

Problemy psychologiczne i behawioralne, których pracownicy ochrony zdrowia muszą być świadomi, udzielając pomocy po skażeniu atomowym, biologicznym, chemicznym lub radiologicznym (ABCR)

Wstęp

Zdarzenie, w którym doszło do rzeczywistego lub potencjalnego skażenia czynnikami ABCR spowoduje lęk i niepewność. Choć czynniki ABCR były niekiedy stosowane do celów przestępczych, na przykład przez terrorystów, większość przypadków skażenia była przypadkowa, wynikająca z usterek lub uszkodzeń systemów stworzonych dla opanowania zagrożenia i ochrony ogółu społeczeństwa. Skażenie ABCR wynikające z działań ludzkich często zwiększa prawdopodobieństwo i nasilenie niekorzystnych skutków psychologicznych. Po masowym skażeniu ABCR opanowanie gwałtownych reakcji psychologicznych i behawioralnych będzie równie ważne, jak leczenie wszelkich urazów i chorób wywołanych użyciem broni ABCR.

Skażenie czynnikami ABCR często wywołuje przerażenie, jest uważane za katastrofę zagrażającą poważnymi chorobami, urazami lub zgonem. Promieniowanie jest niewidoczne, bezwonne i nieznanne. Takie cechy wywołują najbardziej makabryczne fantazje. Ludzie często muszą polegać na pracownikach ochrony zdrowia i naukowcach dla ustalenia, czy doszło do ekspozycji na szkodliwe czynniki, a jeśli tak, to w jakim stopniu. Skutki skażenia czynnikiem ABCR mogą nie objawić się natychmiast. Skutki zdrowotne ABCR mogą być również opóźnione i dotyczyć przyszłych pokoleń, zarówno pod względem fizjologicznym jak i psychologicznym. Osoby narażone lub spodziewające się możliwej ekspozycji mają poczucie zagrożenia, niepokoju i braku kontroli nad sytuacją. Często występujące różnice opinii ekspertów mogą prowadzić do zwiększenia lęku i gniewu wśród społeczeństwa.

Po masowym skażeniu ABCR opanowanie gwałtownych reakcji psychologicznych i behawioralnych będzie równie ważne, jak leczenie wszelkich urazów i chorób wywołanych użyciem broni ABCR.

Po skażeniu ABCR występują trzy grupy reakcji psychologicznych: dystres, zmiany zachowania i choroby psychiczne. Dystres po skażeniu ABCR jest powszechny i objawia się smutkiem, gniewem, lękiem, trudnościami ze snem, trudnościami ze skupieniem się i niedowierzaniem. Te objawy

mogą się wzmacniać, jeżeli osoby dotknięte są przekonane, że coś można było zrobić, aby zapobiec skażeniu, albo jeżeli nie zareagowano odpowiednio poważnie i niezwłocznie na ich niepokój związany ze skażeniem. Dystres psychologiczny po zdarzeniu ABCR może również mieć postać dolegliwości fizycznych, których nie można konkretnie zdiagnozować (często określanych skrótem „MIPS” - Multiple Idiopathic Physical Symptoms (mnogie idiopatyczne objawy fizyczne). Takimi pacjentami powinni zająć się lekarze ogólni. U niektórych osób wystąpią zmiany zachowania, na przykład rzadsze przemieszczanie się, pozostawanie w domu, niechęć do wysyłania dzieci do szkoły, jak również wzmożone palenie tytoniu i picie alkoholu.

U znacznej większości osób dystres oraz objawy psychologiczne i behawioralne związane z traumą skażenia będą z czasem ustępować.

Jednak u innych objawy takie utrzymają się i wpłyną na funkcjonowanie w domu i w pracy, a mogą również prowadzić do choroby psychicznej. Ostra reakcja na stres (ang. Acute Stress Disorder, ASD) i zespół stresu pourazowego (ang. Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) to zaburzenia, które większość osób wiąże z traumą, ale w takich sytuacjach zdarzają się również poważna depresja, nadużywanie substancji psychoaktywnych, konflikty

rodzinne i uogólniony niepokój.

Warto pamiętać, że osoby, u których nigdy wcześniej nie występowały schorzenia psychiatryczne, są zagrożone chorobą psychiczną po skażeniu ABCR.

Do grupy wysokiego ryzyka rozwinięcia się zaburzeń psychiatrycznymi zalicza się:

- Osoby, które doznały bezpośredniego narażenia.
- Osoby wcześniej cierpiące na schorzenia psychiczne.
- Osoby, które utraciły majątek i sieci wsparcia społecznego po takim zdarzeniu.

