

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ БЕДСТВИЯХ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ КАТАСТРОФАХ

Технологическая катастрофа на Чернобыльской АЭС привела к выпадению радиоактивных осадков на территориях с населением около 17 млн человек, из которых 2,5 млн составляли дети в возрасте до 5 лет (Hollowsky, 1993).

Значительная часть радиоактивного выброса пришла на Беларусь, что привело к загрязнению толгоживущими радионуклидами цезия, стронция, плутония около 1/4 территории с населением 2,2 млн человек, значительному разрушению инфраструктуры пострадавших районов, усилению миграционных процессов (Люцко и др., 1990).

Тяжелый экономический кризис начала 1990-х годов способствовал нарастанию психосоциального и психоэмоционального напряжения людей. Хронический дистресс поддерживается на протяжении всего послеаварийного периода не только неудовлетворительным решением социальных, бытовых, производственных проблем, недостаточным уровнем медицинского обеспечения, но и постоянной тревогой в связи с возможной опасностью облучения для здоровья ныне живущих людей и будущих поколений.

Таким образом, как по масштабу экономического ущерба, так и по интенсивности психотравмирующего воздействия на миллионы людей Чернобыльская катастрофа входит в ряд крупнейших экологических бедствий современности.

В медицинском смысле под катастрофой понимается внезапное быстрое, чрезвычайно опасное для здо-

ровья людей событие. К основным медицинским последствиям катастроф относятся:

появление значительного количества пострадавших;
возникновение нарушений психики у людей в зоне поражения;

дезорганизация системы управления местным здравоохранением, материальные и людские потери в различных его звеньях (Нечаев, Резник, 1990).

В последние годы резко возросла значимость антропогенных катастроф (технологические аварии, разрушение транспортных средств).

Проанализировав характер и динамику психических нарушений, наблюдавшихся у 3431 пострадавшего во время 11 крупных стихийных бедствий и технологических катастроф в СССР за 1985—1990 годы, Ю. А. Александровский и Б. П. Щукин (1991) пришли к выводу, что возможность возникновения и характер психогенных расстройств, их частота, выраженность, динамика зависят от характеристики экстремальной ситуации (ее интенсивности, внезапности возникновения, продолжительности действия) и готовности отдельных людей к деятельности в экстремальных условиях, их психологической устойчивости и т. д.

Основными особенностями психопатологических расстройств в экстремальных ситуациях Ю. А. Александровский и соавт. (1991) считают:

1) одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов;

2) наличие того факта, что клиническая картина не носит строго индивидуального характера, а сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений;

3) необходимость для человека, несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся жизнеопасную ситуацию, продолжать борьбу с последствиями катастрофы.

Большое значение в формировании психогенных расстройств имеет недостаточная информированность всех слоев населения (Архангельская, Анищенко, 1991).

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНО-КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Характерные особенности аварии на Чернобыльской АЭС как стрессогенного фактора, влияющего на детскую психику, обусловлены, во-первых, «несенсорным восприятием» радиационной опасности, что резко увеличивает значение эмоционально-когнитивного восприятия информации о катастрофе. Это усиливает влияние социально-психологических воздействий, обуславливает повышенную субъективность оценки детьми радиационной опасности и ее большую зависимость от «психологической позиции» родителей, воспитателей, учителей, от сообщений в средствах массовой информации и от слухов, циркулирующих в данном регионе на уровне макро- и микросреды (Коломинский, Игумнов, 1995).

Во-вторых, это воздействие имеет чрезвычайно длительный и постоянный характер, усугубляемый неблагоприятной социальной обстановкой в поставарийный период.

В сложной социально-психологической ситуации оказываются и дети — переселенцы из зоны радиационного контроля, к адаптационным нарушениям у которых приводят не только личностные особенности и исходный уровень психофизического здоровья, но и «коллективная травма», связанная с необходимостью покинуть родной дом, расстаться с друзьями, изменить весь привычный образ жизни (Ениколопов, 1990).

Согласно данным, полученным С. В. Кулачковой и соавт. (1992), при психологическом обследовании 82 детей старшего дошкольного возраста из районов, пострадавших от последствий Чернобыльской аварии, для детей этого возраста характерно опосредованное восприятие радиационной опасности (зависящее от позиции родителей, воспитателей и др.).

По данным социологических опросов, около трети родителей и значительное количество учителей и воспитателей детских садов охвачены тревожными настроениями, передающимися детям, снижая их уверенность в себе (Коломинский, Игумнов, 1995). Это, по

мнению С. Е. Кулачковой и соавт. (1992), приводит к несвоевременному развитию контактоустанавливающих способов поведения, недостаточному использованию невербальных средств общения, адекватных ситуации.

