

**ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ
В ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ**

Алексеева Т. С., Моляко В. А. Проблемы внедрения психологических компонентов в диагностико-лечебную медицинскую практику. В статье описано медико-психологическое исследование особенностей возникновения и развития психологических механизмов посттравматического стресса и проанализированы психологические компоненты в работе с пациентами, относимыми к разряду кризисных личностей, переживших те или иные негативные воздействия, приводящие к нарушению их жизнедеятельности. Представлены типы реагирования на травматический стресс, в частности дана классификация реагирования на чернобыльскую атомную катастрофу, в которой было выделено шесть основных типов реагирования людей с учетом сочетания субъективных и объективных факторов травматического воздействия. Авторы рассматривают в статье общие особенности динамической паники, причины возникновения и механизм ее развития, а также описывают основные типы паники и их деструктивные последствия, связанные с психическими деформациями, физическими и выраженными психологическими травмами, утратой трудоспособности, нервными заболеваниями, срывами, инвалидностью.

Ключевые слова: медико-психологическое исследование, ЧАК, посттравматический стресс, паника, типы реагирования, психологическая помощь, кризисная личность, работа с пациентами.

Алексеева Т. С., Моляко В. О. Проблеми впровадження психологічних компонентів в діагностико-лікувальну медичну практику. В статті описано медико-психологічне дослідження особливостей виникнення і розвитку психологічних механізмів посттравматичного стресу і проаналізовані психологічні компоненти в роботі з пацієнтами, віднесених до розряду кризових особистостей, що пережили ті або інші негативні впливи, які призводять до порушення їх життєдіяльності. Представлені типи реагування на травматичний стрес, зокрема запропонована класифікація реагування на чорнобильську атомну катастрофу, в якій було виокремлено шість основних типів реагування людей з врахуванням поєднання суб'єктивних і об'єктивних факторів травмуючого впливу. Автори розглядають в статті загальні особливості динамічної паніки, причини виникнення і механізми її розвитку, а також описують основні типи паніки та їх деструктивні наслідки, пов'язані з психічними деформаціями, фізичними і вираженими психологічними травмами, втратою працездатності, нервовими захворюваннями, зривами, інвалідністю.

Ключові слова: медико-психологічне дослідження, ЧАК, посттравматичний стрес, паніка, типи реагування, психологічна допомога, кризова особистість, робота з пацієнтами.

Необходимость масштабного реформирования в области здравоохранения обусловлена не только социально-экономическими детерминантами, но также и существенными изменениями в повседневной жизни людей, которая все более и более насыщается информационными потоками, разнообразными стрессовыми воздействиями. Даже тем лицам, которых принято называть практически здоровыми приходится фактически постоянно пребывать в пограничных зонах риска, из которых есть

вероятность попасть в число пациентов с нервно-психическими отклонениями. По некоторым данным и мнениям специалистов во многих странах (в том числе и в Украине) общее количество лиц с нервно-психическими отклонениями различной сложности достигает очень высокого уровня. В связи с этим не приходится говорить о возрастающей актуальности осуществления специальных медико-психологических исследований протекания процессов нервно-психических отклонений и выработки эффективных, помимо традиционных, в том числе фармакологических, средств предупреждающей и клинической терапии.

Такого рода исследования пока еще по ряду причин в довольно скромных масштабах, осуществляются нами уже на протяжении примерно десяти лет комплексно с участием специалистов в области неврологии, психологии и психиатрии. Здесь мы хотели бы в продолжение наших предыдущих публикаций специально остановиться на двух моментах: особенностях возникновения и развития психологических механизмов посттравматического стресса и предлагаемых рекомендаций для повышения уровня психологической работы медперсонала с пациентами клиники (речь идет в основном о пациентах неврологического отделения).

Как это понятно, в нашем случае мы будем вести речь о работе с пациентами, относимыми к разряду кризисных личностей, переживших те или иные негативные воздействия, приводящие к нарушению их жизнедеятельности. Таковыми являются практически все, кто попадает в клинику в различного рода диагнозами, но сохраняющими тот или иной уровень сознательного переживания происходящего, серьезности своего заболевания, медицинского прогноза и д.т. Фактически речь может идти уже о проявлениях посттравматического стресса.

