

Психологічні та поведінкові питання, з якими медичні працівники мають бути обізнані у разі застосування хімічних, біологічних, радіологічних або ядерних (ХБРЯ) речовин

Вступ

Подія, пов'язана з впливом або потенційним впливом речовин ХБРЯ, створює страх і невпевненість. Хоча речовини ХБРЯ іноді застосовуються зі зловмисними цілями, наприклад, терористами, більшість наслідків цього і впливу на оточення є ненавмисним і є результатом збою або пошкодження штучних систем, призначених для забезпечення та захисту населення. Техногенна природа подій з речовинами ХБРЯ часто збільшує ймовірність і серйозність несприятливих психологічних наслідків. Після масового впливу речовини ХБРЯ контроль гострих психологічних та поведінкових реакцій буде таким же важливим, як і лікування будь-яких травм і захворювань, викликаних речовинами ХБРЯ.

Вплив речовин ХБРЯ часто є страшною загрозою, яка вважається катастрофічною з можливістю серйозних захворювань, травм або загибелі. Радіацію, наприклад, не можна побачити, вона не має запаху і її наявність неочевидна. З цих причин у людей часто виникають найгірші фантастичні припущення. Люди часто вимушені покладатися на медичних працівників і вчених, щоб визначити факт опромінювання та/або його дозу. Вплив речовини ХБРЯ може проявитися не відразу. Наслідки її впливу на здоров'я можуть також призвести до відстроченого впливу на майбутні покоління, як фізіологічного, так і психологічного. Ті, хто вже постраждав або очікують можливого впливу, відчувають почуття вразливості, тривоги та відсутності контролю. Поширена відсутність консенсусу серед експертів може посилити страх і обурення громадськості.

Після масового впливу речовини ХБРЯ контроль гострих психологічних та поведінкових реакцій буде таким же важливим, як і лікування будь-яких травм і захворювань, викликаних речовинами ХБРЯ.

Існують три групи психологічних реакцій на подію із застосуванням ХБРЯ: дистрес (психологічний тиск), зміни поведінки та психіатричні захворювання. Дистрес після події з ХБРЯ є поширеним явищем і проявляється як смуток, гнів, страх, труднощі зі сном, порушення концентрації

та невіра. Ці симптоми можуть посилюватися, якщо постраждалі вважають, що можна було щось зробити, щоб запобігти впливу, або що занепокоєння щодо впливу не були належним чином вчасно ураховані. Психологічний тиск після інциденту з ХБРЯ також може проявлятися у вигляді соматичних скарг, для яких не вдається встановити діагноз (часто їх називають «MIPS» — множинні ідіопатичні фізичні симптоми). Ці пацієнти повинні знаходитися під наглядом медичних працівників загального профілю. В поведінці деяких людей будуть спостерігатися зміни – наприклад, зменшення подорожей, переважне перебування вдома, відмова відправляти дітей до школи, а також збільшення куріння та вживання алкоголю.

У переважній більшості людей страждання та психологічні і поведінкові симптоми, пов'язані з впливом травматичної події, з плином часу зменшуються.

У інших, однак, симптоми зберігаються і впливають на їхню поведінку вдома та на роботі навіть можуть призвести до психіатричних захворювань. Хоча гострий стресовий розлад (ASD) і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) сприймаються більшістю людей як наслідок травми, серед них також

Див. далі

зустрічаються велика депресія, часте вживання психоактивних речовин, сімейні конфлікти та генералізований тривожний розлад.

Важливо пам'ятати, що люди, які раніше не хворіли на психіатричні захворювання, стають уразливими до них після впливу речовин ХБРЯ.

До групи високого ризику розвитку психіатричних розладів належать такі особи:

- ті, хто безпосередньо підданий впливу;
- ті, хто має наявні психічні захворювання;
- ті, хто зазнав втрат джерел існування та зриву їхньої соціальної підтримки після події.

