

Психиатрическая помощь пострадавшим в катастрофах: чего не стоит делать

За несколько десятилетий наши знания о психологическом влиянии катастроф значительно преумножились. Рука об руку с этим ростом понимания возросла и потребность в эффективных техниках вмешательств и подходов, которые ставят своей целью уменьшить последствия влияния травматических событий на психическое здоровье.

Более того, современные СМИ заставили широкую общественность узнавать обо всех катастрофах. В самом деле, редкий день проходит без сообщения о какой-либо катастрофе, рукотворной или природной, где-нибудь в мире. Поэтому общественность зачастую ожидает от властей или других ответственных организаций «каких-либо действий» с целью облегчения положения, а также снижения частоты случаев психических заболеваний, которые катастрофы неизбежно вызывают. Итак, что должно быть предпринято?

В качестве общего принципа мы повторяем то, что, к сожалению, требует частого повторения. Так же как мы считаем сложной к принятию идею о том, что существование склонного к панике общества – миф¹, нам так же сложно принять, что в целом люди более стрессоустойчивы, чем мы, специалисты, думаем о них. Будь то психиатры, политики или специалисты по планированию, существует долгая история переоценивания ранимости и недооценивания стрессоустойчивости на протяжении многих поколений².

К концу предыдущего века всеобщим убеждением стала необходимость психологического дебрифинга или немедленного «консультирования травмы» для людей, подвергшихся воздействию катастроф или других травмирующих событий. Кризисный дебрифинг, который стал первой техникой, разработанной в конце 1980-х гг. в США, был семи-ступенчатым структурированным терапевтическим вмешательством, изначально предназначенным для работников аварийных служб. Тем не менее, эти техники также часто использовались для непосредственно пострадавших от травмирующих событий. Первоначальной целью этого вмешательства, а также других форм психологического дебрифинга, была профилактика возникновения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Однако какими похвальными ни были бы цели, стало ясно, что дебрифинг – несовершенный процесс³. На самом деле доступные данные свидетельствуют о том, что люди,

подвергшиеся психологическому дебрифингу, в перспективе имели худшее психическое здоровье, чем те, кто вовсе ему не подвергался. Данные, свидетельствующие против использования дебрифинга таковы, что, несмотря на чрезмерный энтузиазм в научно необоснованных руководствах, рутинное использование данных техник не допускается. Вместо этого, как указано в рекомендациях UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE) по ведению пациентов с ПТСР, внимательное наблюдение в течение месяца после пережитого травмирующего события является лучшим методом в настоящее время.

Другой подход, который часто используется в организациях, нанимающих персонал для работы в условиях повышенной опасности (например, в военных, аварийных службах), заключается в обследовании их после выполнения обязанностей. Этот скрининг направлен на определение ранних симптомов и знаков посттравматических проблем психического здоровья для того, чтобы посоветовать или даже обязать этих индивидов, у которых обнаруживаются эти знаки, обратиться за профессиональной помощью.

Такие программы скрининга рутинно используются в вооруженных силах США, Канады и Австралии с целью охраны психического здоровья отрядов, возвращающихся с оперативного развертывания. Проводить такие программы скрининга не просто и недешево, а также есть сведения о других скринингах здоровья, что они могут вызвать значительный стресс, если люди ошибочно расцениваются как больные, когда на самом деле они здоровы⁵.

Несмотря на их широкое распространение, до недавнего времени существовал определенный дефицит данных об их эффективности. Первое рандомизированное контролируемое исследование скрининга после развертывания, проведенное военными Великобритании, изучало потенциальные преимущества скрининга в примерно 10000 отрядов, возвращавшихся после напряженных операций в Афганистане⁶. Результаты исследования были таковы: через, примерно, 15 месяцев после возвращения с операции не было очевидного благоприятного воздействия скрининга с точки зрения состояния психического здоровья. Хотя в этом исследовании не было обнаружено вреда, его результаты могут вызвать вопрос о целесообразности использования таких программ скрининга в организациях, где персонал

опасается стигматизации или ограничений их деятельности, если они ответят на вопросы честно. Учитывая, что многие выздоравливают спонтанно, а другие не заболевают на протяжении длительного времени, преимущества скрининга будут всегда меньше, чем при заболеваниях с четко очерченной картиной течения, такими как, например, рак шейки матки.

