

Шестопалова Л.Ф.

ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ЖЕРТВ НАДЗВИЧАЙНИХ ПОДІЙ: МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

У теперішній час доказано, що профілактична медико-психологічна допомога є найбільш ефективним засобом попередження негативного впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини. Однією з причин росту числа пацієнтів із психічною патологією, у т.ч. і тих, у яких діагностуються посттравматичні стресові розлади (ПТСР) й інші психічні порушення, що обумовлені впливом життєвонебезпечних ситуацій, є практично повна відсутність програм профілактичної спрямованості [1, 7].

Оскільки програми превентивної медико-психологічної допомоги є найбільш ефективним втручанням з метою запобігання негативного впливу екстремальних подій на психіку людини, то розробка комплексу заходів з первинної та вторинної профілактики ПТСР є однією з актуальних проблем сучасної психіатрії та медичної психології.

Останнім часом в Україні трапилось кілька значних природних та антропогенних катастроф (повені на Закарпатті, аварії на шахтах Донецької, Луганської та Дніпропетровської областей, екологічні катастрофи в різних регіонах, авіакатастрофа у Львові та інші), де одним із провідних їх наслідків було виникнення у постраждалих, їх рідних, а також зазвичай у рятувальників різного роду психічних і психологічних порушень. З урахуванням можливості повторення в країні тих чи інших антропогенних або природних катастроф (аварії на шахтах, пожежі в громадських місцях, повені і т.п.), а також розвитку будь-яких інших екстремальних ситуацій (терористичні акти, авіакатастрофи і т.п.), проблема профілактики, діагностики і лікування постстресових психічних розладів лишається актуальною.

Поширеність ПТСР серед популяції залежить від частоти надзвичайних подій. Так, можна говорити про травми, типові для певних політичних режимів, географічних регіонів, у яких особливо часто відбуваються природні катастрофи тощо. В теперішній час показники частоти виникнення ПТСР виразно зросли: якщо в 80-х рр. 20-го століття вони становили 1-3% населення Земної кулі, то зараз, згідно з результатами останніх досліджень – 7-8%, причому існують виражені гендерні розбіжності: у жінок ПТСР діагностується в два рази частіше, ніж у чоловіків (відповідно, 10,4% та 5,0%) [5, 6, 9, 10, 12].

Вивчення поширеності ПТСР, проведене в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України, показало, що 100% осіб, що пережили важку психічну травму у вигляді насильства проти особистості (замах на вбивство, нанесення важких тілесних ушкоджень, зґвалтування, торгівля людьми та ін.), мали порушення психічного здоров'я або у вигляді повного варіанта ПТСР (56% обстежених), або його окремих ознак (44%). У жінок – жертв торгівлі людьми ці показники були найвищі: у 60% – ПТСР, у 40% – окремі симптоми [3, 8].

Результати досліджень осіб, що у минулому брали участь у бойових діях або у ліквідації аварії на ЧАЕС, свідчать про те, що у 19 % ветеранів війни в Афганістані був виявлений клінічний варіант ПТСР, окремі симптоми – у 25%. Відповідно, у 14% ліквідаторів аварії на ЧАЕС було діагностовано ПТСР, у 21% – окремі симптоми [8].

Під первинною профілактикою ПТСР розуміється робота з популяцією умовно здорових людей, в якій існує певна кількість людей з груп ризику. Використовується система заходів, спрямованих на формування позитивних стресостійких форм поведінки, розвиток особистісних ресурсів і копінг-механізмів з одночасною корекцією дезадаптивних їх форм. Вторинна профілактика спрямована на хворих на ПТСР з метою попередження рецидивів захворювання та його хронізації, розвитку коморбідних розладів (депресії, хімічні залежності), формування хронічних змін особистості внаслідок пережитої катастрофи.

Побудова профілактичних програм повинна проводитися з урахуванням основних факторів і умов формування ПТСР: особливостей самої травматичної події, наявності негативних «професійних» чинників, соціально-демографічних і соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних, соціально-психологічних і індивідуально-психологічних особливостей.