У ході війни відбувається, як правило, низка технічних аварій, терористичних атак та використання нової зброї, а це свідчить про те, що офіси медичних працівників, медичні клініки та лікарні будуть переповнені пацієнтами з симптомами і без них, які вимагають обслідування та допомоги на предмет можливого зараження внаслідок події з ХБРЯ. У деяких із цих пацієнтів буде діагностовано захворювання, пов'язане з впливом речовин ХБРЯ, у інших – захворювання, не пов'язані з таким впливом, а у великій кількості будуть виявлені симптоми, етіологія яких не може бути встановлена. Дуже консервативна оцінка співвідношення кількостей пацієнтів медичних установ без симптомів та з симптомами становить 4:1. Протягом деякого часу безпосередньо після події багато пацієнтів, які фактично не зазнали впливу, боятимуться, що зазнали його – тому що вони будуть неправильно приписувати ознаки та симптоми вегетативного збудження жакливному впливу речовини ХБРЯ. У довгостроковій перспективі пацієнти звертатимуться до пунктів первинної медичної допомоги з численними соматичними скаргами, етіологію яких неможливо визначити. Стратегії ведення таких пацієнтів викладені у Додатку А.

I. Медичні і лікувальні установи та психіатрична допомога після події із застосуванням ХБРЯ

Після події із застосуванням ХБРЯ люди, ймовірно, звертатимуться до медичних працівників за інформацією та вказівками. Наприклад, після нападів 2001 року із застосуванням сибірської виразки 77% американців з репрезентативної вибірки повідомили, що найбільше довірятимуть власному лікарю як надійному джерелу інформації.

Медичні працівники відіграють ключову роль у визначенні того, як пацієнти та широка громадськість реагують на подію із застосуванням ХБРЯ. Добре організована, ефективна медична реакція вселяє надію та впевненість, зменшує страх і тривогу та підтримує безперервність основних функцій громади.

Медичні працівники також піддаються страху та жаху. Після спалахів інфекційних захворювань (наприклад, спалах легеневої чуми в Сураті (Індія)) та інших випадків застосування нових або незнайомих, небезпечних для життя бойових речовин повідомлялося про прогули, втечі, відмову бачити пацієнтів та інші форми поведінки, спричинені страхом.

Деяких медичних працівників спонукають побоювання про свою особисту безпеку. Іноді під час події ХБРЯ медичні працівники, як і інші, втікають від виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я через страх бути заразними або переносити заразу від людини до людини. Багато з тих, хто відмовляється від виконання своїх обов'язків, роблять це тому, що відчують потребу захистити свої сім'ї від впливу небезпечних речовин або потребу евакуації з території заради особистої безпеки.

Забезпечення розуміння впливу речовин ХБРЯ медичними працівниками і захисні контрзаходи можуть звести до мінімуму відмову від виконання військових завдань. Можливо, найважливішим є те, що медичні працівники з більшою ймовірністю надаватимуть допомогу пацієнтам, якщо вони вірять, що про їхні сім'ї будуть піклуватися протягом їхньої відсутності. Наявність постійного телефонного зв'язку з сім'ями та відданість персоналу допомозі здоров'ю сім'ї медиків будуть заспокоювати медичних працівників і допомагати їм зосередитися на своїй місії.

II. Сортування та початкове розташування

Сортування та розташування потерпілих є складним завданням. Наприклад, у 1987 році під час інциденту з розповсюдженням радіоактивного ізотопу Cs-137 у Гоянії (Бразилія) 8,3% з перших 60 тис. людей, які пройшли первинне обстеження, мали ознаки та симптоми, що узгоджувалися з гострою променевою хворобою: почервоніння шкіри, блювота, діарея тощо, хоча вони не були піддані дії цього ізотопу.

Ніколи не слід вживати вираз «клопіт здорових» та подібними зневажливими термінами. Коли такі ярлики натякають на те, що «це все у вашій голові», пацієнти відчувають стигматизацію і що стан їхнього здоров'я не сприймається серйозно. Вживання таких ярликів сприяє недовірі до медичної спільноти та дієвості її зусиль. У ситуаціях, які вимагають сортування, нестигматизуюча термінологія, така як «високий ризик», «помірний ризик» та «мінімальний ризик», передає тривале занепокоєння станом здоров'я пацієнтів та стеження за ним, що заспокоює пацієнтів.

Фахівці з психічного здоров'я, а в ідеалі — психіатри, які мають досвід роботи як лікарі, мають бути невід'ємною частиною підрозділів, які проводять первинне обстеження та сортування.

Звернення до спеціаліста з психічного здоров'я зазвичай сприймається як стигматизація. Пацієнт може відчувати, що лікар пропустив важливі ознаки зараження і передчасно відкидає їх.