W przeszłości wydarzyło się wiele katastrof przemysłowych, ataków terrorystycznych i przypadków użycia nowych broni w wojnach, i wszystkie takie zdarzenia wskazują, że gabinety lekarskie, kliniki i szpitale będą przeładowane pacjentami z objawami i bez objawów, starających się o ocenę swojego stanu i opiekę w związku z potencjalnym skażeniem po wypadku ABCR. U niektórych z tych pacjentów zostanie rozpoznana choroba związana ze skażeniem, inni będą mieć rozpoznane schorzenie niezwiązane ze skażeniem, a u znacznej liczby osób wystąpią objawy bez żadnego wyjaśnienia. Bardzo ostrożne oszacowania proporcji pacjentów skażonych do nieskażonych w placówkach medycznych wynoszą w takiej sytuacji 4:1. Po poważnym incydencie wielu nieskażonych pacjentów będzie obawiać się kontaktu z czynnikiem ABCR, niesłusznie przypisując swoje objawy skażeniu budzącym groźbę czynnikiem ABCR. W dłuższej perspektywie czasowej, pacjenci będą zjawiać się u lekarzy opieki podstawowej z szeregiem dolegliwości fizycznych, których nie można wytłumaczyć. Załącznik A sugeruje strategię postępowania z takimi pacjentami.

I. Pracownicy ochrony zdrowia i opieka psychiatryczna po zdarzeniu ABCR

Po zdarzeniu ABCR ludzie będą prawdopodobnie zwracać się do pracowników ochrony zdrowia o informacje i wskazówki. Na przykład po atakach terrorystycznych z użyciem węgla w roku 2001 przeprowadzono reprezentatywną ankietę, z której wynikało, że 77% Amerykanów uznało lekarzy za najbardziej wiarygodne źródło informacji.

Pracownicy ochrony zdrowia mają istotny wpływ na sposób reakcji pacjentów i ogółu społeczeństwa na zdarzenie ABCR. Dobrze zorganizowana, skuteczna reakcja personelu medycznego wywoła nadzieję i ufność, zmniejszy strach i niepokój oraz pomoże zachować ciągłość podstawowego funkcjonowania społeczności.

Pracownicy ochrony zdrowia również doświadczają strachu i przerażenia. Po wybuchach epidemii chorób zakaźnych (na przykład dżumy w mieście Surat w Indiach) i innych przypadkach nowych lub nieznanymi czynnikami chorobotwórczymi zagrażających życiu zgłaszano nieobecności w pracy, ucieczki, odmowę przyjmowania

pacjentów i inne reakcje podyktowane strachem.

Niektórzy pracownicy ochrony zdrowia kierują się troską o własne bezpieczeństwo. Czasami, jak wszyscy inni, porzucali swoje obowiązki podczas zdarzeń związanych z ABCR, z obawy przed zakażeniem i przenoszeniem choroby pomiędzy ludźmi. Wiele osób porzucających swoje obowiązki uważa, że muszą chronić swoje rodziny przed narażeniem lub uważają, że muszą opuścić dany obszar dla osobistego bezpieczeństwa.

Zapewniając, że pracownicy ochrony zdrowia rozumieją czynnik ABCR i środki ochrony przed nim, można ograniczyć przypadki porzucania stanowisk. Co jeszcze ważniejsze, pracownicy ochrony zdrowia będą bardziej skłonni troszczyć się o pacjentów, jeżeli będą przekonani, że ich rodziny będą otoczone opieką w okresie ich nieobecności. Możliwość stałego kontaktu telefonicznego z rodzinami i przydzielenie personelu do pomocy rodzinom pracowników ochrony zdrowia zwiększy komfort psychiczny tych pracowników i pomoże im skupić się na ich zadaniach.

II. Triaż i początkowe skierowania

Triaż i kierowanie pacjentów na odpowiednie oddziały stanowi duże wyzwanie. Na przykład podczas skażenia promieniotwórczego cezem Cs-137 w roku 1987 w mieście Goiania w Brazylii, 8,3% z pierwszych 60 000 osób poddanych badaniom przesiewowym wykazywała objawy wskazujące na ostrą chorobę popromienną: zaczerwienienie skóry, wymioty, biegunkę itd., mimo że nie doszło do ekspozycji na czynnik promieniotwórczy.

W żadnym wypadku nie wolno stosować zwrotów takich jak „chory z urojenia”, itp. Kiedy pacjent słyszy, że „to wszystko jest w jego głowie”, czuje się piętnowany i uważa, że jego problemy zdrowotne nie są traktowane poważnie. Użycie tego rodzaju zwrotów zmniejsza zaufanie do przedstawicieli zawodów medycznych i prowadzi do utraty wiarygodności. W sytuacjach wymagających zastosowania triażu należy posługiwać się taką terminologią, która nie obraża pacjentów, na przykład „wysokie ryzyko”, „umiarkowane ryzyko” i „minimalne ryzyko”, należy wyrażać troskę i monitorować pacjentów, co ma na nich kojący wpływ.

