

ЧАСТИНА СЬОМА

**ОПЕРАТИВНЕ
ПОВЕДІНКОВЕ
(ПСИХІЧНЕ)
ЗДОРОВ'Я**

Розділ 35

ПСИХІАТРІЯ В УМОВАХ КАТАСТРОФ

АРТІН ТЕРХАКОПІАН^I · ДЕВІД М. БЕНЕДЕК^{II} ·
ЕЛСПЕТ КЕМЕРОН РІЧІ^{III}

ВСТУП

ІСТОРИЧНЕ ПІДҐРУНТЯ

НЕЩОДАВНІ МІСІЇ

Терористична атака на Пентагон 11 вересня 2001 року

Цунамі в Південно-Східній Азії 26 грудня 2004 року

Урагани Катріна і Ріта в 2005 році

ВИСНОВКИ

ⁱ Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, майор, Медичний корпус, Армія США; Керівник стаціонарного психіатричного відділення, відділ психіатрії, Військово-медичний центр Вільяма Бомона, 5005 North Piedras Street, El Paso, Texas 79920; у минулому – начальник психіатричного відділення, 10-й польовий госпіталь, Baghdad, Iraq.

ⁱⁱ Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; професор і заступник голови відділу психіатрії Військово-медичного університету силових структур ЗС США, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814.

ⁱⁱⁱ Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому – консультант начальника військово-медичної служби армії США з психіатрії і директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз – головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

Військовослужбовці США зробили значний внесок у надання медичної допомоги постраждалим у багатьох руйнівних катастрофах у всьому світі. Нещодавно військові психіатри та працівники охорони психічного здоров'я відіграли ключову роль у проведенні цих рятувальних операцій. Цей розділ окреслює основні принципи психіатрії катастроф та ілюструє використання цих принципів на прикладі військової психіатрії для постраждалих від масових катастроф.

Сфера психіатрії катастроф продовжує розвиватись і надавати нові концептуальні уявлення стихійних лих та їхніх наслідків для психічного здоров'я. Знання відповідних психіатричних втручань на момент катастрофи є надзвичайно важливими. Загалом військові психіатри добре натреновані під час війни чи гарно обізнані на військовій психіатрії та використанні принципів PIES «близькість, невідкладність, очікування та простота» (*proximity, immediacy, expectancy, simplicity*). Попри це, багато військових психіатрів та їхніх колег-цивільних менш обізнані в роботі з травмованими пацієнтами поза межами стандартного стаціонару чи психіатричного відділення. Значна частина психіатрів можуть мати більше досвіду в керуванні таких станів, як гострий стресовий розлад чи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), в медичному закладі, аніж в аскетичному та зруйнованому оточенні. Лікування порушень психічного стану через стихійні лиха може похитнути психіатричні концепції

щодо інтрапсихічних детермінант психічних розладів [1] та межі «психіатр—пацієнт» (наприклад, проживання у наметі з пацієнтом) [2]. Знання щодо індивідуально пережитих травм, таких як згвалтування чи автомобільні аварії, та розуміння військової психіатрії здатні допомогти обрати принцип психологічного лікування під час катастрофи. Психіатричні реакції на катастрофи, де вони неминучі, неочікувані чи колективно пережиті у травматичних подіях великого масштабу, можуть бути різними. У результаті атаки 11 вересня 2001 року, руйнівного цунамі в Індійському океані 2004 року й урагану Катріна 2005 року було зроблено багато висновків. Участь військових психіатрів у командах допомоги під час цих подій надала унікальну можливість відпрацювати план дій при катастрофах, оцінити наявні знання психіатрії катастроф та обдумати можливі зміни та покращення на майбутнє.

У цьому розділі будуть викладені історичні передумови для нинішніх принципів психіатрії катастроф. Описи реагування військової психіатрії на атаку 9/11 на Пентагон, цунамі в Індійському океані й урагани Катріна і Ріта проілюструють не лише застосування принципів психіатрії катастроф, а також те, що військові психіатри мають очікувати під час катастрофи і як вони можуть найкращим чином полегшити стан пацієнтів та прискорити одужання. Наприкінці зазначено напрямки подальших досліджень та зроблено особливий наголос щодо тренувань.

ІСТОРИЧНЕ ПІДҐРУНТЯ

На сьогодні накопичено значну кількість даних про організацію медичного забезпечення насе-

лення в умовах катастроф. Однак мало що відомо про потреби охорони психічного здоров'я та від-

повідні психіатричні послуги. Попри це, інформацію про природу і масштаб психіатричних потреб населення, що постраждало внаслідок катастроф, і відповідне психіатричне лікування було належним чином викладено у повідомленнях про організацію охорони здоров'я населення в умовах надзвичайних ситуацій природного, техногенного та воєнного походження.