Створення «Центру розширеної медичної допомоги невідкладної допомоги» (ESECC) є важливим засобом моніторингу пацієнтів, які все ще бояться і не заспокоюються навіть у разі сприятливих висновків. У випадку, якщо пацієнту поставлено неправильний діагноз, його можна відправити з супроводженням назад у відділення невідкладної допомоги. Сюди також можна направляти пацієнтів з незначними фізичними проблемами, які не можуть повернутися додому. В ідеалі прості завдання, які пацієнти можуть виконувати, перебуваючи в ESECC, були б доречними та допомагали їм вийти з ролі пацієнта та відновити відчуття контролю.

III. Ранні психологічні втручання

Ранні психологічні втручання, такі як перша психологічна допомога (PFA), надаються в перші години, дні та тижні після впливу речовини ХБРЯ. PFA ґрунтується на наборі принципів «не завдай шкоди», які включають: заспокоєння збудження та зменшення страху, посилення почуття безпеки, посилення почуття причетності, відновлення надії та розширення можливостей окремих людей і спільноти. У випадку інциденту з речовинами ХБРЯ критичним елементом PFA є якісне медичне обслуговування. Крім того, принципи PFA можуть бути доповнені наступним:

Перша психологічна допомога

- Зменшити фізіологічне збудження – спонукання відпочити, спати, і нормалізація циклів їжі/сну/роботи;
- забезпечити їжу та притулок у безпечному середовищі;
- орієнтувати постраждалих на наявність обслуговування та підтримки;
- полегшити спілкування з родиною, друзями та громадою;
- допомогти знайти близьких людей;
- утримувати сім'ї разом і сприяти зустрічі з близькими людьми;
- надавати інформацію та підтримувати спілкування та освіту;
- спостерігати і слухати тих, хто найбільше постраждав;
- зменшити вплив нагадувань про травматичні події;
- порадити зменшити перегляд або прослуховування ЗМІ, які висвітлюють надмірно травматичні зображення та звуки (наприклад, людей, що

вистрибують з будівель, історії жертв);

- навчати пацієнтів перевіряти чутки, звертаючись до наявних інформаційних джерел;
- звертатися до усталених громадських організацій для заохочення соціальної поведінки та освіти (наприклад, до релігійних установ та підприємств);
- розповсюджувати листівки та створюйте веб-сайти;
- заохочувати спілкування з пацієнтами та залучання їх до природної соціальної підтримки, як-от сім'ї, друзів, сусідів та колег. Це сприятиме обговоренню страхів, міжособистісній підтримці та ранньому виявленню стійких симптомів;
- якщо симптоми не зникають, запропонувати повторне обстеження;
- розказувати про очікуване природне одужання, яке з часом настає у більшості людей;
- «дебріфінг» є спірним гострим втручанням. У Додатку В це питання розглядається більш детально.

IV. Охорона здоров'я: обстеження та діагностика

- Психологічні та поведінкові проблеми, пов'язані з інцидентом ХБРЯ, як правило, значно переважають проблеми контролю та лікування соматичних захворювань.
- Депресія, важка втрата, сімейні конфлікти та розвиток соматичних розладів психогенної природи будуть більш поширеними психіатричними проявами, ніж посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
- Можна очікувати посилення куріння та збільшення вживання алкоголю, принаймні в короткостроковій перспективі.
- Порушення сну, надпильність, зниження зосередження та невпевненість будуть поширеними ранніми симптомами психологічного тиску. З цим слід боротися шляхом навчання, консультацій і, можливо, короткочасного використання снодійних препаратів для покращання сну.
- Повідомляючи пацієнтів та громадськість, слід вбачати невизначеність наслідків для здоров'я, а не зводити їх до мінімуму.
- Принципи медичної допомоги та ведення пацієнта з незрозумілими з медичної точки зору симптомами (MUPS) включають:
 1. Ретельно оцініть та запишіть особливості, які турбують пацієнтів.
 2. Призначайте наступні зустрічі, а не кажіть йому «повертайтеся, якщо виникнуть проблеми».
 3. За потреби проконсультуйтеся з медичним керівництвом.

4. Вислухайте страхи та занепокоєння пацієнта.