Fachowi pracownicy ochrony zdrowia psychicznego, najlepiej psychiatrzy ze względu na ich wykształcenie lekarskie, powinni być nieodłącznym elementem zespołów prowadzących początkowy skrining i triaż. Skierowanie do psychiatry jest zwykle uznane za stygmatyzację. Pacjent może być przekonany, że lekarz nie zauważył jakichś istotnych elementów wskazujących na skażenie i przedwcześnie lekceważy ich objawy.

Założenie „Ośrodków Przedłużonej Opieki Służb Ratowniczych” (ang. „Emergency Services Extended Care Center”, ESECC) stanowi istotny sposób monitorowania pacjentów, którzy nadal się boją i których nie uspakajają

negatywne wyniki badań. Jeżeli pacjent został niewłaściwie zdiagnozowany, należy go odprowadzić z powrotem na oddział ratunkowy. Można tam skierować pacjentów z drobnymi problemami fizycznymi, którzy nie mogą wrócić do domu. Najlepiej jest zlecać pacjentom proste czynności, które mogą wykonać w czasie pobytu w ESECC; pomoże to im stopniowo wyjść z roli pacjenta i przywrócić poczucie panowania nad sytuacją.

III. Wczesne interwencje psychologiczne

Wczesne interwencje psychologiczne, takie jak Pierwsza Pomoc Psychologiczna (PFA), mają miejsce w ciągu pierwszych godzin, dni i tygodni po skażeniu ABCR. PFA opiera się na zasadach „po pierwsze nie szkodzić”, obejmujących: kojenie nadmiernego pobudzenia i zmniejszenie strachu, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, wzmocnienie poczucia więzi międzyludzkich, przywrócenie nadziei i usamodzielnienie osób indywidualnych i społeczności. Po skażeniu ABCR krytycznym elementem PFA jest zapewnienie dobrej opieki medycznej. Dodatkowo zasady PFA można rozszerzyć w następujący sposób:

Pierwsza pomoc psychologiczna

- Zmniejszaj pobudzenie fizjologiczne - zachęcaj do odpoczynku, snu i normalizacji cykli jedzenia/spania/pracy.
- Zapewnij żywność i dach nad głową w bezpiecznym środowisku.
- Kieruj ocalałe osoby do dostępnych usług/wsparcia.
- Ułatwaj nawiązywanie kontaktu z rodziną, przyjaciółmi i społecznością.
- Pomagaj w odnalezieniu najbliższych.
- Utrzymuj rodziny razem i ułatwaj ich łączenie z najbliższymi.
- Przekazuj informacje, dbaj o komunikację i edukację.
- Obserwuj i słuchaj ze współczuciem osób, które najwięcej ucierpiały.
- Zmniejszaj kontakt z innymi aspektami wydarzenia traumatycznego.
- Zachęcaj do ograniczenia kontaktu z mediami, zawierającymi tragiczne obrazy i dźwięki (np. ludzie skaczący z płonących budynków, opowieści ofiar).
- Zachęcaj pacjentów, aby sprawdzali wiarygodność pogłosek, korzystając z dostępnych źródeł informacji.
- Wykorzystaj istniejące struktury społecznościowe, aby zachęcić do zachowań społecznych i edukacji (np. instytucji wyznaniowych i firm).
- Rozprowadzaj ulotki i hostuj witryny internetowe.
- Zachęcaj do rozmów i włączaj w nie osoby stanowiące naturalne wsparcie dla pacjentów, takie jak rodziny,

przyjaciele, sąsiedzi i współpracownicy. Skłoni to do omawiania obaw, wsparcia międzyludzkiego i wczesnego wykrywania uporczywych objawów.

- Zaproponuj ponowną ocenę, jeżeli objawy nie ustępują.
- Wyjaśnij, że większości ludzi z czasem naturalnie wraca do zdrowia.
- „Debriefing” to kontrowersyjny sposób interwencji w ostrych przypadkach. Załącznik B omawia to bardziej szczegółowo.