Під час катастроф багато осіб переживають горе і депресію, занепокоєння, соматичні та дисоціативні реакції [3–6]. Стресові реакції на катастрофи: можуть відобразитись фізіологічними симптомами залежно від специфіки характеру катастрофи, наприклад, здавленість у грудях, нудота та страх можуть бути наслідком вибуху вантажівки, що перевозила хлор. Цей феномен ускладнює оцінку та лікування населення, що зазнало катастрофи, та потребує спільної праці психіатрів та інших медичних працівників. Серед осіб із попередньо наявними медичними розладами занепокоєння та соматичні реакції ускладнюються страхами щодо руйнування поселень, доступності медичного догляду та можливості забезпечення лікарськими засобами.

Психологічна реакція на катастрофу може вплинути на підхід до лікування; цей факт задокументований в літературі. Так, під час війни у Перській затоці (1990–1991 рр.) близько 40 % ізраїльських громадян біля місць шквалу ракетних ударів повідомили про симптоми, що збігалися з наслідками вибуху хімічної зброї, незважаючи на її відсутність [7]. Подібний феномен спостерігався у 1995 році під час газової атаки зарином у метрополітені Токіо [8–10]. У перехресному оцінюванні стану 182 осіб, що пережили бомбування Оклахома-Сіті у 1995 році, через 6 місяців після катастрофи Норт (North) і колеги виявили підвищений рівень ПТСР (15 % перед катастрофою і 22,5 % опісля катастрофи) та депресію (12,6 % перед катастрофою і 22,5 % опісля катастрофи) [11]. П'ять кабінетів невідкладної допомоги у нижньому Манхеттені біля зруйнованого Всесвітнього торгового центру мали значний вплив пацієнтів як наслідок катастрофи 9/11. Із 950 пацієнтів, оглянутих під час перших 48 годин у цих кабінетах, 14 % повідомили про кардіологічні, неврологічні та психіатричні проблеми [12]. У наступні кілька місяців після знищення Центру всесвітньої торгівлі

опитування жителів Коннектикуту, Нью-Джерсі та Нью-Йорку виявили підвищене збудження, занепокоєння, проблеми зі сном та підвищене вживання алкоголю і паління як наслідок атак [13].

Терористичні атаки із застосуванням збудника сибірської виразки в окрузі Вашингтон в листопаді 2001 року знову продемонстрували необхідність психологічної, емоційної та психіатричної підтримки для населення. У наступні 2 тижні після цієї атаки на будівлю Сенату імені Харта 1129 пацієнтів звернулись по невідкладну допомогу в госпіталь Інова Ферфакс (Inova Fairfax Hospital), що розташований неподалік, у Північній Вірджинії, з симптомами та занепокоєнням у можливості захворювання на сибірську виразку. Із цих пацієнтів лише у двох було діагностовано інгаляційну форму сибірської виразки [14]. Реакція цивільних осіб на катастрофи дуже подібна до реакції, що задокументована серед військ під час Першої світової [15]. Історично психологічні реакції (як ті, що зазначені вище) були поділені на часові фази катастрофи (перед катастрофою, під час катастрофи й опісля катастрофи). Кожна фаза має свої характеристики. Основна різниця полягає в природі та тривалості катастрофи [16]. Таким чином, емоційні та психічні наслідки можуть спричинювати значні розлади здоров'я та функціонування осіб на суттєвий період часу. Дослідження у галузях соціальних наук, психології, психіатрії та охорони здоров'я населення надали важливу інформацію для покращення стійкості при психологічній роботі з постраждалими у катастрофі та полегшення стану психічних розладів унаслідок травматичного впливу. Ці дослідження узагальнили Урсано, Фулerton, Норвуд, Річі, Вотсон і Фрідман (Ursano, Fullerton, Norwood [6], Ritchie, Watson і Friedman [17]). Було визначено три сфери для широкого психологічного втручання: 1) загальна підтримка, 2) освіта та 3) остаточний медичний і соціальний захист (таблиця 35.1). Вони узгоджуються з давно описаними П'єром Жане [18], Зігмундом Фрейдом [19] та Іваном Павловим [15].

Відповідний баланс підтримки громади, освіти і належний догляд здатні підвищити індивідуальний і груповий потенціал щодо інтегрування травматичних переживань, тим самим знижуючи депресію, неспокій, соматизацію і дисоціацію.