- Коли пацієнти дуже налякані, вони погано обробляють або запам'ятовують інформацію. Слід скористуватися роздатковими матеріалами про речовину ХБРЯ, що викликає занепокоєння, у яких узагальнені ключові моменти та інструкції щодо подальших дій.
- Багато людей не будуть впевнені, чи вони хворіють внаслідок впливу речовини або речовин ХБРЯ (у разі радіаційного опромінення, ця кількість становить до 50% тих, хто знаходиться в забруднених районах).
- Усі будуть хвилюватися про пошкодження свого генетичного матеріалу та потенційну шкоду майбутнім поколінням. Коли впливу піддані діти, батьківські страхи посилюються, і діти потребуватимуть догляду та втручання, відповідного їхньому розвитку.
- Негативні життєві події, які відбуваються після інциденту з ХБРЯ, підвищують ризик психічних розладів, інших соматичних захворювань та травм.
- Тривожність зменшується шляхом посилення самодостатності та надання інформації, якою можна скористуватися, щоб захистити себе та свою сім'ю.
- Може бути значною психологічна цінність розповсюдження захисних механізмів (ліки, антитоти, пристрої тощо).
- Пацієнти, які звертаються до медичних працівників із численними соматичними скаргами, можуть страждати від соматичного захворювання, або це може бути вираженням психологічного тиску, депресії чи деморалізації. Для точної диференціальної діагностики та лікування цих осіб знадобиться освіта медичних працівників первинної ланки.
- Відсутність вихідних даних про стан здоров'я в популяціях, які піддалися впливу, призведе до того, що окремі особи та спільноти неправильно відносять хворобу до впливу речовин ХБРЯ.

Освіта пацієнтів

- Постійне навчання щодо ризиків та захисних контрзаходів допоможе зменшити страх, занепокоєння та страждання.
- Медичні працівники повинні передбачити питання про безпеку їхньої їжі та води, а також про те, чи заражені будинки.
- Слід повідомляти пацієнтів про те, що дистрес є універсальним явищем і що вони можуть відчувати звичайно поширені реакції, такі як порушення сну, втрата апетиту та зниження зосередження,

які повинні зникнути протягом наступних кількох тижнів. Якщо ці симптоми не зникають або починають впливати на їхню роботу чи вдома, слід звернутися до свого лікаря.

- Страхи та заклопотаність впливом або зараженням і їх довгостроковими наслідками для здоров'я можуть залишатися досить значними протягом місяців або навіть років. Важливо реагувати на них точно й чуйно, а також розпізнавати те, що невідомо.
- Зображення та сюжети, пов'язані з різними видами впливу, а також близькість до нещодавніх подій (радіація та ядерна енергетика, інфекційні спалахи тощо), ймовірно, посилять страх.
- Пацієнтам слід поради, що думки різних експертів можуть бути суперечливими і, в ідеалі, як їх відрізнити одну від одної.
- Медичні працівники повинні розуміти основні аспекти розбіжностей щодо наслідків впливу речовин ХБРЯ на здоров'я, що викликає занепокоєння, і бути готовими пояснити їх пацієнтам дуже відверто і простою мовою. Повідомляючи про це пацієнтам та громадськості, невпевненість щодо впливу на здоров'я слід визнавати, а не применшувати.
- Для медичних працівників повинні бути розроблені прості метафори або інші повідомлення для пояснення складних наукових ідей, які лікарі можуть використовувати у розмовах зі своїми пацієнтами (а також з'являючись у кампаніях у ЗМІ).
- Можна очікувати стигматизацію тих, хто зазнав впливу або подорожує із забруднених територій. Це вплине на переїзд та вступ нових учнів до шкільних систем.
- Просвітницька робота з питань охорони здоров'я в шкільних навчальних закладах, програми освіти батьків і вчителів та навчання шкільних медичних сестер можуть зменшити занепокоєння суспільства.
- Для багатьох пацієнтів джерелом інформації стануть соціальні мережі. Комунікація та дезінформація на основі страху швидко поширюватимуться після інциденту з ХБРЯ. Слід заохочувати пацієнтів користуватися надійними джерелами інформації. Ті, хто керує заходами з подолання наслідків ХБРЯ, мають використовувати соціальні медіа як механізм надання громадськості точної, постійної та регулярно оновлюваної інформації.

VI. Особливі аспекти (діти та вагітні жінки)

- Турбота батьків про дітей буде значною – до того ж незалежно від того, чи дитина піддана впливу або ні.
- Повідомлення батьків про дитячі страждання, жахи та занепокоєння містять як точні спостереження, так і страхи батьків.
- З причин високого рівню дистресу у батьків важливо проводити безпосереднє обстеження стану здоров'я дітей та підлітків для визначення психічного здоров'я дитини.
- Після інциденту з ХБРЯ вагітні жінки та жінки з маленькими дітьми будуть страждати від сильного занепокоєння. Вагітні жінки можуть вдатися до абортів, щоб уникнути очікуваних або побоювання можливих вад розвитку дитини. У таких випадках потрібні спеціальні поради та консультації.