Среди факторов, отрицательно влияющих на становление речи дошкольников и младших школьников, — ограничение субъектов взаимодействия ребенка, появление дополнительного круга запретов, связанных с экологическими условиями. Этот отрицательный опыт ребенок переносит на окружающий мир людей и предметов. Дети предполагают в действиях окружающих угрозу, опасность, давление, агрессию, что в значительной мере тормозит развитие потребности ребенка в общении с окружающими людьми.

В отдельных случаях у детей, потерявших родителей и живущих на попечении родственников пожилого возраста, решивших «доживать свой век» в деревнях, подлежащих «обязательному отселению», социальная изоляция приводит к формированию клинической картины «последствий психической депривации» (Лангмейер, Матейчек, 1984). У этих детей, практически лишенных общения со сверстниками, выявлялось общее недоразвитие речи, особенно нарушение социального использования речевых проявлений, задержка развития социальных и гигиенических навыков, недостаточность развития тонкой моторики, дети отличались высокой возбудимостью и тревожностью, пороженным отношением к незнакомым людям, что крайне затрудняло речевой контакт (Гайдук, Куманов и др., 1994).

Факторы социально-психологической депривации отражаются на уровне психологической готовности детей к школе. Психологическая готовность к школьному обучению — интегральная характеристика, отражающая уровень развития психических процессов и свойств личности, знаний и умений дошкольника, обеспечивающий успешное обучение в начальных классах и адаптацию к новым условиям жизни и деятельности (Коломинский и др., 1988). Она включает в себя несколько компонентов, прежде всего интеллектуальный, эмоциональный и социально-психологический (Шванцара, 1978).

В интеллектуальной сфере о наличии школьной зрелости свидетельствуют дифференцированное восприятие (перцептивная зрелость), направленная концентрация внимания, аналитическое мышление (способность постижения основных признаков и связей между явлениями, способность воспроизводства образца), рациональный подход к действительности, логическое запоминание, интерес к занятиям, к новым знаниям, овладение на слух разговорной речью, способность понимания и применения символов, общее развитие тонких движений руки и мелкой моторной координации.

В эмоциональной сфере — достижение эмоциональной устойчивости (меньше импульсных реакций) и развитие учебной мотивации.

Под социальной зрелостью понимается потребность ребенка общаться с другими детьми и умение подчиняться интересам, обычаям детских групп, способность исполнять социальную роль школьника в ситуации школьного обучения (Коломинский и др., 1988).

Обследование 110 детей старшего дошкольного возраста, проживающих в г. Новозыбкове Брянской области России, выявило низкий уровень готовности к школе у 11,8% детей. У этих детей, как правило, отмечались низкое интеллектуальное развитие, слабость эмоционально-волевой регуляции, эмоциональная неустойчивость, частая встречаемость недоразвития фонематического слуха и речи (Хвостов, 1993).

Сходные результаты, свидетельствующие о недостаточной школьной зрелости у многих детей 6-летнего возраста, проживающих в загрязненных районах, получены психологами Беларуси (Крюкова и др., 1994).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что проблема недостаточной готовности детей к школьному обучению актуальна для всех регионов СНГ, пострадавших от Чернобыльской аварии.

В ряде публикаций указывается на значительный рост пограничных психических и психосоматических расстройств, включая астенические, фобические, ипохондрические и депрессивные нарушения в сочетании с признаками вегетатив-

ной дистонии у детей, проживающих в районах радиационного контроля (Базыльчик, 1993; Гайдук и др., 1994).

В структуре выявляемых нарушений доминируют наименее специфические симптомокомплексы — астенический синдром, проявляющийся повышенной утомляемостью и истощаемостью психических процессов, и синдром вегетативной дистонии, включающий в себя проявления всех форм нарушения вегетативной регуляции, выходящих за рамки вегетативной лабильности, характерной для детского возраста.

На первое место в происхождении этих состояний ставится воздействие психогенных и соматических факторов (Хавенаар, 1996). А. Н. Коваленко (1990) рассматривает синдром вегетативной дисфункции (дезинтеграционный синдром) в качестве неспецифического синдрома, создающего благоприятную почву для развития под влиянием психогений относительно стойких функциональных нарушений и перехода таких расстройств в органическую патологию.