НЕОБХІДНІ ЗАХОДИ ПРИ ПСИХОЛОГІЧНОМУ ВТРУЧАННІ ПІД ЧАС КАТАСТРОФ

Загальна підтримка	Базові потреби: надати безпеку, охорону, воду, їжу, притулок (житлові умови), можливість переміщення, контакт і/чи можливість спілкування з родиною та друзями
	Психологічна перша допомога: мінімізувати подальшу шкоду здоров'ю; зменшити психологічне збудження та фізичний біль; мобілізувати підтримку; підтримувати родинний зв'язок і допомогти родинному об'єднанню; надати інформацію та освіту; сприяти спілкуванню щодо ризиків; розглянути необхідність перекладачів
	Необхідна оцінка: оцінити нинішній статус; знати докатастрофні обставини; оцінити стан «мовчазних» осіб, таких як діти та інваліди; обдумати потреби на трьох рівнях: 1) загальне населення, 2) групи та 3) особи
	Моніторинг: прислухатися до осіб, що перебували під впливом катастрофи; зважати на рівень базових потреб і з'ясувати, наскільки вони задоволені; оцінювати психологічні життєві показники, такі як ставлення до лікування, надія та очікування; перевіряти пацієнта на вживання наркотичних речовин; спостерігати та розвивати чутки
	Стимулювання психічної стійкості й одужання: заохочувати соціальну взаємодію; дозволити регулярні дії, такі як шкільне навчання чи робота, наскільки це можливо; стимулювати захисні механізми; посилити роль системи; запропонувати загальногромадські дії, щоб зменшити безнадію та вселити віру; будувати взаємини в наявній громаді та на організаційній основі; заохочувати загальногромадські захисні ритуали (промови, церемонії прощання з померлими, похорони), щоб зменшити страждання та посилити згуртованість
Освіта	Поширення освіти й інформації: впелитись у загальному поширенні практичної інформації та практичних інструкцій через засоби масової інформації та надійних місцевих лідерів; постійно та чітко інформувати людей про рекомендації та їх підґрунтя; надавати освітню інформацію щодо агресивної поведінки, ознак та симптомів ненормального функціонування; бути доступними у місцях загальних зборів; надавати неформальні послуги та інформувати про наявні формальні послуги; використовувати термінологію осіб, що зазнали впливу катастрофи
	Надання консультацій і тренувань: розподілити осіб із необхідними навичками до наявних громадських організацій, щоб покращити їхню можливість задовольняти психологічні потреби; навчати представників громад і релігійних, цивільних і бізнес-лідерів; заохочувати місцевих жителів до робіт із відновлення
Остаточний медичний і соціальний захист	Сортування хворих при прийомі та медичний огляд: стабілізувати та виявити випадки психічних розладів чи дисфункцій; оглянути найбільш постраждалих; госпіталізувати задля уникнення шкоди Лікування: зменшити чи знизити симптоми; покращити функціонування; використовувати психофармакологію та психотерапію (індивідуальні, сімейні та групові медичні втручання); використовувати мультидисциплінарний підхід для координування медичного лікування та турботи з боку духовенства, духовних цілителів, соціальних працівників і роботодавців

Адаптовано з: Ritchie EC, Friedman M, Watson P, Ursano R, Wessely S, Flynn B. Масові насилля та медичне втручання: найкращі практичні методи при хімічних, біологічних і радіологічних атаках. *Mil Med.* 2004;169(8):575–579.

Переваги медичних втручань будуть змінюватись залежно від типу катастрофи, її тривалості та інтенсивності. Також багато з цих зусиль (зокрема, підтримка та освіта) можуть проводитись нетрадиційними працівниками охорони психічного здоров'я: таким чином підкреслюється важливість взаємодії між працівниками охорони психічного здоров'я та рятувальниками, включаючи волонтерів.

Самодопомога та самозаспокоєння також можуть бути підкріплені підтримкою громади, освітою та належним доглядом. Навчання психологічній самодопомозі спроможне зменшити соціалізацію, пояснюючи (та нормалізуючи) вплив травматичного стану на особисту психологію, духовність і фізіологічне функціонування. Знання та розуміння стресових реакцій здатні активно підтримувати можливість постраждалих осіб стримувати свою тривогу, контролювати страх, мобілізувати

зувати психологічний захист від горя і допомогти сприйняти психологічний вплив катастрофи на їхній емоційний стан. Підтримка та освіта можуть зменшити пов'язаний із катастрофою хаос і таким чином мінімізувати «синдром компенсації», що є причиною підтримки програм посткатастрофної допомоги та громадського відновлення. Програми освіти та підтримки здатні скеровувати осіб, що мали психічне захворювання і пережили катастрофу, до конкретних медичних закладів для вторинного огляду, переоцінки та госпіталізації (чи інших заходів, якщо необхідно). Ці медичні заходи втручання при підтримці, належному нагляді та зусиллях можуть зменшити конверсію вторинних і короткотривалих емоційних симптомів у більш серйозні хронічні психічні проблеми. Загальна підтримка, освіта та остаточний медичний і соціальний захист (якщо вони доступні для тих, хто їх потребує) слугують для покращення можливостей осіб інтегрувати жакливі та спустошувальні епізоди життя у когнітивні, емоційні й поведінкові схеми. З когнітивної та нейробіологічної точки зору ця інтеграція може розглядатись як накопичення «спогадів безпеки», що блокують вираження спогадів пережитих жахів [20].

«Проект Свобода», організація, яка створена після терористичного акту 9/11 і фінансується урядом, ілюструє переваги надання підтримки, освіти й остаточної медичної та соціальної опіки. Ця Програма надавала психологічну підтримку, освіту та послуги з індивідуальної підтримки для 1,2 мільйона осіб протягом 27 місяців опісля катастрофи 9/11 у центрі Нью-Йорка та є прикладом успішної загальної психологічної підтримки, освіти, остаточної медичної й соціальної підтримки. «Проект Свобода» був особливо ефективним у плані полегшення повернення осіб, що

пережили катастрофу, до нормального стану і спрямування постраждалих з більш серйозними проблемами, такими як депресія і ПТСР, до клінік для належного лікування [21, 22].