VII. Охорона здоров'я та психічне здоров'я

- Важливими психологічними заходами є створення клінічного реєстру та відповідний нагляд за станом здоров'я. Пацієнти, контактна інформація яких записана в базу даних, будуть більш впевнені, що подальше спостереження буде доступним.
- Програми відмови від куріння можуть бути важливим заходом охорони здоров'я.
- Повинні бути доступні для розповсюдження роздаткові матеріали про методи та заходи боротьби зі стресом і страхом.
- Важливою буде також роз'яснювальна робота щодо охорони здоров'я серед громадян похилого віку, оскільки їхні переживання можуть призвести до того, що вони не зможуть залишатися вдома. Для цієї групи та тих, хто залишається вдома та має хронічні медичні потреби, знадобляться контактні програми патронажу на дому.
- Сімейні занепокоєння щодо генетичного впливу на майбутні покоління будуть сильними.
- Люди будуть прагнути виїхати з забруднених територій - як терміново, так і з плином часу.
- Багато хто вважає, що федеральний уряд повинен сплатити за їх переїзд і компенсувати вартість втраченого майна.
- Джерела інформації про ризики важливі так само – або навіть більше – ніж зміст такої інформації; це запорука довіри до неї.
- Забруднення харчових продуктів, зокрема молока та етнічно важливих продуктів (наприклад, північних оленів у Норвегії після Чорнобильської катастрофи) створює гострі та довгострокові потреби в освіті та потенційні потреби у нагляді за станом здоров'я.

- Забруднені спільноти можуть проявляти згуртованість або гнів, низький моральний дух і зниження рівня соціальних обслуговування через страждання та економічні втрати.
- Переїзд сімей є складним процесом і вимагає особливої уваги до сімейних потреб і соціальної справедливості. Важливим є максимальний вибір сімей. Деякі (можливо, 10%) не захочуть рухатися куди-небудь після подій, після яких це рекомендується.
- Очікуйте занепокоєння з приводу того, чи є справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я між тими, хто постраждав або, як вважають, постраждали (харчування, охорона здоров'я тощо). Сприйняття несправедливості підкреслює соціальні розломи і може розділяти спільноти.
- Обґрунтування визначення пріоритетів послуг, має бути роз'яснено громадськості та має бути розумним для тих, хто має низький пріоритет.
- Очікуйте та плануйте постійний нагляд за станом здоров'я потерпілих протягом місяців або років.
- Страхи перед впливом ХБРЯ можуть мобілізувати на проявлення героїзму, так і на уникання серед тих, хто швидко реагує на несподіванки цього типу. Обидва можуть мати важливий позитивний або негативний вплив на продуктивність.
- Розподіл захисних механізмів слід щільно спостерігати, запобігаючи зловживання та експлуатацію.
- Стрес при знаходженні на забрудненій території або поблизу неї збільшується через часто наявну потребу залишатися в цьому місці через роботу або неможливість продати своє житло. Це матиме довгострокові психологічні та, можливо, фізіологічні витрати здоров'я.

ДОДАТОК А

Зв'язок між працівниками первинної медичної допомоги та пацієнтами: освітні стратегії після інциденту з ХБРЯ

Загальна інформація

- У багатьох людей страх перед впливом речовин ХБРЯ може спричинити постійне занепокоєння станом здоров'ям або довільне пов'язування ідіопатичних симптомів з доброякісними або малоймовірними впливами.
- Великий відсоток населення в цілому відвідуватиме свого працівника первинної медичної допомоги щороку, що робить первинну медичну допомогу вирішальною умовою для поширення в суспільстві точної інформації про ризики для здоров'я після впливу ХБРЯ.

- Навіть за звичайних обставин значна частина пацієнтів первинної ланки звертається за допомогою з медично незрозумілими фізичними симптомами (наприклад, ідіопатична втома та біль).
- Тому для забезпечення належної медичної допомоги та лікування необхідні комунікаційні та освітні плани для працівників первинної медичної допомоги, які працюють із населенням, що потребує медичної допомоги.