Группу наибольшего риска представляют собой дети, матери которых находились в зоне экологической катастрофы на различных сроках беременности, поскольку эмбрион и плод чрезвычайно чувствительны как к патогенным влияниям внешней среды, так и к психофизиологическим факторам, обусловленным эмоциональным дистрессом матери (Трилипко и др., 1995; Streffer, 1995).

Согласно клиническим данным, полученным при обследовании детей, пренатально облученных в результате атомных бомбардировок Хиросимы и Нагасаки, такими сроками считаются 9—15-я недели внутриутробного развития (период раннего цереброгенеза) и 16—25-я недели (критический период формирования коры головного мозга). Среди последствий пренатального облучения в результате атомных бомбардировок выделяют дозозависимое нарастание частоты микроцефалии, умственной отсталости и задержек психического развития (Miller, 1990).

Проблема изучения особенностей психического развития детей, подвергшихся воздействию радионуклидов на различных сроках гестации в результате Чернобыльской катастрофы, с последующим детальным клиниче-

ским, психологическим и нейрофизиологическим анализом случаев пограничной интеллектуальной недостаточности, умственной отсталости, эмоциональных и поведенческих расстройств является весьма актуальной. Чрезвычайно актуальна задача выработки адекватной концепции психотерапевтической и социально-психологической реабилитации этих детей.

С 1991 г. на базе кафедры психотерапии Белорусской медицинской академии последипломного образования и Республиканского диспансера радиационной медицины проводится проспективное исследование группы из 250 детей, матери которых в момент Чернобыльской катастрофы находились в «зоне отчуждения» на различных сроках беременности (основной группы детей).

Для всех детей реконструированы дозы пренатального облучения щитовидной железы (ЩЖ).

Контрольная группа сформирована методом случайной выборки и состоит из 250 детей, рожденных в период с мая 1986 по февраль 1987 года, матери которых в момент аварии на Чернобыльской АЭС и по настоящее время проживают в районах Беларуси, практически не подвергшихся загрязнению радионуклидами.

Распределение детей в зависимости от срока гестации в момент аварии на Чернобыльской АЭС представлено в табл.6. Нами не было выявлено существенных различий в социальном статусе родителей детей основной и контрольной групп. Родители детей контрольной группы не имели в анамнезе профессионального контакта с источниками ионизирующих излучений.

Вычисление срока гестации в момент Чернобыльской катастрофы производилось с помощью модифицированной формулы, предложенной W. Schull et. al. (1989),

Таблица 6. Распределение детей основной и контрольной групп в зависимости от срока гестации в момент аварии на ЧАЭС

Обследованная группа	Период гестации, нед			
	0—7	8—15	16—25	≥ 26
Основная	60	53	55	82
Контрольная	70	52	58	70

и осуществлялось путем вычитания из 280 суток (средняя продолжительность беременности, измеренная со дня наступления последнего менструального цикла) периода времени между моментом катастрофы и датой рождения ребенка. Из числа дней беременности в момент катастрофы затем вычиталось 14 дней для внесения поправки на время между наступлением последнего менструального цикла и овуляцией с последующим оплодотворением яйцеклетки.

В случае недоношенности или переносимости плода в формулу вносилась соответствующая поправка.

Ведущим методом обследования детей являлся клинико-психопатологический метод (стандартизированное клиническое психиатрическое интервью, адаптированное к детскому возрасту, основанное на исследовательских диагностических критериях МКБ-0, 1994), дополненный клинико-психологическим методом диагностики уровня интеллектуального развития детей (шкала Векслера для измерения интеллекта детей, (Wechsler, 1992; Филимоненко, Тимофеев, 1994).

Дозы облучения ЩЖ для детей, подвергшихся радиационному воздействию in utero, были оценены на основании результатов реконструкции индивидуальных доз облучения для матерей и дозовых коэффициентов, используемых для перехода от дозы облучения ЩЖ, полученной матерью, к дозе облучения ЩЖ плода с учетом срока беременности в момент облучения. Основной вклад в формирование дозы облучения ЩЖ вносило потребление загрязненного молока; вклад в формирование дозы облучения потребления загрязненных листовых овощей и короткоживущих изотопов радиоиода и радиотелура (таких, как Te-132, I-133, I-135) составлял не более 1%.

Дозы облучения ЩЖ от I-131 реконструированы на основе результатов прямых измерений его активности в ЩЖ (эти измерения были проведены для матерей 52 детей, включенных в исследование) и использования модели переноса I-131 в окружающую среду, адаптированную к условиям Беларуси. Для оценки индивидуальных доз облучения ЩЖ привлекалась следующая информация,

полученная путем персональных опросов, относящаяся к описанию образа жизни матери в течение иодного периода: уровни потребления молока; источник потребления молока; дата прекращения употребления продуктов питания местного производства; место жительства матери в момент аварии; переезды в течение апреля — мая 1986 года; проведение иодной профилактики (Дроздович и др., 1997).