Окремою проблемою психіатрії катастроф стало психічне здоров'я працівників із ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Хоча докази дещо неточні [23, 24], проблеми зі здоров'ям виникають і впливають нерівномірно на працівників, що піддаються психологічно травматичному впливу [25–29]. Травматичний вплив подій може спричинити довготривалий ефект на волонтерів і рятувальників, здатний погіршити якість виконання їхньої місії. Травматичний вплив під час рятувальних операцій та гуманітарної допомоги в умовах катастроф воєнного походження може містити: «а) мертві тіла; б) дітей, що піддавались насиллю чи осиротіли; в) невпевненість щодо мети місії та г) невпевненість у керівництві» [30, с. 63].

Кожен план ліквідації наслідків стихійних лих має передбачати заходи з охорони психічного здоров'я постраждалого населення, а також враховувати емоційний і поведінковий стан психічного здоров'я рятувальників. Психіатричні аспекти плану з інформування та підготовки рятувальників здатні покращити ефективність місії, посилюючи можливість і бажання працівника виконувати свій обов'язок [31, 32].

В епоху значних досягнень у галузі медицини, зокрема контролю над інфекційними захворюваннями та невідкладної хірургії, розпізнання тягаря довготривалих психіатричних хвороб і вдосконалення психіатричних методів втручання при катастрофах є наступним кроком у зменшенні захворюваності та смертності унаслідок катастрофи.

НЕЩОДАВНІ МІСІЇ

Останні кілька років військові психіатри підтримують різні операції та зусилля з поліпшення стану пацієнтів. Серед них — терористична атака на Пентагон і 9/11, місія на південному сході Азії після цунамі 2004 року та рятувальні операції на узбережжі США після ураганів Катріна та Ріта у 2005 році. Втручання військових фахівців

із охорони психічного здоров'я при цих катастрофах було проведено з метою посилити безпеку й охорону, пом'якшити негативні довготривалі психологічні наслідки, зменшити страждання пацієнтів і визначити найкращі клінічні методи психіатричного втручання. Коли це було можливо, встановлювався процес дослідження та пошуку

найпродуктивніших процедур з одужання, ретельно проводились збір та документування набутого досвіду.

Ці операції були успішними значною мірою завдяки готовності військових психіатрів. Вдале виконання місії залежало від їхньої військової та психіатричної підготовки, досвіду і практичних навичок роботи з травмованими солдатами після війни та доступу до консультантів національних зразкових центрів реагування на травми й психологію при катастрофах, таких як психіатричний відділ Військово-медичного університету силових структур ЗС США, що розташований у місті Вифезда (штат Меріленд).

Терористична атака на Пентагон 11 вересня 2001 року

Літак рейсу 77 American Airlines врізався в будівлю Пентагону о 09:43 ранку 11 вересня 2001 року. Одразу після атаки розпочалась швидка, всеосяжна і чітко виконана рятувальна операція. Як частина рятувальної операції всі військові служби, розташовані біля місця аварії, надіслали команди працівників охорони психічного здоров'я до Пентагону. Одна швидко зібрана група керування в кризових ситуаціях прибула з Військово-медичного центру Волтера Ріда (WRAMC). Інші групи управління діями в кризових ситуаціях прибули з авіаційних баз Андрюз, Боллінг та Кіслер (Andrews, Bolling and Keesler Air Force bases). Група психіатричного втручання приїхала з Національного військово-морського медичного центру США, що знаходиться в місті Вифезда [33–36]. Усі ці команди працювали з підтримкою інших працівників, зокрема членів американського Червоного Хреста, Армії спасіння, волонтерів з різних церков, пожежного відділення Міністерства оборони США (МО) і військових капеланів [34].

Незабаром після атаки клініка Ділоренцо (DiLorenzo Clinic) у Пентагоні була обладнана як штаб для реагування на катастрофу. Саме там 12 вересня розробили більш точні плани з підтримки психічного здоров'я працівників Пентагону, армія взяла на себе ініціативу докласти зусиль для охорони психічного здоров'я. Оскільки Пентагон не мав власної служби охорони психіч-

ного здоров'я для своїх працівників (окрім трьох співробітників допоміжної програми та одного капелана), зусилля Армії та Військово-повітряних сил США були спрямовані на Пентагон. У цей же час Військово-морські сили мали підтримувати Арлінгтонгське крило, штаб ВМС [34], що знаходився за кілька сотень ярдів від місця теракту.