Сортування комунікаційних актів первинної медичної допомоги

- Після виникнення підозри на вплив певної речовини клінічним установам первинної медичної допомоги слід регулярно оцінювати ступінь занепокоєння з приводу захворювання, пов'язаного з цим впливом, окремо від фактичного впливу: «Чи пов'язаний ваше сьогоднішнє відвідування лікаря із занепокоєнням щодо впливу (вказіть назву речовини ХБРЯ)?» на початку кожного відвідування.
- Для всіх пацієнтів, які відвідують установу первинної медичної допомоги незалежно від причини, важливо визначити вплив речовин ХБРЯ на них. У деяких ситуаціях це можна зробити за допомогою технології або хронологічного аналізу місцезнаходження та тривалості знаходження у ньому пацієнта протягом критичного періоду, а також його симптомів.
- Пацієнти, які відповідають «так» або «можливо» на анкету про їх занепокоєння з приводу захворювання, пов'язаного зі впливом, повинні пройти поширене обслідування у пункті первинної медичної допомоги, щоб з'ясувати характер занепокоєння пацієнта, очікування та цілі відвідування медичного закладу. Ці занепокоєння та очікування визначають медичне сортування та інтенсивність зусиль щодо повідомлення про ризику.
- Оцінка симптомів та можливого захворювання після події ХБРЯ включатиме фізичні та психологічні симптоми та захворювання. Важливими є оцінка наявності посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивних або тривожних розладів, а також зміна кількості вживаного алкоголю або куріння.
- На підставі цієї первинної оцінки в установі первинної медичної допомоги щодо впливу, занепокоєння, наявності чи відсутності симптомів, а також наявності чи відсутності захворювання (фізичного та психіатричного) пацієнтів можна віднести до категорій лікування, подальшого

спостереження, навчання та консультування щодо ризику, симптомів, занепокоєння та/або встановленого захворювання.

- Часто працівник первинної медичної допомоги має найбільші труднощі у спілкуванні з тими, хто:
 1. можливо, підданий впливу, але безтурботний і не має симптомів або захворювання;
 2. підданий або не підданий впливу з високим рівнем занепокоєння, але безсимптомний (немає симптомів або захворювання);
 3. підданий або не підданий впливу з високим рівнем занепокоєння та незрозумілими симптомами (наприклад, відсутність захворювання). Цих пацієнтів часто відносять до категорії пацієнтів з множинними ідіопатичними фізичними симптомами (MIPS).

Комунікаційні втручання для критичних груп початкового обстеження

- Пацієнт, можливо підданий впливу, але не турбується та не має симптомів або захворювання — багато пацієнтів вважають незначущими особисті медичні потреби або нехтують ними. Припускаючи, що медичні потреби є підгострими, слід отримати детальну контактну інформацію та ввести її до місцевого реєстру, щоб полегшити подальше спостереження та таким чином переконатися, що пацієнт належним чином пролікував травми та наслідки впливу.
- Пацієнт, підданий або не підданий впливу з високим рівнем занепокоєння, але безсимптомний — у деяких пацієнтів занепокоєння посилене, але вони неодноразово спираються запевненням клініциста.
- У ситуації з масовими жертвами такі пацієнти можуть порушити надання невідкладної медичної допомоги; слід скласти окремі плани для цих пацієнтів, виділивши персонал і приміщення для догляду за ними. Розробка детального реєстру контактів із цілеспрямованими зусиллями щодо забезпечення подальших контактів і догляду є одним із способів висловити співчуття та турботу, не займаючись ризикованим чи непотрібним тестуванням. Дослідження показують, що негативний тест дає лише тимчасове (тобто від кількох днів до тижня або двох) заспокоєння і іноді може посилити занепокоєння щодо хвороби, особливо коли одержані хибнопозитивні результати. Обговорення підстав занепокоєння пацієнта та вивчення того, які тести, на думку пацієнта, йому чи їй можуть знадобитися, не дає багатьом пацієнтам відчуття, що клініцист «нехтує ними». Подальше спостереження за умовами часу (планові відвідування, а не «за потреби»)

зменшує занепокоєння через хворобу, підвищує задоволеність доглядом і може пом'якшити судові конфлікти та розслідування у майбутньому.