В связи с этим напомним, что травматический стресс является проявлением вынужденных переживаний, обусловленных различного рода негативными, выходящими за пределы монотонной обыденности воздействиями (угроза жизни, смерть или ранение близкого человека, стихийное бедствие, катастрофа и др.). Вполне понятно, что с учетом сочетания субъективных и объективных факторов людей можно разделить на различные группы реагирования на того или иного рода шоковые, травматические воздействия. Здесь мы остановимся на той классификации реагирования на чернобыльскую атомную катастрофу, которая в свое время была предложена В.А. Моляко (1988). По сумме различных показателей (в том числе своего рода самоотчетов) было выделено шесть основных типов реагирования.

Специальный анализ показал, что реагирование людей на Чернобыльскую атомную катастрофу, как и следовало ожидать, было различным не только в связи с уровнем знаний о случившемся. На поведение, на принятие решений каждым отдельным человеком влияли и его индивидуальные особенности. Трудно, разумеется, представить кого-либо, за исключением лиц с неадекватными реакциями, больных и т. п., кто бы никак не отреагировал на столь страшное событие. Особенности этих реакций

представляют немалый практический интерес, в частности, для изучения и прогнозирования поведения в аварийных ситуациях, в состоянии паники и пр.; тем более, что таких исследований у нас очень мало (о панике единственная работа А. С. Прангишвили – Прангишвили А.С., 1967). Вероятность не только «маленьких», но, к сожалению, и больших аварий, катастроф не уменьшается (катастрофа с теплоходом «Адмирал Нахимов», железнодорожная катастрофа под Уфой, десятки менее масштабных аварий).

В данном разделе сделана попытка проанализировать реакцию «обычных людей» на ЧАК. При этом мы ориентировались на разработанную нами концепцию реагирования на затрудняющие деятельность условия (Моляко В.А., 1978), взяв за основу положение о шести группах реагирования как гипотетическое в случае с ЧАК. Можно считать, что эти типы реагирования во многом совпадают с ранее выделенными шестью типами. В данном случае о характере поведения конкретного человека мы судили по его описанию своих действий, по выполнению (невыполнению) им основной работы, принятию важных решений, по длительности переживаний и др. Рассмотрим каждый из этих типов.

I тип — индифферентный. К нему относятся те, кто практически не проявил сколько-нибудь серьезной реакции, не изменил своего поведения, продолжая жить и работать так, как и до аварии. Он имеет разновидности. Если не считать тех, кто просто был недостаточно осведомлен, не проявил интереса к случившемуся (были и такие!), то это будут в основном две категории: мы их назвали «философы-фаталисты» и «стабильные флегматики». Первые просто считали, что «чему суждено быть, того не миновать» (среди них много верующих, воспринимающих ЧАК как кару и связывающих избавление от ее воздействия с волей Божьей). «Нет никакого смысла метаться – если мы получили большую дозу, то ее уже не вывести, а если нет, то тем более нечего мельтешить» (биолог Д. А.). Другие – это в целом спокойные люди, которых ничего не может вывести из себя. Сюда же следует отнести и некоторых лиц с пониженными умственными способностями.

II тип — «мобилизующийся» (парадоксальный). Те, кто под влиянием информации об аварии повысил свою активность, улучшил показатели в деятельности, активнее искал выход из сложившейся ситуации, забывая обо всем второстепенном.

Представители этого типа проявляют постоянную активность именно тогда, когда имеются основания для серьезных опасений, когда они убеждены, что действительно нужно действовать. Принятие решения о действиях они осуществляют на основании значимой для них информации, впрочем, можно сказать, что это касается и большинства остальных. Это важный момент в том смысле, что здесь можно предполагать «включение мобилизующих механизмов» не только у представителей этого типа. Но основной особенностью именно «парадоксалистов» является то, что они становятся максимально активными и деятельными именно при наличии затруднений, в экстремальных условиях. Инженер С. Ч. отмечает: «Для меня

было важно мнение хороших специалистов, Когда один из них объяснил мне серьезность положения, я сразу же решил: необходимо уезжать немедленно. На машине товарища мы вывезли наши семьи сначала в Черкассы, а потом в Крым. В июне присоединились к ним, буквально вырвав отпуска раньше времени».