Задачи данного исследования:

проспективное исследование распространенности и динамики психических и поведенческих расстройств среди детей, подвергшихся воздействию патогенных радиоэкологических факторов, обусловленных Чернобыльской катастрофой, в пренатальном периоде;

сопоставление данных, полученных в ходе клинико-психологического исследования, с дозиметрическими данными; на первом этапе исследования — расчет принимаются дозы пренатального облучения ЦУ радиоизотопами;

исследование характерных черт Чернобыльской аварии как тяжелого, продолжительно воздействующего на детей психосоциального стрессора и особенностей восприятия радиационного риска детьми и их семьями.

Результаты проспективного исследования детей основной и контрольной групп, проводимого с 6-летнего до 12-летнего возраста, свидетельствуют о том, что основными формами проявления психических и поведенческих расстройств в обеих группах были: эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (рубрика МКБ-10 F93); специфические расстройства развития речи (F80), школьных навыков (F81) и двигательных функций (F82); гиперактивные расстройства (F90); расстройства социального функционирования (F94); тикозные расстройства (F95); неорганический энурез (F98.0); заикание (F98.5); умственная отсталость (F70).

Показатели распространенности основных групп психических и поведенческих расстройств в возрасте 10—12 лет представлены в табл. 7.

Таблица 7. Распространенность психических и поведенческих расстройств в основной и контрольной группах детей в возрасте 10—12 лет

Психическое (поведенческое) расстройство	Шифр МКБ-10	Основная группа (n=250)		Контрольная группа (n=250)		Достоверность различия Р
		n	%	n	%	
Легкая умственная отсталость	F70	5	2,0	5	2,0	1,00
Специфические расстройства развития речи	F80	20	8,0	2	0,8	0,87
Специфические расстройства формирования школьных навыков	F81	18	7,2	13	5,2	0,35
Специфические расстройства развития двигательных функций	F82	11	4,4	6	2,4	0,22
Гиперкинетические расстройства	F90	12	4,8	11	4,4	0,83
Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста	F93	15	18,0	19	7,6	0,001
Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста	F94	12	4,8	9	3,6	0,50
Тикозные расстройства	F95	16	6,4	12	4,8	0,44
Другие поведенческие и эмоциональные расстройства	F98	23	9,2	17	6,8	0,001

Основная группа детей в сравнении с контрольной группой характеризовалась большей частотой случаев фобического тревожного расстройства (F93.1) — одного из наиболее частых проявлений эмоциональных расстройств (17 случаев — 16,8 % и 7 случаев — 2,8 %; $P \leq 0,05$).

Среди детей обеих групп наиболее частым предметом страхов были темнота, животные (собаки, волки, змеи и т. д.) и сверхъестественные существа (призраки и чудовища). В основной группе отмечено учащение страхов, связанных с криминальной обстановкой (боязнь бандитов, воров, хулиганов — 8 из 17 наблюдений) и фантастическими персонажами из «фильмов ужасов» (6 из 17 наблюдений). Последние наблюдались главным образом

у детей, переселенных из районов жесткого контроля в г. Минск.

Специфической чертой фобических тревожных расстройств у детей основной группы была боязнь радиации. Мы наблюдали специфический феномен «визуализации радиации», достигавший уровня аффектогенных иллюзий, у 9 детей. Радиация представлялась ими в виде «блестящей пыли» на обочинах дорог или персонифицировалась в виде сверхъестественного существа, способного погубить всех.

Таблица 8. Распределение общих интеллектуальных показателей (ОИП) у детей основной и контрольной групп в возрасте 6—7 лет

Уровень общего интеллектуального показателя	Основная группа (n=250)		Контрольная группа (n=250)		Достоверность различий, P
	n	%	n	%	
≥ 90 (средний и выше среднего)	125	50,0	158	63,2	0,003
80—89 (нижний уровень нормы)	92	36,8	66	26,4	0,012
70—79 (пограничный уровень интеллектуального функционирования)	27	10,8	22	8,8	0,452
≤ 69 (исключительно низкий уровень, соответствующий интеллектуальной недостаточности)	6	2,4	5	2,0	0,0523

Таблица 9. Распределение общих интеллектуальных показателей (ОИП) у детей основной и контрольной групп в возрасте 10—12 лет