- Пацієнт, підданий або не підданий впливу з високим рівнем занепокоєння та незрозумілими симптомами (наприклад, відсутність захворювання або множинні ідіопатичні фізичні симптоми (MIPS)) — як і безсимптомні пацієнти, пацієнт з ідіопатичними симптомами може порушити регламент невідкладної медичної допомоги. Ці пацієнти можуть викликати більше занепокоєння лікаря, оскільки на відміну від пацієнта з поодинокими проблемами, ці пацієнти часто помітно страждають, а їхні симптоми можуть звучати потенційно катастрофічними (наприклад, біль у грудях і пітливість).

На додаток до спеціального приміщення, укомплектованості персоналом, реєстру контактів і подвоєних зусиль у подальшому нагляді за пацієнтами первинної медичної допомоги, втручання для пацієнтів із незрозумілими симптомами має включати брошури, інформаційні бюлетені та літературу про підходи до самостійного лікування незрозумілих з медичної точки зору симптомів. Під час гострої кризи корисно відсортувати цих пацієнтів до приміщення, яке не використовується для догляду за гостро хворими особами, але це приміщення не слід позначати чи сприймати як зону «психіатричної допомоги» для пацієнтів з «клопотом здорових», тому воно буде залишатися максимально прийнятним. Багато з цих пацієнтів побоюються, що їхні симптоми є передвісником майбутньої медичної катастрофи. Образа пацієнта може перетворитися на обурення і призвести до своєрідного «змагання», в якому пацієнти можуть «перевищувати серйозність своєї хвороби», доки не отримають її визнання медичними працівниками. Таким чином, пацієнти з незрозумілими симптомами повинні отримувати ранню та часту перевірку клініциста, щоб встановити, чи симптоми є важливими і що вони будуть швидко та ретельно спостерігатися. Догляд за пацієнтами з незрозумілими симптомами викликає розчарування для лікарів первинної ланки, особливо якщо лікар відчуває, що «незначні проблеми» відволікають їх від більш гострої допомоги.

Використання на місці «омбудсмена» або «адвоката», який може допомогти пацієнтам з незрозумілими симптомами подолати уявні бар'єри для надання догляду, допомагає розрядити уявлення пацієнтів про те, що «нікого я не хвилюю», і надає клініцистам «програму» для

зменшення тиску, спрямованого на задоволення цих потреб пацієнтів. Омбудсмен може докласти особливих зусиль для того, щоб симптоми були визнані, «охоплені» та ретельно обговорені. Як і у занепокоєних, але безсимптомних пацієнтів, постійне спостереження є ключовим. Якщо симптоми зберігаються, а пояснення симптомів залишаються незрозумілими, деякі з цих пацієнтів можуть не довіряти мотивам клініциста і розвивати неймовірні «теорії змови». Відстоювання інтересів цих осіб може зменшити ймовірність можливого судового розгляду, включаючи групові позови.

ДОДАТОК Б

Дебати на дебрифінгу

Особливої уваги вимагають масштаби загибелі та руйнувань у надзвичайних подіях та масштаби реагування на них. Першочерговими мають бути фізична безпека та безпека постраждалих та працівників, які здійснюють допомогу.

Після забезпечення безпеки можна розпочати інші заходи, як-от дебрифінг. Дебрифінг – це популярне раннє втручання після надзвичайних подій, під час якого невеликі групи людей, причетних до події, наприклад, рятувальники, зустрічаються в одній тривалій нараді, щоб поділитися індивідуальними почуттями та досвідом. Ефективність дебрифінгу в запобіганні пізніших проблем з психічним здоров'ям є предметом дискусій. якщо ви включаєте дебрифінг як частину плану втручання, слід, як мінімум, враховувати наступне:

- Відпочинок, перепочинок, сон, їжа та вода є основними інструментами раннього втручання.
- Важливо заохочувати процеси природнього видужання, такі як спілкування зі співробітниками, подружжям і друзями. Це може зменшити ізоляцію і, отже, полегшити виявлення постійних симптомів і збільшити шанси на раннє запобігання розвитку захворювання.
- Поки ще не було доведено, що дебрифінг запобігає посттравматичним стресовим розладам.
- Для деяких це може полегшити біль, відновити деякі функції та обмежити інвалідність. У деяких випадках дебрифінг може погіршити симптоми.
- Окрім дебрифінгу існує низка ранніх підходів, (наприклад, продовження нагляду та періодичні обстеження, ведення історії пацієнта і вирішення проблем, навчання з емоційної підтримки пар, снодійні препарати, періодична психотерапія та надання порад/навчання). Це слід враховувати в плані втручання.
- Дебрифінг під час триваючої травматичної події може бути особливо проблематичним.