Проблема ідентифікації стрес-чинників є актуальною при вирішенні питань організації необхідної медичної та психосоціальної допомоги постраждалому населенню. Виділення «пускових» – найбільш патогенних факторів, які з більшою вірогідністю здатні викликати психічні порушення, в т.ч. розвиток ПТСР, визначає групу первинних стрес-чинників, які необхідно подолати (або зменшити їх вплив) в першу чергу. Ці заходи повинні відбуватися безпосередньо з моменту початку надання допомоги постраждалому населенню.

Виділення т.зв. «підтримуючих» патогенних факторів дозволить визначити групу вторинних стрес-чинників, які пов'язані з екстремальними ситуаціями, але самостійно не призводять до формування ПТСР. Заходи щодо подолання негативного впливу цих чинників повинні відбуватися в процесі ліквідації наслідків катастрофічних подій і продовжуватися після завершення рятувальних робіт. Для проведення ефективних реабілітаційних та психопрофілактичних заходів необхідно також визначення «антистресових» факторів, які приводять до зниження патогенного впливу екстремальних подій.

У наших дослідженнях останніх років показано, що виникнення ПТСР у жертв екстремальних подій детерміновано складним взаємовпливом різних чинників та умов, основними з яких є:

- 1) чинники, пов'язані з характеристиками самої життєвонебезпечної події (зміст, раптовість, тривалість, інтенсивність, масова або індивідуальна);
- 2) чинники, що відображають особистісні особливості (психологічні захисні механізми, характеристики емоціональності, фрустраційна толерантність, копінг-механізми, соціальна підтримка);
- 3) чинники ризику (гендерні – належність до жіночої статі, вікові – діти та літні люди, наявність психічних розладів та психотравмуючих ситуацій в анамнезі,

низький соціально-економічний статус) [11].

Профілактика ПТСР у осіб, що пережили екстремальні події, повинна мати комплексний характер, базуватися на мультидисциплінарному підході та включати в себе медичні, психологічні та соціальні заходи.

Основними напрямками профілактики ПТСР є: а) розробка та впровадження скринінгових програм раннього виявлення психічних порушень у жертв екстремальних подій; б) подальший моніторинг стану здоров'я контингентів, які складають групи підвищеного ризику.

У загальнолюдському плані універсальною профілактичною стратегією є формування соціальної компетентності людини і розвиток особистості в цілому, в тому числі адекватних копінг-механізмів, фрустраційної толерантності, стресостійкості та ін.

Конкретні профілактичні заходи, спрямовані на запобігання негативних психіатричних та медико-психологічних наслідків надзвичайних ситуацій, можуть бути розділені на 3 основні блоки:

- заходи, здійснювані в період, що передує екстремальній ситуації;
- під час самої надзвичайної події;
- після завершення дії факторів життєвонебезпечної події.

Заходи, що входять до першого блоку, повинні мати диференційований характер в залежності від груп населення, до яких вони адресуються. Умовно можна виділити декілька груп:

– представники професій підвищеного ризику: працівники системи МНС (рятувальники, пожежники, медичні працівники закладів медицини катастроф та ін.), працівники МВС, МО та інших силових структур, шахтарі;

– професійні групи, які у випадку виникнення надзвичайної ситуації в першу чергу можуть бути залучені до ліквідації її наслідків (медичні працівники, працівники силових структур, військовослужбовці запасу);

– населення, що мешкає в регіонах підвищеного ризику виникнення природних катаклізмів (повені, землетруси та ін.);

– решта населення.

Для представників професій підвищеного ризику найбільш значущими профілактичними заходами є: ефективний професійний відбір; високий рівень професійної підготовки; заходи, спрямовані на формування готовності до діяльності в екстремальних умовах; розвиток нервово-психічної стійкості в стресових ситуаціях; сучасне психофілактичне забезпечення професійної діяльності (спеціальні організаційні, психокорекційні та психотерапевтичні втручання); навчання навичкам психофілактичної допомоги постраждалому населенню; навчання способам психогігієни з метою зменшення ризику виникнення психічних розладів; обов'язкова медико-психологічна реабілітація після закінчення роботи в зоні ураження.