Як відзначалося при інших катастрофах, застурбовані, інколи стривожені чи навіть у паніці особи, що вижили в катастрофі, звертались до різних клінік для допомоги та підтримки одразу після трагедії. Для задоволення зростаючих потреб у соціальній та психологічній допомозі 13 вересня в готелі Шератон Сіті було відкрито рідний центр допомоги, розташований недалеко від Пентагону. Ця установа надавала допомогу родинам співробітників Пентагону та родинам екіпажу рейсу 77. Багато співробітників психічного здоров'я Повітряних сил США приєдналися до групи працівників охорони психічного здоров'я WRAMC для підтримки місії цього центру, включаючи психологічне консультування осіб, що переживали горе. Центр зачинили через 2 тижні після поминальної служби 11 жовтня, адже потреба у ньому стала значно меншою [36].

Згідно із початковим планом Військово-повітряні сили США створили групи, які допомагали саме персоналу та керівництву Пентагону. Загалом ці групи позмінно працювали у клініці Ділоренцо протягом двох тижнів, до 10 грудня [36]. Армія США поділила обов'язки на «внутрішню» та «зовнішню» місії. «Внутрішня» місія передбачала підтримку персоналу Пентагону, а «зовнішня» фокусувалась на загальному населенні, поки перші співробітники рятувально-аварійної служби розташовувались на галявині навколо Пентагону. Психологічна допомога WRAMC базувалась на передумові, що найбільш негативними після катастрофи є «субклінічні» наслідки (тобто тимчасові, як нормальна реакція на травму) [33]. Таким чином, психологічна підтримка WRAMC часто мала вигляд задоволення базових потреб, таких як сон, їжа, вода та контакт із родиною. Допомога також містила м'яке опитування через неформальні розмови й спостереження реакцій на травмувальні події серед працівників Пентагону та співробітників аварійно-рятувальної служби. Цей підхід дозволив надати максимальну підтримку і водно-

ДОДАТОК 35.1.

ЦІЛІ КОНСУЛЬТАТИВНО-МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ДЛЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ПІД ЧАС КАТАСТРОФИ

- взаємодія між медичними працівниками, пацієнтами, командуванням, родинами і друзями
- сприяння лікуванню
- зменшення психолого-психіатричної захворюваності
- підтримка гнучкого підходу до обстеження та лікування
- розпізнавати й підсилювати адаптивні захисні механізми пацієнта
- підтримувати потреби пацієнта
- навчати пацієнтів і працівників

Адаптовано з: Wain HJ, Grammer GG, Stasinis JJ, Miller CM. Робота з пацієнтами на місці: загальна консультація та підтримка травмованих жертв опісля атаки на Пентагон. *Mil Med.* 2002;167(9 suppl):20.

час, мінімізувати упередження, пов'язані з психіатричним втручанням. За необхідності рекомендувались направлення до клініки для формального огляду та лікування [33].

На додачу консультативно-міждисциплінарна психіатрична служба (PCLS — Psychiatry Consultation Liaison Service) WRAMC надавала підтримку особам, що вижили при атаці та були направлені до місцевих цивільних лікарень. PCLS WRAMC використовувала гнучкий підхід, що не має аналогів, адаптований з моделей дебрифінгу стресу критичних інцидентів, але з більш точним акцентом на огляд психологічного стану кожної травмованої особи. Таким чином ця служба допомогла зменшити психіатричні симптоми, запобігти розвитку психопатології, сприяла лікуванню, швидкості одужання та організувала соціальну підтримку 18 постраждалим з Пентагону, що потребували тривалої госпіталізації [37] (додатки 35.1, 35.2 і 35.3).

Підхід «терапевтичного дебрифінгу» потребує психологічного контакту з усіма пацієнтами, що пережили катастрофу, та нормалізації реакції на катастрофу за допомогою таких лікарських технік, як когнітивне пересприйняття [37]. Тут метою є допомогти пацієнтам інтегрувати їхні спогади таким чином, аби запобігти «переповненню» спогадами про катастрофу, що мінімізує довгостро-

ДОДАТОК 35.2

ЛІКУВАЛЬНІ ЦІЛІ «ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДСУМКОВОГО ОБГОВОРЕННЯ»

- забезпечити підтримку
- зробити підсумкове обговорення постійним превентивним заходом
- наголосити на безпечності навколишнього середовища
- нормалізувати стан і почуття пацієнтів, включаючи комплекс провини осіб, що вижили
- переоцінити втрати, вказавши пораненому пацієнту важливість його жертви
- допомогти пацієнту зрозуміти, що трапилось
- втішити пацієнта
- визначити й посилити захисні механізми
- навчити пацієнта різним технікам, використовуючи візуалізацію, релаксацію чи гумор
- показати та навчити пацієнта, що він може контролювати ситуацію
- заохочувати пацієнта використовувати соціальну підтримку
- нормалізувати режим сну і харчування, якщо тому сприяє медичний стан
- прояснити медичне занепокоєння пацієнта
- розповісти, яку пастку може створити самолікування та зловживання психоактивними речовинами

Адаптовано з: Wain HJ, Grammer GG, Stasinis JJ, Miller CM. Робота з пацієнтами на місці: загальна консультація та підтримка травмованих жертв опісля атаки на Пентагон. *Mil Med.* 2002;167(9 suppl):20.