Уровень общего интеллектуального показателя	Основная группа (n=250)		Контрольная группа (n=250)		Достоверность различий, P
	n	%	n	%	
≥ 90 (средний и выше среднего)	177	70,8	193	77,2	0,103
80—89 (нижний уровень нормы)	56	22,4	42	17,0	0,115
70—79 (пограничный уровень интеллектуального функционирования)	11	4,4	10	4,0	0,825
≤ 69 (исключительно низкий уровень, соответствующий интеллектуальной недостаточности)	6	2,4	5	2,0	0,760

При проведении комплексной оценки психического статуса детей, включающей психологическое тестирование по шкале Векслера для измерения интеллекта детей, в возрасте 6—7 лет нами выявлено относительное преобладание частоты случаев «пограничного уровня интеллектуального функционирования» (ОИП=70—79) в основной группе в сравнении с контрольной (табл. 8). К 10—12-летнему возрасту отмечено относительное «выравнивание» интеллектуальных показателей детей основной и контрольной групп (табл. 9).

В возрасте 6—7 лет были выявлены достоверные различия среднегрупповых интеллектуальных показателей детей основной и контрольной групп. К 10—12-летнему возрасту различия интеллектуальных показателей детей нивелировались (табл. 10, 11).

Таблица 10. Среднегрупповые показатели, характеризующие уровни интеллектуального развития детей основной и контрольной групп в возрасте 6—7 лет

Интеллектуальный показатель	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=250)	Достоверность различий. P
Среднее значение $\pm$ стандартное отклонение			
Средний вербальный интеллектуальный показатель	89,64 $\pm$ 9,45	91,02 $\pm$ 10,25	0,007
Средний невербальный интеллектуальный показатель	91,53 $\pm$ 9,74	94,10 $\pm$ 10,29	0,004
Средний общий интеллектуальный показатель	89,55 $\pm$ 9,89	92,12 $\pm$ 10,50	0,005

Таблица 11. Среднегрупповые показатели, характеризующие уровни интеллектуального развития детей основной и контрольной групп в возрасте 10—12 лет

Интеллектуальный показатель	Основная группа (n=250)	Контрольная группа (n=250)	Достоверность различий. P
Среднее значение $\pm$ стандартное отклонение			
Средний вербальный интеллектуальный показатель	93,28 $\pm$ 10,12	94,61 $\pm$ 10,66	0,163
Средний невербальный интеллектуальный показатель	95,97 $\pm$ 9,79	97,57 $\pm$ 10,72	0,082
Средний общий интеллектуальный показатель	94,26 $\pm$ 10,17	95,89 $\pm$ 10,89	0,091

Клинически дети с «пограничным уровнем интеллектуального функционирования» (ОИП=70—79) характеризовались умеренной задержкой формирования познавательных процессов, низким уровнем мотивации к школьному обучению и недостаточным уровнем развития «предпосылок интеллекта» (активного внимания, кратковременной памяти, конструктивного праксиса и т. д.).

«Пограничный уровень интеллектуального функционирования» тесно коррелировал со специфическими задержками развития речи ($r = 0,71$) и умеренно коррелировал с наличием неорганического ночного энуреза и рассеянной неврологической микросимптоматики.

В младшем школьном возрасте расстройства развития речи постепенно трансформировались в специфические расстройства развития школьных навыков, такие как дислексия, дискалькулия.

Отмечена умеренная корреляционная связь расстройств развития речи в 6—7 лет и расстройств развития школьных навыков (у тех же детей в возрасте 10—12 лет) ($r = 0,68 \pm 0,03$; $P \leq 0,01$).

Клинически выраженная умственная отсталость как в основной, так и в контрольной группе отмечалась в пяти случаях (2,0%).

В ходе психологического анализа особенностей микросоциального окружения детей мы обследовали матерей и отцов всех детей основной и контрольной групп с использованием шкалы тревоги Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина (Клинико-психологическая характеристика..., 1988) (не охвачены исследованием лишь отцы детей из неполных семей). Согласно полученным данным (табл. 12), матери детей основной группы характеризовались достоверным преобладанием частоты высокой личностной тревожности в сравнении с контрольной группой.