III тип – «депрессивный». К нему относятся люди, замедляющие свою деятельность, снижающие активность под влиянием отрицательной информации. Они более скованы в решениях, долго размышляют и мало действуют, неадекватно реагируют на последующие, по их мнению, малозначимые сообщения и т. е. Преподавательница вуза Л. Д. говорит: «Сообщение о серьезности аварии буквально сковало меня, загипнотизировало. Я начала жить, как в полусне. Сама не могла ничего решать, как следует. Все время советовалась с другими. Сознание как бы опустошилось. Все время думала и переживала, как это все ужасно, рисуя себе картины одну страшнее другой. Это у меня как летаргический сон наяву. Так я живу до сих пор. Я никуда не уезжала».

IV тип – «чрезмерно активный». Лица данного типа в условиях поступления информации о ЧАК сразу же начали бурную деятельность, малоадекватную, не всегда продуманную, носящую хаотический характер. Это тип, который в данном случае можно назвать активно-паническим. Деятельность его представителей не всегда осознанная и, как правило, не дает сколько-нибудь ощутимых положительных результатов. Служащий Ф. П.: «Мне позвонили ночью и сказали, что нужно немедленно уезжать. Информация была устрашающей, и я бросился хватать самое ценное. Собрал пару чемоданов, забыв о деньгах. Вернулся домой с вокзала, взял деньги, поменял некоторые вещи – летние на зимние. Получилось уже больше, но я опять помчался на вокзал. Только там, увидев, что люди спокойны, я вспомнил, что забыл позвонить сестре с мужем. Позвонил им. Они меня, как всегда, высмеяли. Но я купил билет в Минск. Было еще время, и я опять поехал домой – поменять вещи. Оставил зимние, взял самые необходимые летние. Позвонил теперь уже из дому нескольким знакомым. Бросил чемоданы и помчался на вокзал, тут же сдал билет и купил новый – на Кавказ. Вскоре уехал, но в поезде немного успокоился и, разговорившись, подумал, что сделал глупость: все это разговоры, преувеличения. Зачем было ехать?! Я еще раздумывал, а потом в Днепропетровске вышел, взял обратный билет и вернулся в Киев. Когда я вернулся и начал звонить знакомым, то уже многие были обеспокоены. Я опять заметался, но билет уже достать было невозможно ни на поезд, ни на самолет, ни на автобус. Я развил бешеную деятельность и достал билет на самолет в Мурманск. Потом сдал, так как вылет был через десять дней. А тут успокаивающие сообщения по радио... А после десятого мая опять всплеск паники. Но билетов уже никуда достать было невозможно. На работе меня пристыдили...».

V тип – «активно-депрессивный» (циклический). Его представители вначале очень активно реагируют на сообщения, начинают действовать, но

затем сравнительно быстро впадают в противоположную крайность – бездействие, даже депрессию. «Вначале я заметалась, не зная, что делать. С кем-то советовалась, спорила с домашними, бегала к соседям, звонила на радио и телестудию, даже в милицию. Каждый говорит, что ему приходит на ум. Я приостыла. Потом опять слухи, разговоры. Я снова бросилась решать проблемы. И снова – передышка, апатия. И так все время. Как говорят, полосами».

VI тип – «скрытая паника». С самого начала некоторые люди реагировали на сообщение о ЧАК однозначно – «отключались», т.е. не только не активизировали свою деятельность, не только замедляли ее, но вообще ничего не предпринимали, «застывали». Здесь можно выделить две разновидности реагирования. Одни бездействовали, ничего особенного при этом не испытывая, не переживая. Другие бездействовали, но при этом очень сильно переживая случившееся – вся их активность протекала на уровне «спрятанных» психических переживаний, воображения и внешне не проявляющихся чувств. Типичный пример скрытой паники – рассуждения учительницы Е. Ш.:

«Это, наверное, был шок или что-то вроде него. Я узнала о случившемся от родителей учеников, когда пришла утром в школу после майских праздников. Они были встревожены, но как поступить с детьми не знали. Я стала думать о классе, и о своих детях, уже не школьников. И абсолютно ничего не могла сообразить, фактически ничего не предпринимала... Так было и в последующем. Многие удивлялись моему спокойствию, а я будто отупела. Может быть, это защитная реакция».