IV. Opieka zdrowotna: Ocena i diagnoza

- Problemy psychologiczne i behawioralne po zdarzeniu związanym z ABCR będą zwykle dużo poważniejsze niż problemy z opanowaniem chorób fizycznych.
- Depresja, głęboka żałoba, konflikty rodzinne i odczuwanie fizyczne problemów psychologicznych będą częstszymi objawami psychiatrycznymi niż zespół stresu pourazowego (PTSD).
- Można spodziewać się większej liczby wypalonych papierosów i ilości spożywanego alkoholu, szczególnie na krótszą metę.
- Zaburzenia snu, nadmierne czuwanie, mniejsza zdolność do koncentracji i niepewność będą powszechnymi i wczesnymi objawami dystresu psychologicznego. Należy sobie z nimi radzić poprzez edukowanie pacjentów, porady i ewentualnie krótkotrwałe użycie środków nasennych.
- W kontaktach z pacjentami i ogółem społeczeństwa należy mieć świadomość istnienia niepewności na temat skutków dla zdrowia i nie wolno takich niepokojów minimalizować.
- Zasady opieki medycznej i prowadzenia pacjenta z niewyjaśnionymi objawami medycznymi (MUPS) obejmują:
 1. Staranną ocenę i odnotowywanie konkretnych przedmiotów troski pacjenta.
 2. Umówienie na wizytę kontrolną, zamiast „proszę przyjść ponownie, jeśli będą jakieś problemy”.
 3. W odpowiednich przypadkach należy zastosować środki medyczne.
 4. Należy słuchać lęków i obaw pacjenta.
- Ludzie nie przetwarzają dobrze informacji i nie pamiętają ich, kiedy są bardzo przestraszeni. Należy rozdawać materiały na temat konkretnego czynnika ABCR, podsumowujące podstawowe punkty i zawierające wskazówki na temat dalszej opieki.
- Wiele osób będzie miało wątpliwości, czy ich choroba wynika z czynników ABCR (w wypadku skażenia promieniotwórczego, dotyczy to nawet 50% osób na terenach skażonych).
- Wszyscy będą martwić się o uszkodzenia materiału genetycznego i potencjalne szkody dla następnych

pokoleń. W wypadku narażenia dzieci, niepokoje rodziców będą silniejsze, a dzieci będą wymagać opieki i interwencji odpowiednich do ich etapu rozwoju.

- Negatywne zdarzenia po skażeniu ABCR mogą zwiększyć zagrożenie chorobą psychiczną, schorzeniami fizycznymi i urazami.
- Dystres można zmniejszyć poprzez wzmacnianie poczucia samowystarczalności i zapewnianie informacji przydatnych do ochrony siebie i swojej rodziny.
- Wartość psychologiczna dystrybucji środków ochronnych (leków, środków zaradczych, urządzeń) może być znaczna.
- Pacjenci zjawiający się u lekarza opieki podstawowej z szeregiem objawów somatycznych mogą cierpieć na choroby fizyczne, ale może być to też wyraz dystresu, depresji lub demoralizacji. Dokładne rozpoznanie różnicowe i prowadzenie takich przypadków będzie należało do lekarza opieki podstawowej.
- Brak wyjściowych danych zdrowotnych w narażonych populacjach będzie prowadzić do niewłaściwego przypisywania chorób skażeniu czynnikiem ABCR poszczególnych osób i społeczności.

V. Edukacja pacjenta

- Powtarzanie informacji na temat zagrożeń i przeciwdziałań ochronnych pomoże zmniejszyć obawy, troski i dystres.
- Pracownicy ochrony zdrowia powinni spodziewać się pytań na temat bezpieczeństwa żywności i wody, a także skażenia domów.
- Uświadomienie pacjentom, że dystres jest powszechny i że mogą u nich występować typowe reakcje, takie jak zaburzenia snu, utrata apetytu i zmniejszenie zdolności koncentracji, które powinny ustąpić w ciągu najbliższych kilku tygodni. Jeżeli takie objawy nie ustępują, albo zaczynają wpływać na funkcjonowanie w pracy lub szkole, tacy pacjenci powinni odwiedzić ponownie lekarza.
- Strach i obsesje na temat skażeń i długotrwałych skutków dla zdrowia mogą trwać miesiące, a nawet lata. Ważne jest, aby odpowiadać dokładnie i ze współczuciem i przyznać, że jest wiele niewiadomych.
- Zdjęcia, filmy i historie powiązane z różnymi narażeniami, jak również bliskość niedawnych zdarzeń (promieniowanie, awarie elektrowni atomowych, epidemie chorób zakaźnych itd.) to czynniki, które najprawdopodobniej zwiększą lęk.
- Należy powiedzieć pacjentom, że mogą oczekiwać sprzecznych wypowiedzi różnych ekspertów i w miarę możliwości wskazać, jak wyłuskać z nich sensowne informacje.