Спеціалісти, що можуть бути додатково залучені до ліквідації наслідків тієї чи іншої надзвичайної події, повинні пройти спеціальну підготовку перед виїздом на місце події. Ця підготовка включає такі напрямки: інформування про особливості зони ураження, кількість постраждалих та інше; навчання способам психогігієни з метою зменшення

ризикі виникнення психічних розладів у самих рятувальників; навчання навичкам психопрофілактичної роботи з попередження психічних розладів у населення; медико-психологічна реабілітація після закінчення роботи в зоні ураження.

Населення, що мешкає на територіях підвищеного ризику природних катастроф, повинне мати своєчасну інформацію щодо можливості тієї чи іншої природної катастрофи, знати телефони й адреси місцевих структур МНС, місця можливої евакуації, адреси медичних закладів та ін. Люди мають бути поінформовані про негативний вплив на психічне здоров'я пережитих надзвичайних подій, про необхідність в цьому випадку своєчасного звернення до відповідних спеціалістів. Це дозволить в короткі строки виявити всіх постраждалих з психічними розладами, надати їм спеціалізовану допомогу, попередити хронізацію психічних порушень та розвиток коморбідних захворювань. Всім постраждалим повинна забезпечуватися соціальна підтримка та захист на державному рівні, доступність медичної допомоги та реабілітаційних програм.

Решта населення має бути охоплена широким колом освітніх програм щодо екстремальних подій і їх впливу на здоров'я людини. Ці програми повинні стосуватися всіх вікових груп, обов'язково дітей та підлітків. Діти шкільного віку отримують цю інформацію в рамках навчальних предметів «Валеологія», «Основи безпеки життєдіяльності» та ін. У програмах даних курсів у доступній для дитини формі надається інформація про можливу негативну зміну здоров'я внаслідок важкого стресу. Однак найважливішим завданням цих курсів є профілактика попадання дитини в життєвонебезпечну ситуацію в повсякденному житті. З цією метою використовують спеціальні тренінги (для дітей молодшого віку – в ігровій формі), спрямовані на формування асертивної поведінки. Другим каналом профілактичної роботи з населенням є засоби масової інформації. Доцільно здійснювати в рамках відповідних програм та публікацій інформування населення щодо впливу екстремальних подій на психіку людини, про необхідність звернення за допомогою до спеціалістів, про особливості стосунків в сім'ї, де є постраждалий від тієї чи іншої катастрофи.

Профілактичні заходи щодо розвитку ПТСР і його ускладнень повинні відбуватись згідно з принципом етапності і включати в себе психокорекційні і психотерапевтичні заходи, а також своєчасне лікування хронічних соматичних і нервово-психічних захворювань, зменшення впливу негативних «професійних» чинників, поліпшення виробничо-побутових умов і сімейних відносин, підвищення рівня інформованості щодо отримання спеціалізованої медико-психологічної допомоги та ін.

Психосоціальна підтримка є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій як на рівні окремої людини, так і на рівні різних соціальних, зокрема професійних, груп. Заходи з психологічної підтримки здійснюються як безпосередньо в зоні ураження, так і після виходу з нього (невідкладно або протягом найближчих днів). Ці заходи можуть включати в себе психодіагностику, індивідуальне консультування, психологічні дебрифінги, програми взаємної підтримки, психокорекційну роботу тощо [2, 4]. Слід підкреслити, що основною формою надання психологічної допомоги постраждалим є різні психокорекційні заходи.

Особливою проблемою є надання медико-психологічної допомоги великим

групам постраждалих. На жаль, переважна більшість сучасних екстремальних подій призводить саме до великих масивів жертв. Одним із способів вирішення цієї проблеми є використання групових форм психокорекційного впливу.

