і не можуть розглядатись в ракурсі профілактичних чи корегуючих розробок педіатрів-епідеміологів.

Розробка програм психологічної та соціальної підтримки і корекції для постраждалого населення підліткового та старшого шкільного віку, повинна включати профілактичні та оздоровчі заходи (дієтотерапія, ЛФК, фітнес, бальнеотерапія, профілактична фізіотерапія, масаж тощо) щодо захворювань, які можуть бути наслідком психоемоційних розладів. Це вищеперелічені захворювання органів травлення та вегетативні порушення, а також захворювання органів кровообігу, зв'язок з якими має пограничний рівень статистичної вірогідності.

Зовсім інший медичний сенс має ситуація, при якій емоційний розлад є наслідком хворобливого стану, коли мають місце значні емоційні та фізичні обмеження, часті лікувальні курси, спеціальні режими, часта госпіталізація. Тому обстежені, яким встановлено четверту та п'яту групи здоров'я, потребують проведення загальних програм психологічної підтримки, з орієнтацією на одужання та альтернативну емоційну мотивацію. Цей висновок дає можливість ідентифікувати групи ризику та розробити напрямки втручання як загальні, так і специфічні щодо окремих нозологій, для зміцнення психосоматичного здоров'я постраждалого населення.

Ризик розвитку соматичної патології в результаті емоційного розладу та погіршення психоемоційного стану в зв'язку з наявністю хронічних захворювань необхідно враховувати при розробці програм психокорекції та соціальної підтримки підлітків, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Логановский, К. Влияет ли ионизирующая радиация на головной мозг человека? [Текст] / К. Логановский // Український медичний часопис. — 2009. — № 3(71) V-VI. — С. 56–69.
2. Chernobyl's Legacy: Health, Environmental and Socio-Economic Impacts and Recommendations to the Governments of Belarus, the Russian Federation and Ukraine [Text] // The Chernobyl Forum: 2005, Second revised version. — Vienna, 2007. — 57 p.
3. Розробити та впровадити методику формування груп ризику порушень стану репродуктивного здоров'я серед молоді та підлітків, постраждалих внаслідок аварії

ПРОБЛЕМИ РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА РАДІОБІОЛОГІЇ. Випуск 16

- на ЧАЕС, для проведення коригуючих заходів [Текст]: звіт про НДР / ДУ "Науковий центр радіаційної медицини АМН України"; керівн. В.Г. Бебешко; викон.: Н.О. Король [та ін.]. — К., 2008. — С. 24–29
4. Король, Н. О. Стан здоров'я дітей та підлітків з дозою опромінення щитоподібної залози 2 Гр і більше [Текст] / Н. О. Король, Т. В. Трессунова, А. А. Петриченко // Проблеми радіац. мед. та радіобіології: Зб. наук. праць . — К.: ДІА, 2005. — С. 643–653.
5. Lazarus, R. S. Stress, appraisal, and coping [Text] / R. S. Lazarus, S. Folkman — N.Y.: Springer, 1984. — 134 р.
6. Денисевич, Н. К. Психосоматическая заболеваемость различных групп населения, подвергшегося радиационному воздействию вследствие аварии на Чернобыльской АЭС [Текст] / Н. К. Денисевич, С. И. Антипова, А. М. Метельская // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле: Тез. докл. междунар. науч.-практ. конф., 24–26 мая 1995 г. — К.: 1995. — С. 244.
7. Селье, Г. Стресс без дистресса [Текст] / Г. Селье — М.: Прогресс, 1979. — 266 с.
8. Хавенаар, И. М. Проблемы психического здоровья в Чернобыльской зоне [Текст] / И. М. Хавенаар, Г. М. Румянцева, Я. ван ден Баут // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — Т. 3. — Вып. 1. — С. 11–16.
9. Брязгунов, И. П. Психосоматическая функциональная патология детского возраста: что сделано и что надо сделать [Текст] / И. П. Брязгунов // Педиатрия. — 2006. — 4. — С. 115–117.
10. ICD-10, WHO. — Geneva, 1997. — Р. 440.
11. Діагностичні критерії з DSM-III-R [Текст] / Пер. з англ. — К.: Абрис, 1994. — 272 с.
12. Garinfenkel, W. Vietnam syndrome [Text] / W. Garinfenkel. — N. Y. Behavior Therapy, 2001. — 148 р.
13. Любан-Плоцца, Б. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря [Text] / Б. Любан-Плоцца, В. Пельзингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Гофман — Київ, 1997. — 328 с.
14. Пилягина, Г. Я. Многоликисть саморазрушения (особенности патогенеза аутодеструктивных эквивалентов) [Text] / Г. Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. — 2002. — Т. 6, № 2. — С. 52–56.
15. Korol, N. Psychosomatic Health Status of Children Exposed to the Chernobyl Accident [Text] / N. Korol, Y. Shibata, Y. Nakane // The Acta Medica Nagasakiensia. — 1998. — Vol. 43. — Р. 215–217.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОСТРАДАВШЕГО ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ

Н. А. Король, Н. Н. Фузик, Е. Н. Хухрянская

"Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины", г. Киев
Проанализированы результаты обследований на неопухолевые соматические заболевания среди 1458 детей и подростков в возрасте 13–17 лет, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС, и оценка их психоэмоционального состояния. Психоэмоциональные нарушения могут быть, во-первых, причиной, а во-вторых, следствием соматических заболеваний. К первому случаю относится вся нозологическая группа невротических расстройств, психопатий и прочих психических расстройств непсихотического характера, частота которых имеет прямую корреляционную связь с распространенностью психоэмоциональных напряжений. Ко второму — нейроциркуляторная дистония, болезни щитовидной железы и гастродуodenальная патология,

ПРОБЛЕМИ РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНІ ТА РАДІОБІОЛОГІЇ. Випуск 16

распространенность которой также достоверно коррелирует с распространенностью психоэмоциональных напряжений. Риск как развития соматической патологии в результате психоэмоционального расстройства, так и, наоборот, ухудшение психоэмоционального состояния в связи с наличием хронических заболеваний необходимо учитывать при разработке программ психокоррекции и социальной поддержки подростков, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС.

Ключевые слова: Чернобыльская катастрофа, пострадавшие, психоэмоциональное состояние, соматическая заболеваемость, дети и подростки.

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES AND PSYCHOSOMATIC DISEASES IN CHILDREN AND ADOLESCENT AFESTED DUE TO THE CHORNOBYL ACCIDENT

N. O. Korol, M. M. Fuzik, O. M. Khukhrianska

"National Research Centre for Radiation Medicine of NAMS of Ukraine", Kyiv

There were analyzed results of examinations concerning somatic non-tumor diseases and psychoemotional status in 1458 children and adolescent aged 13–17 years old who were affected by the Chornobyl accident. Psychoemotional disorders can be both a cause (1) and consequence (2) of somatic diseases. All neurotic disorders, psychopathies and other psychical disorders of non-psychotic type belong to the first scenario and their frequency has direct correlation with a prevalence of psychoemotional tension. The second scenario includes somatoform autonomic dysfunction, thyroid diseases, gastroduodenal pathology; prevalence of these forms of pathology also has a straight correlation with a frequency of psychoemotional tension. Risks of somatic pathology due to psychoemotional tension and, on the contrary, risk of psychoemotional tension due to somatic diseases should be taken into account in further programs of psychological correction and social support of adolescent affected by the Chornobyl accident.

Key words: Chornobyl catastrophe, victims, psycho-emotional state, somatic diseases, children and adolescents.