- Pracownicy ochrony zdrowia powinni zrozumieć podstawowe kontrowersje na temat konsekwencji zdrowotnych czynnika ABCR w danej sytuacji i być gotowi wyjaśnić je pacjentom w prosty i zrozumiały sposób. W kontaktach z pacjentami i ogółem społeczeństwa należy przyznawać, że istnieje niepewność skutków dla zdrowia i nie wolno takich niepokojów minimalizować.
- Pracownicy ochrony zdrowia muszą wymyślić proste metafory lub inne przesłania, wyjaśniające skomplikowane zagadnienia naukowe i używać ich w rozmowach z pacjentami (oraz kiedy występują w kampaniach mediów).
- Można spodziewać się uprzedzeń wobec osób skażonych lub przyjeżdżających ze skażonych terenów. Będzie to miało skutki dla relokalizacji i rejestrowania nowych uczniów w szkołach.
- Niepokoje społeczności mogą złagodzić programami edukacji zdrowotnej w systemach szkolnych, programami edukacji rodziców i nauczycieli oraz pielęgniarce szkolnych.
- Dla wielu pacjentów źródłem informacji będą media społecznościowe. Komunikaty oparte na strachu i dezinformacji będą gwałtownie rozpowszechniać się po zdarzeniu związanym z ABCR. Należy zachęcać pacjentów do korzystania ze źródeł informacji godnych zaufania. Osoby kierujące reakcją na zdarzenie ABCR powinny wykorzystywać media społecznościowe do przekazywania społeczeństwu dokładnych, bieżących i regularnie uaktualnianych informacji.

VI. Zagadnienia specjalne (dzieci i kobiety w ciąży)

- Rodzice będą bardzo niepokoić się o dzieci. Dotyczyć to będzie zarówno dzieci skażonych, jak i nieskażonych.
- Rodzice zgłaszający dystres, obawy i niepokoje dzieci przekazują zarówno dokładne obserwacje, jak i projekcje własnych lęków.
- Bezpośrednia ocena dzieci i nastolatków jest ważna w celu ustalenia stanu zdrowia psychicznego dziecka, z powodu wysokiego poziomu stresu u rodziców.
- Kobiety w ciąży i z małymi dziećmi będą szczególnie zaniepokojone po incydencie ABCR. Kobiety w ciąży mogą starać się o aborcję, aby uniknąć oczekiwanych lub możliwych wad wrodzonych dziecka. Będą wymagać specjalistycznych informacji i porad.

VII. Zdrowie publiczne i zdrowie psychiczne

- Wprowadzenie rejestru klinicznego i odpowiednie nadzorowanie sytuacji zdrowotnej to ważne interwencje psychologiczne. Pacjenci, którzy mają dane kontaktowe zarejestrowane w bazie danych zyskają większą

pewność, że będzie możliwa późniejsza kontrola ich stanu.

- Programy odzwyczajania od palenia mogą być ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego.
- Materiały na temat technik i działań sprzyjających opanowaniu stresu i strachu powinny być dostępne do rozpowszechniania.
- Ważna będzie pomoc dla seniorów, gdyż ich stres może zwiększyć skłonność do zamykania się w sobie i pozostawania w domu. Potrzebne będą programy kontaktów sąsiedzkich dla tej grupy wiekowej oraz osób z przewlekłymi schorzeniami pozostających w domu.
- Należy spodziewać się dużego niepokoju rodzin o skutki genetyczne dla przyszłych pokoleń.
- Ludzie będą chcieli wyprowadzać się z terenów skażonych, zarówno doraźnie, jak na dłuższą metę.
- Wiele osób będzie przekonanych, że władze państwowe powinny pokryć koszty takiej przeprowadzki i wartość utraconego majątku.
- To, czy informacja o zagrożeniu zostanie przyjęta jako godna zaufania będzie bardziej zależeć od osoby przekazującej taką informację niż od samej treści.
- Skażenie żywności, szczególnie mleka i pożywienia spożywanego tradycyjnie w danym społeczeństwie (przykładem jest skażenie mięsa reniferów w Norwegii po katastrofie w Czarnobylu) tworzy potrzebę zarówno doraźnego, jak długoterminowego przekazywania informacji, jak również potencjalnie badania stanu zdrowia społeczności.
- Skażone społeczności mogą wykazywać solidarność, ale również gniew, niskie morale i zmniejszyć zakres usług socjalnych z powodu stresu i strat ekonomicznych.
- Przesiedlanie jest skomplikowane i wymaga przywiązania szczególnej uwagi do potrzeb rodzinnych i zagadnień sprawiedliwości społecznej. Ważne jest maksymalne zwiększenie możliwości wyboru dla takich rodzin. Niektórzy (ok. 10%) nie będą chcieli przeprowadzać się po takich wydarzeniach, mimo zaleceń.
- Należy spodziewać się obaw, czy zasoby medyczne są sprawiedliwie rozdzielane wśród osób skażonych lub przekonanych, że zostały skażone (żywność, opieka zdrowotna itd.). Wrażenie nierówności ujawni napięcia społeczne i może podzielić społeczeństwo.
- Istnieje potrzeba wyjaśnienia społeczeństwu zasad pierwszeństwa dostępu do usług; takie wyjaśnienie musi wydawać się rozsądne dla osób o niższym priorytecie.
- Należy oczekiwać i planować ciągle badania stanu zdrowia populacji przez następne miesiące i lata.
- Obawa przed skażeniem ABCR może skłonić ratowników zarówno do bohaterstwa, jak i unikania

zagrożeń. Obie postawy mogą mieć ważne pozytywne lub negatywne skutki dla wyników ich działań.