Зазвичай в гострій фазі постстресових порушень групові форми не використовуються, однак на етапах завершення катастрофічної ситуації їх застосування є адекватним та ефективним. Групові психокорекційні техніки показані в тих випадках, коли люди пережили спільну (колективну) травму. До таких відноситься перш за все метод «дебрифінгу стресу критичного інциденту», розроблений американським психологом Д. Мітчелом в 1983 році, в якому в найбільш структурованому вигляді представлений процес роботи з наслідками колективної психічної травми [4]. Психологічні дебрифінги як форма надання допомоги в кризових ситуаціях проводяться з групами людей, що спільно зазнали впливу надзвичайних подій. Це можуть бути групи людей, утворені за ознакою професійної належності або об'єднані загальною пережитою ситуацією. Дебрифінги не замінюють собою лікувальні заходи в тих випадках, коли вони потрібні. Мета дебрифінгу – мінімізувати негативні психологічні наслідки та попередити розвиток ПТСР у постраждалих.

На сьогодні дебрифінги здебільшого застосовуються при наданні психологічної допомоги в групах підвищеного професійного ризику (співробітники МНС, МО, МВС та ін.). Процес дебрифінгу зазвичай складається з таких основних фаз: 1) фаза відтворення ходу події; 2) фаза обговорення емоційного стану учасників під час події; 3) фаза виявлення симптомів стресу; 4) фаза навчання (інформування про природу стресових реакцій, про навички їх самодіагностики та корекції); 5) фаза закінчення дебрифінгу (спеціально пояснюється, в яких випадках слід звертатися за професійною медико-психологічною допомогою) [4].

Проведення психокорекційних та психопрофілактичних заходів, в тому числі дебрифінгів, з українськими співробітниками цивільної поліції ООН, які здійснювали свою місію на території колишньої Югославії, показало їх високу ефективність щодо профілактики ПТСР в особового складу, а також відносно попередження станів дезадаптації на різних етапах професійної діяльності в особливих умовах [2].

Організація ефективної допомоги потерпілим у результаті екстремальних подій припускає три основні напрямки, які взаємодоповнюють один одного:

– створення державної системи спеціалізованої медико-психологічної допомоги жертвам життєвонебезпечних подій шляхом відкриття мережі кризових центрів та центрів реабілітації постраждалих;

– створення різних громадських організацій за типом товариства ветеранів афганської війни, груп взаємодопомоги жертв катастроф, груп зустрічей, відкритих для кожної людини, що пережила екстремальну подію, де вона могла б одержати потрібну їй інформацію, зрозуміти, що її проблеми можуть бути вирішені;

– організація консультативної служби для родичів потерпілих, у рамках якої можна було б одержати професійну психологічну допомогу, конкретні рекомендації з побудови взаємин у родині, зняття власної психічної напруги.

Література:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Ануфриев Н.И., Шестопалова Л.Ф., Свислоцкий Г.А., Теличкин А.А. Деятельность гражданской полиции ООН на территории бывшей Югославии: – К. «Преса України», 1999. – 192 с.
3. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств // Межд. мед. журн. – 2000. – Т. 6, № 3. – С. 31-34.
4. Дебрифинг как метод психологической коррекции посттравматических стрессовых нарушений: Методическое пособие / Шестопалова Л.Ф., Алексис Лоренцо Руис, Курган Г.А. и др. – Харьков: Ун-т внутр. дел, 1998. – 18 с.
5. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
6. Напреенко А.К., Марчук Т.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) // Архів психіатрії. – 2001. – № 3 (26). – С. 33-42.
7. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. – М.: Смысл, 2002. – 127 с.
8. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Методичні рекомендації / Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. – Харків, 2002. – 47 с.
9. Тарабрина Н.В. Психологические исследования войны // Психол. обозрение. – 1996. – № 1 (2). – С. 26-29.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
11. Шестопалова Л.Ф. Клинико-психологическое исследование факторов и условий формирования посттравматических стрессовых расстройств у лиц, переживших экстремальные события // Укр. вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 2 (31). – С. 158-159.
12. Pitman R.K. PTSD, Conditioning and Network Theory // Psychiatric Annals. – 1998. – P. 182-189.