Это тип, как нетрудно понять, существенно отличается от первого – представители первого не бездействуют, они работают, действуют по-прежнему, а представители VI типа фактически ничего не делают («У меня все валилось из рук», «О том, чтобы что-то делать осмысленное в то время не могло быть и речи» и т.п.).

По приведенным свидетельствам можно установить, что наблюдался не только эффект устойчивого реагирования, но и своего рода динамика «перехода из одного типа в другой», т.е. некоторые люди по-разному реагировали в зависимости от информации, от своего понимания ситуации, от степени своей адаптированности к условиям жизни после ЧАК и т. д.

В целом наименее многочисленными были представители первых двух типов (соответственно примерно около 9 и 3%). Далее в среднем распределение по типам было таким: III – около 17%, IV – около 20%, V – около 22%, VI – около 28%. При этом по мере удаления даты ЧАК динамика «перехода из типа в тип» отражала следующую картину: число представителей I, III, VI групп увеличивалось, IV, V – уменьшалось, II – оставалось примерно одинаковым. Имеющиеся в нашем распоряжении данные однозначно говорят о заметном снижении профессиональной и общей активности во все периоды формирования представлений о последствиях ЧАК.

Думается, что даже этот скромный анализ некоторых аспектов последствий ЧАК дает нам основания говорить о чрезвычайно серьезном влиянии случившегося не только на генетику, медицину, экономику, но и, что уж никак не менее важно, на развитие наших экологических взглядов, формирование нового постчернобыльского мышления, может быть, даже мировоззрения.

Выявление феномена непрерывной скрытой паники свидетельствует о необходимости серьезных мер не только государственного, но, наверное, и общемирового масштаба для решения этой проблемы. Этому помогут и попытка выявления типов реагирования на ЧАК, дальнейший анализ особенностей понимания и интерпретации последствий аварии, выработка своего рода постчернобыльского стиля жизни для различных регионов, в первую очередь, конечно, для пострадавших в чисто биофизиологическом плане.

Как это нам нетрудно было сопоставить, выделенные выше типы достаточно четко вписываются в реальную типологию реагирования пациентов на достаточно серьезные медицинские диагнозы, длительность и интенсивность самого заболевания, общее состояние организма и психики, окружающую обстановку и т.д. В связи с этим имеет прямой смысл специально разрабатывать и осуществлять соответствующие подходы к пациенту, рекомендации его родственникам, соседям по палате, беседы с ним самим и т.п.

Здесь мы лишь кратко остановимся на различного рода общих особенностях паники, которые в нашем случае могут иметь непосредственное отношение к конкретному общению медперсонала с пациентами.

Большинство определений паники связано с проявлением массового страха перед реальной или воображаемой угрозой, состояние периодического испуга, ужаса, нарастающих в процессе взаимного заражения ими. Считается, что паника – одна из форм поведения толпы. Однако следует подчеркнуть, что некоторые авторы рассматривают панику, проявляющуюся и на индивидуальном уровне. Представляется, что панику можно классифицировать по масштабам, глубине охвата, длительности и деструктивным последствиям.

По масштабам различают индивидуальную, групповую и массовую панику. В случае групповой и массовой паники захватываемое ею количество людей различно: групповая – от двух-трех до нескольких десятков и сотен человек (если они разрознены), а массовая – тысячи или гораздо больше людей. К тому же массовой следует, очевидно, считать панику, когда в ограниченном, замкнутом пространстве (на корабле, в здании и пр.) ею охвачено большинство людей независимо от их общего числа.

Под глубиной охвата имеется в виду степень панического заражения сознания. В этом смысле можно говорить о легкой, средней панике и панике на уровне полной невменяемости. Легкую панику можно, в частности, испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапно,