- Należy uważnie nadzorować dystrybucję sprzętu ochronnego ze względu na możliwość nadużyć i wykorzystywania sytuacji.
- Konieczność pozostania na miejscu z powodu wykonywanej pracy lub niemożności sprzedaży domu zwiększa stres w obszarach skażonych i wokół nich. Będzie to miało długoterminowe skutki psychologiczne, możliwe, że również dla zdrowia fizycznego.

ZAŁĄCZNIK A

Komunikacja pomiędzy lekarzami opieki podstawowej i pacjentami: Strategie przekazywania informacji po zdarzeniu ABCR

Wstęp

- Obawa przed narażeniem na czynnik ABCR może wywołać u wielu osób trwale niepokoje zdrowotne lub arbitralne wiązanie objawów o nieznanym pochodzeniu z niewielkim lub mało prawdopodobnym skażeniem.
- Duża część populacji odwiedza lekarza opieki podstawowej raz w roku, w związku z tym opieka podstawowa będzie ważnym miejscem rozpowszechniania dokładnych informacji o ryzyku dla zdrowia po skażeniu okolicy czynnikiem ABCR.
- Nawet w zwykłych okolicznościach znaczna część pacjentów opieki podstawowej przychodzi do lekarza, skarżąc się na objawy fizyczne o niewyjaśnionym pochodzeniu (np. zmęczenie i pobolewania bez wyraźnej przyczyny).
- Dlatego potrzebne są plany komunikacji i edukacji lekarzy opieki podstawowej, pracujących z populacją starającą się o uzyskanie niezbędnej opieki medycznej i pomocy.

Triaż komunikacyjny opieki podstawowej

- Po podejrzanym skażeniu ważne jest, aby personel przychodni opieki podstawowej rutynowo oceniał stopień niepokoju o choroby związane ze skażeniem, co jest różne od faktycznego skażenia, pytając na początku każdej wizyty: „Czy Pana/Pani dzisiejsza wizyta związana jest z niepokojem o skażenie (wpisać nazwę czynnika ABCR)”? .
- Ważne jest, aby wszyscy pacjenci, odwiedzający placówki opieki podstawowej, niezależnie od przyczyny, wskazywali, czy byli skażeni ABCR. W niektórych sytuacjach będzie to dokonywane z wykorzystaniem środków technicznych, może też obejmować wywiad lekarski i ustalenie miejsca pobytu/lokalizacji w okresie krytycznym, jak również objawy występujące u pacjenta.

- Pacjenci odpowiadający „tak” lub „być może” na pytanie o obawy zdrowotne związane ze skażeniem powinni być poddani dodatkowej ocenie lekarza opieki podstawowej w celu wyjaśnienia charakteru obaw i oczekiwań pacjenta oraz celów danej wizyty medycznej. Te obawy i oczekiwania stanowią wskazówkę co do triażu medycznego i stopnia wysiłków podjętych w celu komunikowania ryzyka.
- Ocena objawów i możliwych chorób po incydencie ABCR będzie obejmować objawy i choroby fizyczne oraz psychiczne. Ocena pod kątem stresu pourazowego (PTSD), schorzeń depresyjnych lub lękowych oraz zmian w ilości spożywanego alkoholu i tytoniu mają istotne znaczenie.
- W oparciu o początkową ocenę skażenia, stopnia niepokoju, obecności lub braku objawów i obecność lub brak choroby (fizycznej lub psychicznej) podczas wizyty ramach opieki podstawowej, pacjent może być przydzielony do kategorii wymagającej leczenia, kontroli, przekazania informacji i porad w zakresie ryzyka, objawów, obaw i/lub choroby.
- Często lekarz opieki podstawowej ma największe trudności w komunikowaniu się z następującymi typami pacjentów:
 1. osoby, które mogły zostać skażone, ale nie wykazują niepokoju ani objawów czy choroby
 2. osoby skażone lub nieskażone, ale bardzo zaniepokojone, choć niewykazujące objawów (lub choroby)
 3. osoby skażone lub nieskażone, o wysokim poziomie niepokoju i niewyjaśnionych objawach (np. bez choroby). Tacy pacjenci są często kategoryzowani jako cierpiący na MIPS (ang. Multiple Idiopathic Physical Symptoms, mnogie idiopatyczne objawy fizyczne).