кове захворювання [37]. «Терапевтичний дебрифінг» складався із розслаблюючого дихання, відвернення уваги, гумору та креативної візуалізації, щоб прискорити повернення почуття ідентифікації та контролю пацієнту. Також підкреслюються якість сну, контроль болю та вдовolenня медичним обслуговуванням [37]. Підтримка, що надавалась постраждалим з Пентагону, продовжувалась тижнями, тоді як команди лікарів та випускники медичних факультетів продовжували роботу в багатьох округах, звідки й прибували команди втручання [33]. Таким чином, інтерни, які вивчали психіатрію, повідомили, що під час порятунку та лікувальних операцій їхні знання значно покращились завдяки практичному досвіду. Потенційна перевага залучення лікарів-інтернів в аварійні плани при катастрофах була відображена в інших тренувальних програмах щодо постраждалих під час урагану Катріна [38].

ДОДАТОК 35.3

ВИСНОВКИ КОНСУЛЬТАТИВНО-МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ПІД ЧАС АТАК 11 ВЕРЕСНЯ 2001 РОКУ

- за необхідності консультативно-міждисциплінарну службу після катастрофи можна експортувати
- працівники охорони психічного здоров'я мають оглянути всіх пацієнтів, які вижили при катастрофі, відповідно до стандартного протоколу
- реакція пацієнтів, які пережили катастрофу, має сприйматись як нормальна реакція на аномальні події
- працівники охорони психічного здоров'я мають встановити терапевтичний альянс з іншими лікарями та пацієнтами
- необхідно підтримувати психічний захист пацієнта
- психологічні ресурси мають бути доступні для пацієнтів, незалежно від їхнього медичного статусу на поточний момент

Адаптовано з: Wain HJ, Grammer GG, Stasinis JJ, Miller CM. Робота з пацієнтами на місці: загальна консультація та підтримка травмованих жертв після атаки на Пентагон. *Mil Med.* 2002;167(9 suppl):21.

Особливо травмувальною була робота команд, які допомагали зібрати останки померлих у перші дні після атаки на Пентагон [39]. Детальний звіт-опис про вплив процесу збору останків людей на 10 працівників сфери охорони здоров'я вказав, що їхня психічна реакція була досить різною та містила гострі, хоча й короткі (по кілька днів), періоди безсоння, кошмарів і спалахів спогадів. Ясність мислення та експектація були описані як методи посилення психологічної адаптації [40].

Таким чином, військове реагування на атаку Пентагону було швидким; чіткі військові зусилля впроваджувались через серії запланованих дій і почали одразу після атаки. Стійка програма психологічної допомоги сприяла максимізації підтримки осіб, що вижили при атаці, та для рятувальників. Підтримка була посилена мультидисциплінарністю працівників аварійно-рятувальної операції, зокрема психіатрів, соціальних працівників і капеланів. «Терапевтичний дебрифінг», описаний Вейн (Wain) та ін. [42], виділяється як перспективна зміна до моделі при гострому стресі, застосовуваної в умовах консультативно-міждисциплінарної психіатрії. Цей підхід PCLS, що використовувався

WRAMC при поверненні поранених солдатів, можливо, зробив більший внесок до первинного рівня ПТСР серед поранених в бою солдатів, ніж вважається, та заслуговує подальшого вивчення при аварійно-рятувальних операціях [41, 42].

Детальний огляд рятувальної операції після атаки на Пентагон вказує на деякі недоліки в координації та плануванні рятувальної операції, а також на невизначеність місії [33, 34, 36]. Команди працівників охорони психічного здоров'я, що прибули до Пентагону, не координували свої первинні дії з відповідальним за проведення аварійно-рятувальних робіт [34]. Кожна служба та кожна психологічна організація прибувала з власним теоретичним баченням, планом реагування, пріоритетами, що ускладнювало рятувальну операцію. Багато хто вважає, що варто було б розробити концепцію спільних дій при аварійно-рятувальних ситуаціях. Варто розглянути можливість введення плану в майбутньому, подібного до Національної системи управління інцидентами (NIMS — National Incident Management System), що розробили у Федеральному агентстві управління в надзвичайних ситуаціях (FEMA — Federal Emergency Management Agency) [33, 34, 36, 43]. Окрім того, відсутність адміністративної військової підтримки створювала певні складнощі з координацією [33]. Можливо, саме відсутність адміністративної підтримки стала причиною втраченої можливості військових працівників охорони здоров'я повністю інтегрувати цивільних працівників до спільного плану [33, 34]. Варто розглянути і залучення адміністративної підтримки для груп працівників охорони психічного здоров'я.