но не очень сильном сигнале (звук, вспышке и пр.). При этом человек сохраняет почти полное самообладание, критичность. Внешне такая паника может выражаться лишь легкой удивленностью, озабоченностью, напряжением мышц и т.п. Средняя паника характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, возрастанием страха, подверженностью внешним воздействиям. Типичный пример средней паники – скупка товаров в магазинах при циркуляции справедливых или фиктивных слухов о повышении цен, исчезновении товаров из продажи и т.д. Паника средней глубины часто проявляется при проведении военных операций, при небольших транспортных авариях, пожаре (если он близко, но непосредственно не угрожает) и различных стихийных бедствиях. Полная паника – паника с отключением сознания, аффективная, характеризующаяся полной неменяемостью – наступает при чувстве большой, смертельной опасности (явной или мнимой). В этом состоянии человек полностью теряет сознательный контроль за своим поведением: может бежать куда попало (иногда прямо в очаг опасности), бессмысленно метаться, совершать самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключая критическую их оценку, рациональность и этичность. Это классические примеры паники на кораблях «Титаник», «Адмирал Нахимов» (в последнем случае скорость событий не дала развернуться панике «на полную мощь»), а также во время войны, землетрясений, ураганов, пожаров в универмагах и т.д.

По длительности паника может быть кратковременной (секунды и несколько минут), достаточно длительной (десятки минут, часы), пролонгированной (несколько дней, недель). Кратковременная паника – это, например, паника в автобусе, потерявшем управление, и т.п. Достаточно длительной бывает паника при землетрясениях, не развернутых во времени и не очень сильных. Пролонгированная паника – это паника во время длительных боевых операций, например, блокада Ленинграда; после взрыва на ЧАЭС. Поскольку речь идет о временной протяженности паники, считаю необходимым обосновать здесь введение понятия «непрерывная паника», которое, на мой взгляд, характеризует истинное положение о последствиях Чернобыльской атомной катастрофы (ЧАК). Для этого имеются достаточные основания: уже более пяти лет люди в различных и по-разному зараженных радиацией зонах пребывают в состоянии постоянной тревоги и напряженности, подвергаясь опасности дополнительного заражения нуклидами в пище, воде, воздухе и испытывая чувства неясности, неопределенности, страха за самих себя, своих детей и близких. Правда, эта непрерывная паника носит в основном скрытый, недостаточно проецируемый вовне характер, проявляясь лишь отдельными вспышками отчаяния, озлобленности, опустошенности, депрессии и т.д. Анализу именно непрерывной скрытой атомной паники и посвящена данная статья.

Рассматривая деструктивные последствия паники, мы выделяем следующие ее типы: 1) паника без каких-либо материальных последствий и регистрируемых психических деформаций; 2) паника с разрушениями,

физическими и выраженными психическими травмами, утратой трудоспособности на непродолжительное время; 3) паника с человеческими жертвами, значительными материальными разрушениями, нервными заболеваниями, срывами, инвалидностью и длительной утратой трудоспособности.

Деструктивные последствия паники во время войны и последствия длящейся паники после ЧАК можно отнести к третьему типу. Нам не известна статистика гибели людей в результате начальных и последующих проявлений паники после взрыва на ЧАЭС, но на основе бесед с профессионалами (врачи, военные и др.), некоторых частных свидетельств можно предположить, что отдельные смертельные случаи скорее всего являются прямым следствием сильных переживаний, связанных с реакцией на ЧАК.

Остановимся кратко на причинах возникновения и механизмах развития паники. Общепринято считать основными причинами паники страх, ужас, гиперболизируемые нередко конкретным состоянием людей, в частности их неготовностью к неожиданностям, внезапным опасностям, отсутствием соответствующей критичности при оценке конкретных ситуаций («у страха глаза велики»). Военные специалисты среди причин паники у солдат и офицеров называют общее моральное состояние, низкий уровень дисциплины, отсутствие авторитета у командиров.

По существующим описаниям, есть два основных момента, определяющие возникновение паники. Первый связан главным образом с внезапностью появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности, например, при пожаре, взрыве, аварии и т.п. Второй можно связать с накоплением соответствующего «психологического горючего» и срабатыванием «реле», определенного психического катализатора. Длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды – все это создает благоприятный фон для возникновения паники, а катализатором в этом случае в принципе может быть все, что угодно (замкнуть цепь опасений может не только сильный испуг, страх, но и абсолютно безопасные по сути проявления, звуки, слова, чье-то поведение, какие-то сигналы, не имеющие никакого отношения к ожидаемым опасностям).