Interwencje komunikacyjne dla krytycznych grup opieki podstawowej

- Osoby, które mogły zostać skażone, ale nie wykazują niepokoju ani objawów czy choroby - wielu pacjentów będzie zaprzeczać lub lekceważyć fakt, że mają potrzeby medyczne. Zakładając, że potrzeby medyczne nie będą ostre, należy uzyskać i wprowadzić do lokalnego rejestru ich dane kontaktowe, aby ułatwić kontrolę i zapewnić, że urazy lub skażenie pacjenta będą odpowiednio leczone.
- Osoby skażone lub nieskażone, ale bardzo zaniepokojone, choć niewykazujące objawów - niektórzy pacjenci będą wzmagać swoje niepokoje i wciąż opierać się zapewnieniom lekarza. W sytuacji wystąpienia znacznej liczby ofiar, tacy pacjenci mogą zakłócić świadczenie opieki medycznej o znaczeniu krytycznym; należy zaplanować, jak postąpić z takimi

pacjentami, wyznaczając odpowiedni personel i pomieszczenia. Opracowanie starannego rejestru danych kontaktowych i specjalne wysiłki dla zapewnienia danych do późniejszego kontaktu i opieki to jeden ze sposobów wykazania współczucia i troski bez poddawania się naciskom, by prowadzić ryzykowne lub zbędne testy. Badania wykazują, że negatywne wyniki testów oferują jedynie przejściowe (trwające kilka dni, maksymalnie tydzień lub dwa) uspokojenie, a czasami zwiększają niepokój, szczególnie w wypadku wystąpienia fałszywych wyników pozytywnych. Omówienie przyczyn niepokojów pacjenta i przyjrzenie się testom, które zdaniem pacjenta mogłyby być potrzebne często powoduje, że tacy pacjenci nie czują się zbywani przez lekarza. Terminowe badanie kontrolne (o ustalonym terminie, zamiast przesuwania na nieokreśloną przyszłość) zmniejszają zaniepokojenie chorobą, zwiększają zadowolenie z opieki i mogą zapobiec występowaniu przez pacjenta na drogę sądową.

- Osoby skażone lub nieskażone, o wysokim poziomie niepokoju i niewyjaśnionych objawach (żadnej choroby, MIPS) - jak w przypadku zaniepokojonych pacjentów bez żadnych objawów, pacjent z objawami o niewyjaśnionym pochodzeniu może zakłócić świadczenie opieki medycznej o znaczeniu krytycznym. Tacy pacjenci mogą wywołać większy niepokój klinicyście, ponieważ w przeciwieństwie do pacjentów o określonych powodach do niepokoju, tacy pacjenci często wyraźnie cierpią i ich objawy mogą sprawiać wrażenie potencjalnie katastrofalnych (np. ból klatki piersiowej i poty).

Oprócz specjalnych pomieszczeń na opiekę nad nimi, personelu, rejestru danych kontaktowych i podwojenia wysiłków w zakresie kontrolnej opieki podstawowej, interwencje w wypadku pacjentów zaniepokojonych niewyjaśnionymi objawami powinny obejmować broszury, arkusze faktów i piśmiennictwo na temat prób samoopanowania niewyjaśnionych medycznie objawów. W ostrym kryzysie pomocne może być przekazanie takich pacjentów do części placówki odrębnej od pomieszczeń wykorzystywanych do opieki nad pacjentami z ostrą chorobą, ale taka część nie powinna być oznaczona czy postrzegana jako „opieka psychiatryczna” dla „chorych z urojenia”, aby była w największym możliwym stopniu do przyjęcia dla pacjentów. Wielu z tych pacjentów obawia się, że ich objawy stanowią zapowiedź nadciągającej katastrofy zdrowotnej. Resentyment takich pacjentów może prowadzić do „rozgrywki”, w której pacjent „podbija chorobę” do czasu, aż lekarz potraktuje go poważnie. Tym samym pacjenci z niewyjaśnionymi objawami powinni wcześniej i często uzyskiwać potwierdzenia