**Цунамі в Південно-Східній Азії
26 грудня 2004 року**

Потужний землетрус вразив басейн Індійського океану 26 грудня 2004 року. Його наслідком стало цунамі, від якого постраждало багато прибережних країн, зокрема Індонезія, Таїланд і Шрі-Ланка. Приблизна кількість загиблих і зниклих людей становить понад 250 000. Постраждалі, навіть якщо вони були фізично неушкоджені, зіштовхнулись із глибоким горем, втратами та почуттям провини [44]. Військові США організу-

вали Операцію комплексної допомоги при катастрофі. Масштаб лиха був настільки великий, що навіть найвпливовішим та незалежним неурядовим організаціям (NGOs — nongovernmental organizations) була необхідна допомога військових США, щоб дійти до спустошених районів [45]. Місія американських військових була поділена на дві групи: одна була направлена до Шрі-Ланки, а інша — до Індонезії. Третя команда, з Науково-дослідного інституту медичних наук Збройних сил США (Armed Forces Research Institute of Medical Sciences), провела оцінку потреб в Таїланді та координувала надання допомоги цій країні [46].

Незабаром опісля цунамі передова група була відправлена до цього регіону, що сприяло координації прибуття військових сил і засобів із відповідних посольств США та інших місцевих і міжнародних гуманітарних організацій. Окрім військовослужбовців, група в Індонезії свідомо залучила цивільних волонтерів, що входили до неурядового Проекту «Здорове життя для людей всього світу» (HOPE — Health Opportunities for People Everywhere), щоб покращити можливості допомоги та задовольнити потреби постраждалих осіб [47, 48]. Ця група була відправлена на госпітальному судні США Мерсу до Банда-Ачеха в Індонезії на початку 2005 року, інші групи — повітрям до Шрі-Ланки і Таїланду. Група в Шрі-Ланці, зрештою, працювала у північно-східній частині острова. Прибувши до Таїланду, третя група розпочала виконувати завдання з оцінки втрат в шести прибережних провінціях Таїланду, що постраждали від цунамі.

Як і в усталеній практиці рятувальних і гуманітарних операцій, допомога постраждалим максимально надавалась *на місці* (наскільки це можливо). І лише тих пацієнтів, яких неможливо було лікувати на місці катастрофи, забирали на військове госпітальне судно Мерсу. Усі операції проводились «в дусі взаємодії, співпраці, взаємної поваги, підтримки командного духу, довіри, взаємозалежності та досягненні згоди» [49, с. 33]. Хоча лише військовий корабель Мерсу мав у штаті працівників охорони психічного здоров'я, всі три групи зважали на психічні потреби постраждалих і співробітників рятувальної служби. Наприклад, обираючи місце проживання для команди рятув-

ників у Шрі-Ланці, планувальники зважали на таку психологічну перевагу, як дистанція від основної концентрації постраждалих людей та фізичного спустошення. Тож членам команди дозволялось мати перепочинок від постійного травматичного впливу [50]. Хоча команда в Шрі-Ланці провела багато втручань, що можуть вважатися благотворними щодо покращення психічного здоров'я, вони уникали конкретної психологічної терапії та формального оцінювання стану. Адже вважалося, що ці послуги не можна надати у відповідній культурній формі [50].

Надана допомога командою, що була надіслана до Шрі-Ланки, не передбачала формального психологічного втручання, однак працівники охорони психічного здоров'я військового корабля Мерсу були заплановані та залучались до надання психологічних медичних послуг в Банда-Ачеху (Індонезія). І хоча команда в Таїланді не надавала конкретних психологічних послуг, швидка оцінка потреб попередила представників тайської влади про погану готовність лікарень задовольнити психологічні потреби травмованого населення. Завдяки цьому представники тайської влади прискорили організацію та надіслали психологічні групи до районів катастрофи, розглянули зміни до аварійно-рятувального плану при катастрофах, який раніше не передбачав елементів психологічної допомоги [46]. Команда оцінки в Таїланді також повідомила про інші аспекти стосовно психічного стану при катастрофах, такі як можливість вдоволення базових потреб, та визнали їх добре забезпеченими [46].

Під час операції «Об'єднана допомога» було виявлено цінність телекомунікацій. За допомогою колективних мереж даних та ліній радіозв'язку команда працівників психічного здоров'я військового госпітального судна Мерсу отримувала підтримку від віртуальної команди медичних експертів-рятувальників зі всього світу. Ці мережі дозволили команді вдоволювати потреби постраждалих та спланувати хід дій. Коли стало зрозуміло, що діти мали стати центром уваги команди, ті ж мережі стали безцінним джерелом новітньої літератури, консультацій з експертами та розробки плану втручання [51, 52]. З підтримкою консультантів група працівників охорони психічного здоров'я на борту військового госпітального

судна Мерсу змогла застосувати програму, що надала більше 80 годин тренувань у 85 сферах контенту, консультації більше 200 дитячих фахівців і 1 200 вчителів у провінції Ацех [53]. Лінії зв'язку та бази даних продовжують покращувати ефективність психологічних втручань в провінції Ацех, адже їх використовують працівники охорони психічного здоров'я в районах, що зазнали впливу стихійного лиха [53].