Таблица 12. Уровень личностной тревожности матерей детей основной и контрольной групп

Уровень личностной тревожности	Матери детей основной группы		Матери детей контрольной группы		Достоверность различий, P
	n	%	n	%	
Высокая (≥ 46 баллов)	127	50,8	61	24,4	$\leq 0,01$
Средняя (31—45 баллов)	123	49,2	189	75,6	$\leq 0,01$

Таблица 13. Уровни личностной тревожности отцов детей основной и контрольной групп

Уровень личностной тревожности	Отцы детей основной группы (n=245)		Отцы детей контрольной группы (n=235)		Достоверность различий
	n	%	n	%	
Высокая (≥ 46 баллов)	76	31,02	35	14,89	$\leq 0,01$
Средняя (31—45 баллов)	169	68,98	200	85,11	$\leq 0,01$

Высокая личностная тревожность характеризовалась чрезмерной эмоциональной лабильностью, боязнью ожидаемых трудностей, сниженной самооценкой.

Более высокий уровень личностной тревожности был характерен также для отцов детей основной группы в сравнении с контрольной группой (табл. 13). Выявлена умеренная корреляция между высокой личностной тревожностью родителей и эмоциональными расстройствами у детей (для матерей $r = 0,34 \pm 0,06$; $P \leq 0,05$; для отцов $r = 0,52 \pm 0,04$; $P \leq 0,01$).

Согласно нашей гипотезе, высокая личностная тревожность родителей приводит к коммуникативным затруднениям, снижению самооценки и чувству недостаточности социальной поддержки у детей. Последние в свою очередь снижают уровень психологической адаптации детей и их устойчивость к психосоциальным стрессорам, что лежит в основе формирования эмоциональных расстройств и нарушений социального функционирования.

Корреляционная взаимосвязь интеллектуальных показателей детей основной группы и образовательного уровня их родителей — матерей ($r = 0,50$; $P \leq 0,01$) и отцов ($r = 0,52$; $P \leq 0,01$) была более тесной, чем в контрольной группе (для матерей $r = 0,41$; $P \leq 0,01$; для отцов $r = 0,42$; $P \leq 0,01$). Этот факт может быть объяснен выраженной дезинтеграцией социальной инфраструктуры районов жесткого контроля, оттоком квалифицированных специалистов в области образования из этих мест. В результате формирование представлений об окружающем мире и мотивации к обучению у детей определялись преимущественно влиянием их родителей. В случаях психологической депривации детей, обусловленной неблагоприятны-

ми семейными условиями, восполнения дефицита информации не происходило.

По нашим наблюдениям, родители с более высоким образовательным уровнем (имевшие высшее или среднее специальное образование) в обеих группах были в большей мере заинтересованы результатами исследования интеллектуального уровня своих детей.

В случаях низких тестовых показателей они более тщательно следовали рекомендациям врачей и психологов, что способствовало более успешной коррекции психических нарушений и состояний психической дезадаптации у детей.

Распределение общих интеллектуальных показателей у детей основной группы в зависимости от уровня дозы пренатального облучения ЩЖ приведено в табл. 14. Средняя доза облучения ЩЖ детей основной группы составила 0,39 Гр (Грей), медиана распределения — 0,4 Гр. Для детей контрольной группы средняя доза облучения ЩЖ составила 0,02 Гр, медиана распределения — 0,01 Гр. Достоверной корреляции между дозой пренатального облучения ЩЖ радиоизотопами иода и общим интеллектуальным показателем в возрасте 6—7 лет ($r = 0,09$; $P > 0,1$) и 10—12 лет ($r = 0,13$; $P > 0,1$) выявлено не было.

Среднегрупповые интеллектуальные показатели у детей основной группы, находившихся в момент аварии на ЧАЭС на различных сроках гестации, приведены в табл. 14. Как видно из таблицы, значимых различий между интеллектуальными показателями у детей, различающихся по срокам гестации на момент аварии, выявлено не было.

Таблица 14. Распределение интеллектуальных показателей у детей основной группы в зависимости от срока гестации в момент аварии на Чернобыльской АЭС

Срок гестации (недели)	Количество детей	Среднее значение общего интеллектуального показателя у детей	
		в возрасте 6—7 лет	в возрасте 10—12 лет
0—7	60	86,88±11,90	91,57±12,67
8—15	53	89,85±8,89	95,72±8,71
16—25	55	89,65±9,79	94,27±9,89
26—40	82	91,23±9,04	95,28±9,30
Итого	250	89,55±9,98	94,26±10,25

Результаты проведенных исследований позволили сделать следующие **выводы**.

1. У детей, подвергшихся воздействию патогенных радиозэкологических и психосоциальных факторов, обусловленных аварией на ЧАЭС, в пренатальном периоде, в возрасте 6—7 и 10—12 лет выявлено относительно преобладание частоты эмоциональных расстройств, а также задержек развития речи и школьных навыков.