- Дебрифінг – це можливість отримати нові дані щодо реакцій на травму, таких як емоційні реакції на подію, соматичні реакції, насильство, зловживання психоактивними речовинами та сімейний стрес.
- Під час дебрифінгу є важлива можливість ідентифікувати та сортувати людей, які потребують додаткової допомоги або втручання.
- Постійні групи є більш корисними, ніж разова зустріч.
- Розмова в однорідних групах (наприклад, пожежники) може бути більш корисною, ніж у гетерогенних групах, у яких учасники не знайомі один з одним.
- Люди, яких спіткала смерть близької людини, можуть мати труднощі, якщо їх помістити в групу з іншими, які пережили потенційно смертельний досвід. Тому загалом важливо не змішувати тих, хто пережив втрату, і тих, хто зазнав загрозливого для життя контакту.
- Групи у дебрифінгах з особами з різними рівнями та типами впливу можуть «поширити» вплив від тих, хто зазнав високу травматичність, до осіб з низьким травматичним впливом, що призведе до більшої кількості симптомів у осіб із низьким рівнем впливу.
- У різних людей різні історії та проблеми. Групи часто прагнуть погодитися з єдиною точкою зору. У гетерогенній групі це може призвести до ізоляції та стигматизації деяких учасників.

Література

- Bromet, E.J. (2014). Emotional consequences of nuclear power plant disasters. *Health Physics*; 106(2): 206-210.
- Bromet, E. J., Goldgaber, D., Carlson, G., Panina, N., Golovakha, E., Gluzman, S. F., Gilbert, T., Gluzman, D., Lyubsky, S., Schwartz, J. E. (2000). Childrens well-being 11 years after the Chornobyl catastrophe. *Archives of General Psychiatry*; 57:563-571.
- Collins, D. L. (1992). Behavioral differences of irradiated persons associated with the Kyshtym, Chelyabinsk, and Chernobyl nuclear accidents. *Military Medicine*, 157(10): 548552.
- Green, B. L., Korol, M., Gleser, G. C. (1999). Childrens responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms

- and outcome prediction. *Journal of the American Academy of Children*; 38(4): 368-88.
- Ginzburg, H. M., Reis, E. (1991). Consequences of the nuclear power plant accident at Chernobyl. *Public Health Reports*; 106(1): 32-40. Ginzburg, H.M. (1993). The psychological consequences of the Chernobyl Accident — findings from the International Atomic Energy Agency study. *Public Health Records*, 108(2):185-192.
- Hiroko, H., Yamawaki, N., Uchiyama, K., Arai, S., Horikawa, E. (2014). Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(7):524-533.
- Ng, K-H., Lean, M-L. (2012). The Fukushima nuclear crisis reemphasizes the need for improved risk communication and better use of social media. *Health Physics*; 103(3): 307-310.
- Pastel, R. H., Kahles, G. R., Chiang, J. (1999). The medical and psychological consequences of radiation dispersal devices. *AFFRI White Paper on Medical and Psychological Effects of RDDs*, Armed Forces Radiobiology Research Institute.
- Raphael, B. & Wilson, J.P. (Eds.), *Psychological Debriefing. Theory; practice and evidence* UK: Cambridge University Press, 2000.
- Shultz, J.M., Baingana, F., Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *JAMA*; 313(6): 567-568.
- Towers, S. Afzal, S., Bernal, G., Bliss, N., Brown, S. (2015). Mass media and the contagion of fear: the case of Ebola in America. *PLoS ONE*; 10.1371/journal.pone.0129179.s001.
- Ursano, R. J. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*; 346(2):130-132.
- Vyner, H. M.: The psychological effects of ionizing radiation. *Culture, Medicine, and Psychiatry*; 7(3): 241-61,1983.
- Vyner, H. M. (1988). The psychological dimensions of health care for patients exposed to radiation and the other invisible environmental contaminants. *Social Sciences Medicine*; 27(10): 1097-1103.
- Weinberg, A., Kripalani, S., McCarthy, P. L., Schull, J. (1995). Caring for survivors of the Chernobyl: What the clinician should know. *JAMA*; 274(5):408-412.
- Yehuda, R. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*; 346(2):108-114.



Центр досліджень посттравматичного стресу
Відділення психіатрії
Військово-медичний університет
4301 Jones Bridge Road, Bethesda, MD 20814-4799
www.CSTSONline.org