Механизм развития бурной динамической паники можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь: включение «пускового сигнала» (вспышка, громкие звуки, обвал помещения, землетрясение и т.д.), воссоздание образа опасности (он может быть самым различным), активизация защитной системы организма на различных уровнях осознания и инстинктивного реагирования и следующее за этим паническое поведение (или какая-то его менее паническая модификация, в том числе и пассивное реагирование, заторможенность). Возможности возникновения паники труднопредсказуемы, что отмечают военные психологи. Но в ряде случаев можно говорить о повышении вероятности возникновения паники (некоторые из аспектов данной проблемы так или

иначе рассматриваются в работах специалистов по психологической войне). Здесь мы коснемся главной, с нашей точки зрения, причины – это полная психологическая неготовность к такому событию, как ЧАК. В самом деле, современный человек более или менее подготовлен к таким событиям, как транспортная авария, пожар, нападение бандитов, стихийное бедствие, эпидемия и пр., причем некоторые люди находятся в состоянии повышенной готовности к подобным событиям, например пожарники, милиционеры, спасатели, врачи и др. Военные, естественно, готовы к неожиданностям боя, сражений (особенно те, которые участвовали не только в учебных, но и в реальных операциях, например «афганцы»). Очень слабым оказался уровень готовности к возможным атомным военным событиям у ряда специалистов, военных, врачей. Но никто во всем мире не был готов к такой колоссальной атомной катастрофе, которая случилась в Чернобыле. При этом я имею в виду, разумеется, не саму аварию непосредственно на АЭС – как это описано в ряде достоверных свидетельств. Можно с полной ответственностью сказать, что очень многие люди, прежде всего некоторые работники станции, пожарные, военные, милиционеры, врачи, проявили настоящий героизм, самоотверженность, а порой и высочайшее мастерство в решении оперативных задач, связанных с аварией. Этим людям без малейшего преувеличения обязан весь мир и в первую очередь Европа. Но в данном случае мы анализируем поведение не непосредственных «ликвидаторов» последствий аварии, а тех, кто был на некотором удалении, в частности киевлян. Состояние психологической неготовности к адекватному восприятию случившегося можно объяснить следующими причинами:

- уникальностью аварии (не было аналогов для сравнения, что создало чрезвычайное когнитивное напряжение при оценке данного события);

- очень слабой подготовкой подавляющего большинства людей к рациональным действиям в случае атомной опасности (органы гражданской обороны, как правило, не функционировали);

- недостатком конкретной информации и одновременно своего рода информационной анархией, определявшими часто стихийное и неразумное поведение многих людей, низким порогом критичности к поступающим сведениям (слухам);

- эмоциональной неустойчивостью, обусловленной, в частности, директивными формами управления, заторможенностью собственной инициативы, что проявляется в условиях нарушения каналов управления (предоставленность самим себе в сложных условиях переживается особенно остро).

Все это было усугублено негибким поведением руководства на различных этажах власти, засекреченностью многих сведений о масштабах и характере радиационного загрязнения, безнравственной пассивностью медиков и других специалистов.

Таким образом, складывалась достаточно благоприятная почва для возникновения индивидуальных и массовых эмоциональных реакций

панического характера, основывающихся на постоянной тревоге и сильном чувстве страха.

Об особенностях подготовки медперсонала к работе с кризисными пациентами речь пойдет в нашей следующей статье.

Alekseieva T. S., Moliako V. A. The problems of implementation of psychological components to the diagnostic-therapeutic medical practice. The article describes medical-psychological research of peculiarities of posttraumatic stress psychological mechanisms' appearance and development, analyzes psychological components in the work with patients, categorized as crisis personalities, rubbed through some negative influences, leading to the activity disorders. Presents the types of reaction on traumatic stress, particularly the proposed classification of reacting on Chernobyl nuclear catastrophe, in which six main types of people's reacting considering the integration of subjective and objective factors of traumatic influence. In the article authors observe general features of dynamic panic, the reasons of its appearance, and mechanisms of its development describe main types of panic and its destructive consequences, connected with psychic deformations, physical and vivid psychological traumas, loss of efficiency, nervous diseases, breakdowns, disablement.

Keywords: medical-psychological research, Chernobyl nuclear catastrophe, posttraumatic stress, panic, types of reacting, psychological help, crisis personality, work with patients.