2. Достоверной корреляционной зависимости между индивидуальными дозами пренатального облучения щитовидной железы и показателями интеллектуального развития детей в возрасте 6—7 и 10—12 лет выявлено не было.

3. Среднегрупповые интеллектуальные показатели детей основной группы, находившихся в момент аварии на ЧАЭС на различных сроках гестации, в возрасте 6—7 и 10—12 лет были сходными.

4. Существенную роль в происхождении задержек развития речи, школьных навыков и эмоциональных расстройств в основной группе детей играли неблагоприятные психологические и социально-демографические факторы, такие как низкий образовательный уровень родителей, дефицит информации об окружающем мире, разрыв микросоциальных контактов и трудности адаптации, возникшие в процессе переселения из пострадавших районов.

ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРИРОДНЫХ И ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ

Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте психических и поведенческих расстройств и о снижении показателей социально-психологической адаптации детей, подвергшихся воздействию патогенных психосоциальных факторов, обусловленных аварией на ЧАЭС. На их основании разработана и внедрена в практику реабилитационной работы с детьми система психопрофилактики и психотерапии расстройств поведения и эмоций.

Теоретической базой разработанной и осуществляемой нами программы психотерапевтической реабилитации является транзакциональная когнитивная теория

стресса и проблемно-решающего поведения (coping-behaviour). Согласно данной теории, взаимодействие среды и личности регулируется двумя основными процессами: когнитивной оценкой и проблемно-решающим поведением (Lazarus, Folkman, 1984).

Эмоциональная реакция личности на какое-либо событие определяется:

информационной когнитивной активностью (нашими представлениями об окружающем мире и его функционировании);

оценочной когнитивной активностью (процессом извлечения из информации об окружающем мире сведений, важных для благополучия конкретной личности).

Оценочная когнитивная активность осуществляется в два этапа. Первичная когнитивная оценка связана с информацией о том, что произошло, что влияет на благополучие индивида. В ходе первичной когнитивной оценки происходит разделение стрессовых ситуаций на три вида:

1) ущерб (отражается связь с предшествующим негативным опытом);

2) угроза (отражается ожидаемый ущерб - физический, материальный, моральный и т. п.);

3) вызов, обращенный к потенциальным ресурсам личности (например, какое-либо ответственное задание, требующее максимальной мобилизации личностных резервов).

Первичная оценка определяется степенью воспринимаемой угрозы, свойством стресса, особенностями психологической конституции индивидуума. Она позволяет сделать вывод, является ли стрессогенная ситуация угрожающей или нет.

Вторичная когнитивная оценка определяет, какими методами индивидуум может влиять на негативные события и их последствия. В ходе вторичной когнитивной оценки определяется выбор способа преодоления стрессовой ситуации и необходимых для этого ресурсов (Lazarus, Folkman, 1984).

Таким образом, когнитивная оценка запускает механизм проблемно-решающего поведения — деятельности

личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям (Coyne, Lazarus, 1980).

Основными функциями проблемно-решающего поведения являются:

регуляция эмоционального состояния, включающая когнитивные, эмоциональные и поведенческие усилия, с помощью которых личность пытается уменьшить аффективное напряжение и аффективный компонент дистресса;

управление проблемами, вызывающими дистресс, включающее усилия, с помощью которых личность пытается устранить причины кризисной ситуации.

Обе функции используются в большинстве стрессовых ситуаций. Пропорциональное представление каждой функции изменяется в зависимости от когнитивной оценки стрессовой ситуации (Lazarus, Folkman, 1984).

S. Folkman и R. Lazarus (1980) разработали классификационную схему, определяющую восемь ситуационно-специфических способов проблемно-решающего поведения:

1) конфронтация («Я буду стоять на своем и отстаивать свою позицию»);

2) дистанцирование («Уйду, чтобы ничего не случилось»);

3) самоконтроль («Я стараюсь справиться со своими проблемами сам»);

4) использование социальной поддержки («Я обсуждаю проблему с окружающими»);

5) повышение ответственности («Критикую свои действия или обучаюсь новым способам поведения»);

6) избегание («Делаю все, чтобы отвлечься от проблемы, расслабиться, забыться»);

7) планирование разрешения проблемы («Я думаю, что мне сделать»);

8) позитивная переоценка ситуации («Изменяю свое мнение о ситуации, нахожу в ней положительные стороны»).