Хотя скрининг населения, установленный в организациях, не доказал свою эффективность, избранные программы скрининга для людей, подверженных высокому риску, подают надежду. В свете терактов в Лондоне в 2005 были разработаны программы «Обследуй и лечи» для пострадавших в атакованных поездах и автобусах. Это разительно отличающаяся ситуация от, например, хорошо подготовленных профессионалов с установленными социальными связями, возвращающихся с задания, когда показатели возможного возникновения заболевания низки. Анализ данной программы указал на возможность привлечения к ней людей, которые не стремились другими способами получить помощь, и многих, кто нуждался в лечении, компенсировав это получаемым уходом⁷.

Хотя результаты программы скрининга противоречивы, а использование дебрифинга нужно избегать, за последние десятилетия были собраны положительные выводы относительно улучшения психического здоровья после катастроф. Существуют данные, что социальная поддержка как в обществах, так и в организациях, благоприятно влияет на психическое здоровье. Например, среди военных товарищеские отношения оказались эффективны в защите психического здоровья отряда как во время выполнения задания, так и в более безопасной обстановке⁸.

Социальные связи между людьми показали себя фактором защиты в общинах⁹ после катастроф. Недавно программы взаимной поддержки испытывались в организациях в попытке гарантировать доступность постоянной социальной поддержки для индивидов, переживших травмирующие события. Наиболее исследованная программа – Trauma Risk Management, которая началась в Королевской морской пехоте Великобритании, а затем была адаптирована во всех вооруженных силах Великобритании, многих аварийных службах Великобритании и некоторых организациях, где работники подвержены травмам¹⁰.

Программа Trauma Risk Management стала предметом исследований, которые показывают, что она помогает мобилизовать социальную поддержку и улучшить посттравматический поиск помощи, а также положительное

влияние на отсутствие посттравматических заболеваний у персонала аварийных служб¹⁰. Хотя это, определенно, не панацея в случае любого травмирующего происшествия, оказалось, что системы взаимной поддержки, подобные этой программе, могут быть преимуществом в организациях, подверженных травмам.

Резюмируя вышесказанное, за последние десятилетия наука подтвердила, что лучше полагаться на поддерживающие связи между людьми в обществах и подверженных травмам организациях, чтобы ослабить психологическое влияние катастроф, чем прибегать к помощи «экспертов», которые не понимают ни вовлеченных в данную ситуацию, ни саму ситуацию, которой подверглись люди.

В конечном счете, нам следует помнить то, чему нас научили предыдущие поколения о ближайших и отсроченных реакциях на травму. С практической точки зрения срочные измерения здоровья оказываются лучшими, в то время как наши более квалифицированные психологические вмешательства проходят лучше в более поздний период времени².

Neil Greenberg, Simon Wessely

London, London, UK

Перевод: Карпова А.Ю. (Санкт-Петербург)

Редактура: Федотов И.А. (Рязань)

(*World Psychiatry* 2017;16(3):249-250)

Библиография

1. Shephard B, Rubin J, Wardman J et al. *J Publ Health Policy* 2006;27:219-45.
2. Jones E, Woolven R, Durodie Wet al. *J Soc Hist* 2004;17:463-79.
3. Van Emmerik A, Kamphuis J, Hulsbosch A et al. *Lancet* 2002;360:766-71.
4. National Institute for Health and Care Excellence. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2005.
5. UK Panel on Breast Cancer Screening. *Lancet* 2012;380:1778-86.
6. Rona R, Burdett H, Khondoker Met al. *Lancet* 2017;389:1410-23.
7. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z et al. *Psychol Med* 2010;40:2049-57.
8. Jones N, Seddon R, Fear N et al. *Psychiatry* 2012;75:49-59.
9. Jones N, Greenberg N, Wessely S. *Psychiatry* 2008;70:361-5.
10. Whybrow D, Jones N, Greenberg N. *Occup Med* 2015;65:331-6.

DOI:10.1002/wps.20445