od klinicysty, że objawy są ważne i należy je sprawdzić szybko i starannie. Opieka nad pacjentami, wykazującymi niewyjaśnione objawy, jest frustrująca dla lekarzy opieki podstawowej, szczególnie jeżeli lekarz uważa, że takie „drobne problemy” odciągają go od osób potrzebujących poważniejszej pomocy. Obecność na miejscu rzecznika pacjenta czy ombudsmiana, który może pomóc pacjentom z niewyjaśnionymi objawami pokonać postrzegane trudności w uzyskaniu opieki, sprzyja przekonaniu pacjenta, że „nikt się nim nie przejmuje” i daje lekarzom sposób zmniejszania presji na zaspakajanie potrzeb takich pacjentów. Taki rzecznik może podjąć szczególne wysiłki dla zapewnienia, że objawy są przyjmowane jako prawdziwe, rozważane i uważnie omawiane. Jak w wypadku zaniepokojonych pacjentów, którzy nie wykazują żadnych objawów, terminowa wizyta kontrolna ma tu kluczowe znaczenie. Jeżeli objawy trwają, a ich przyczyny pozostają niejasne, niektórzy z takich pacjentów mogą stracić zaufanie do motywów klinicysty i rozwinąć nieprawdopodobne teorie spiskowe. Rzecznictwo wobec takich osób może zmniejszyć ryzyko skierowania sprawy do sądu, łącznie z powództwem zbiorowym.

ZAŁĄCZNIK B

Spór o tak zwany debriefing

Rozmiar śmierci i zniszczenia w katastrofach i zakres akcji ratowniczej wymaga szczególnej uwagi. Na pierwszym miejscu musi znaleźć się bezpieczeństwo fizyczne ofiar i ratowników.

Po zapewnieniu bezpieczeństwa, mogą rozpocząć się inne interwencje, takie jak debriefing. Debriefing to popularna wczesna interwencja po katastrofie, w której małe grupy osób zaangażowanych w katastrofę, np. ratownicy, spotykają się na jedną długą sesję w celu podzielenia się indywidualnymi odczuciami i doświadczeniami. Toczą się spory, na ile skuteczny jest debriefing w zapobieganiu późniejszym problemom ze zdrowiem psychicznym. Jako minimum, następujące elementy powinny być brane pod uwagę, jeżeli debriefing staje się częścią planu interwencji.

- Odpoczynek, oderwanie od stresora, sen, pożywienie i woda to podstawowe narzędzia wczesnej interwencji.

- Ważne jest sprzyjanie procesom naturalnego dochodzenia do siebie, na przykład poprzez rozmawianie ze współpracownikami, małżonkami i przyjaciółmi. Może to zmniejszyć izolację i tym samym ułatwić rozpoznanie utrzymujących się objawów i zwiększyć szanse wczesnego wysłania do specjalisty.
- Debriefing nie wykazał skuteczności w zapobieganiu PTSD. Niektórym osobom może on przynieść ulgę, przywrócić niektóre funkcje i zmniejszyć upośledzenie. U innych debriefing może pogorszyć objawy.
- Istnieje szereg metod wczesnej interwencji innych niż debriefing (np. kolejne wizyty kontrolne i ponowne oceny, kierowanie przypadkiem i rozwiązywanie problemów, szkolenia w zakresie wsparcia emocjonalnego wśród par, leki nasenne, przejściowa psychoterapia oraz udzielanie porad i przekazywanie informacji). Należy rozważyć powyższe metody w planie interwencji.
- Szczególnie problematycznym może być debriefing podczas trwania zdarzenia traumatycznego.
- Debriefing stwarza możliwość edukacji dotyczących reakcji na traumę, takich jak reakcje emocjonalne na katastrofę, reakcje fizyczne, przemoc, nadużywanie substancji psychoaktywnych i stres dla rodziny.
- Podczas debriefingu istnieje ważna możliwość rozpoznania i przekazania do dalszej opieki osób, które potrzebują dodatkowej pomocy/interwencji.
- Grupy spotykające się wielokrotnie są bardziej pomocne niż jednorazowe spotkanie.
- Rozmowa w grupie jednolitej (np. strażaków) może być bardziej pomocna niż w grupie niejednolitej (ludzi niezwiązanych ze sobą).
- Osoby radzące sobie ze śmiercią najbliższego mogą mieć trudności, kiedy umieści się je w grupie z innymi, którzy przetrwali sytuację zagrażającą życiu. Dlatego na ogół ważne jest, aby nie łączyć w grupy tych, którzy doświadczyli straty i tych, którzy doświadczyli jedynie zagrożenia życia.
- W grupach debriefingu, obejmujących osoby o różnych poziomach i typach narażenia, może dojść do „rozsiewania” ekspozycji przez osoby bardziej narażone na traumę na te, które mniej narażone.
- Różni ludzie mają rozmaite historie i obawy. Grupy mają skłonność dążenia do uzyskania wspólnej perspektywy. W grupie niejednorodnej może prowadzić to do izolacji i stygmatyzacji niektórych uczestników.

Piśmiennictwo

- 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. E., Gilbert, T., Gluzman, D. Lyubsky, S., Schwartz, J. E. (2000). Children's well-being 11 years after the Chernobyl 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). Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *Journal of the American College of Cardiology* 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.