K. Nakano (1991) подразделяет многочисленные способы проблемно-решающего поведения на два типа базисных стратегий:

1) активные, ориентированные на разрешение проблем и приводящие к редукции симптомов эмоциональ-

ного дистресса (самоконтроль, планирование разрешения проблем, позитивная переоценка и т. д.);

2) пассивные, направленные на редукцию эмоционального напряжения путем избегания, ухода от проблем, что, в конечном счете, приводит к обострению симптомов эмоционального дистресса.

Например, среди лиц, пострадавших от последствий Чернобыльской катастрофы, психологические механизмы избегания проявлялись упорным, стойким игнорированием мыслей, чувств, стимулов, ассоциирующихся с аварией. По наблюдениям В. В. Филипенко (1995), 62,5% людей с этими реакциями не позволяли себе думать о происшедшем, старались не говорить с окружающими о травмирующем событии; 63,3 % пострадавших не могли припомнить дату катастрофы и т. п. Можно говорить об имевшем место феномене «элективной психогенной амнезии».

Подобные реакции отмечаются также у детей и подростков (Коломинский, Игумнов, 1995), эвакуированных из зоны отчуждения. Данные наших исследований (Игумнов, 1998) позволили сделать вывод, что высокая личностная тревожность родителей, обусловленная проживанием в обстановке перманентного радиационного стресса и социально-экономического кризиса, приводит к формированию коммуникативных затруднений, недостаточности самооценки и чувств защищенности у детей. Они в свою очередь приводят к снижению уровня социально-психологической адаптации и устойчивости к воздействию психосоциальных стрессов у этих детей, что служит почвой для развития эмоциональных расстройств и нарушений социального функционирования (в основе которых лежит преобладание неадаптивных, пассивных стратегий проблемно-решающего поведения). В целом в развитии психологических и поведенческих проблем в детском и подростковом возрасте важна роль хронического эмоционального напряжения и ежедневных стрессов (Thomas, 1987).

Успешность проблемно-решающего поведения определяется лежащими в его основе ресурсами (coping-resources) — относительно стабильными личностными и социальными характеристиками индивидуума, обеспечи-

вающими психологический фон для преодоления стрессовой ситуации и способствующими развитию стратегий совладания со стрессом (Moos, Bilings, 1982). Копинг-ресурсы можно подразделить на физические (здоровье, выносливость), социальные (сеть социальной поддержки индивидуума — круг знакомых, друзей, родных), психологические (убеждения, самооценка и т. п.), материальные (Folkman, 1984).

Программа психотерапевтической реабилитации имеет три уровня.

Первичный уровень охватывает всю популяцию детей и подростков, подвергшихся воздействию патогенных радиоэкологических и психосоциальных факторов, обусловленных аварией на ЧАЭС. Основной целью первичной психопрофилактики является формирование активного, адаптивного проблемно-решающего поведения у детей, подростков и членов их семей.

Мероприятия по вторичной психопрофилактике адресованы детям и подросткам из групп повышенного риска формирования эмоциональных расстройств. К последним относятся дети с плохой успеваемостью в школе, нарушениями навыков коммуникации и т. п. Цель вторичной психопрофилактики заключается в уменьшении числа распространенных среди детей и подростков психических и поведенческих расстройств путем коррекционных мероприятий, проводимых на ранних, донозологических, этапах развития этих расстройств в форме различных вариантов психотерапевтического тренинга (тренинг разрешения проблем, тренинг коммуникативных навыков, см. главу 3). Психотерапевтический тренинг осуществляется в форме индивидуальных, групповых и бифокальных (совместная работа детских и родительских групп) занятий.

Третичную психопрофилактику проводят у детей и подростков с клинически выраженными психическими и поведенческими расстройствами. Она направлена на предупреждение психологической и социальной дезадаптации больных детей, подростков и членов их семей. Объем и направленность мероприятий, проводимых в рамках третичной психопрофилактики, зависят от нозологической принадлежности выявленных нарушений. При по-

граничной интеллектуальной недостаточности, специфических расстройствах развития речи и школьных навыков используется комплексная реабилитационная программа, направленная на преодоление последствий социальной депривации, развитие сенсорной сферы, памяти, внимания, воображения и речи, включая использование психотерапевтических приемов «направленного воображения» (см. главу 5) и нейропсихологические методы коррекции нарушений высших психических функций. При эмоциональных нарушениях и расстройствах социального функционирования основной задачей является повышение уровня социально-психологической адаптации с помощью семейной психотерапии — комплекса психотерапевтических приемов и методов, направленных на оптимизацию семейных взаимоотношений, расширение «сети социальной поддержки» детей и подростков (см. главу 7).