Одне дослідження роботи рятувальників, які працювали в районі дії цунамі, вказує на важливість проведення певних превентивних заходів, що можуть знизити кількість негативних наслідків серед членів цієї групи: інформувати рятувальників про очікувані травми, різновиди психологічних реакцій і відповідні методи втручань. У цьому дослідженні опитування використовувались, аби оцінити стан учасника до місії та через 3 місяці після неї. Попри малу статистичну кількість вибірки, було зроблено важливі висновки стосовно змін загального базового стану здоров'я, депресії, посттравматичного стресового розладу або ризикованої поведінки. Рятувальники надавали перевагу та вважали корисними брифінги про психічне здоров'я та «своєчасні» тренування, що вони отримали у вечір перед відправленням [30].

Таким чином, в операції «Об'єднана допомога» швидко застосувались ратифіковані методи реагування на катастрофу. Зусилля також містили нові компоненти, такі як віртуальний доступ до світових джерел інформації та експертів певних галузей. Ця місія проілюструвала потенціал успішної співпраці між військовим персоналом та цивільними рятувальниками. Стратегії для такого типу місій пізніше були наведені в Постанові 3000.05 Міністерства оборони США «Військові операції для підтримки та забезпечення стабільності, безпеки, переміщення й відновлення» [54]. Галузями, що потребували подальшого дослідження, стали ті, що стосуються оптимального тренування для попередження психологічних травм серед працівників аварійно-рятувальних служб. Однією з можливостей може бути поширення «своєчасних» тренувань та спеціально розробленого тренування для військ — «Battlemind», що використовується перед бойовим розгортанням [55, 56].

Урагани Катріна та Ріта в 2005 році

Ураган Катріна вразив узбережжя Луїзіани та Міссісіпі в понеділок, 29 серпня 2005 року. Унаслідок ураганних вітрів, проливних дощів і величезних хвиль район завбільшки з територію Об'єднаного Королівства сильно постраждав. Як результат, сотні тисяч людей опинилися далеко від своїх домівок у тимчасових прихистках. Тисячі інших, котрим менш пощастило, застрягли в місті, яке скоро стало затопленим через пробоїни в дамбах. Забруднені води заповнили Новий Орлеан і затопили лікарні, громадські центри психічного здоров'я, аптеки та подібні медичні установи, змушуючи зачинити їх та повністю перемістити пацієнтів і медичних працівників у чотири церковні приходи — Джефферсон, Орлеанс, Плакемінс і Святого Бернарда [57–59]. Багато осіб із хронічними медичними станами, зокрема й найуразливіші щодо психіатричного стану, лишилися без догляду, ліків, медичного приладдя та підтримки. За нормальних обставин Антикризова благодійна лікарня (Charity Hospital's Crisis Intervention) доглядала близько 600 пацієнтів щомісяця. Ці показники допомогли передбачити високу необхідність психологічної підтримки після урагану Катріна [60]. Зазначений потенціал було визначено досить рано військовими психологами, які працюють при стихійних лихах. Вони зв'язалися з планувальниками заходів і фахівцями з догляду за пацієнтами [61, 62].

Національна гвардія була мобілізована за 48 годин до того, як ураган Катріна спричинив зсув. Військове реагування, до якого долучилося загалом понад 60 000 осіб дійсної служби та Національної гвардії, активізувало свої дії впродовж кількох годин опісля зсуву внаслідок урагану Катріна. І це попри те, що половина особового складу Національної гвардії Луїзіани перебувала в Іраку [57, 63, 64]. Укриття було створене на стадіоні Супердоум, доки лікувальну установу не перенесли до конференц-центру через день після зсувів, спричинених Катріною. Також був розгорнутий мобільний госпіталь у Міжнародному аеропорті Луї Армстронга. У середині вересня команди з Армії, Повітряних сил та Військово-морських сил США працювали разом з береговою охороною, санітарно-епідеміологічною службою США, Агент-

ством захисту навколишнього середовища, Центром контролю захворюваності (CDC — Centers for Disease Control and Prevention) та Департаментом управління охорони здоров'я Луїзіани [57]. Перші 72 години після зсувів, спричинених Катріною, були найважчими. Саме в цей час тисячі людей евакуювали з Міжнародного аеропорту Луї Армстронга за надзвичайно прикрих обставин [65].

Огляд стану здоров'я, що CDC проводив 9 вересня (з допомогою військовослужбовців), не виявив спалахів захворювання або небезпечних впливів навколишнього середовища станом до 25 вересня. Попередні опитування виявили 42 випадки навмисного травмування серед 2018 повідомлених травм [66]. Інформація й повідомлення про новини стосовно поширення хвороб і забруднення, як і навчальна інформація про ризики через друківані матеріали та медіа, діяли на одному рівні з працівниками охорони психічного здоров'я, адже заспокоювали людські страхи й стримували розповсюдження чуток. Порятунком жителів міста з дахів вселив надію та зміцнив віру в прибуття допомоги. Надія на допомогу ззовні (у межах збільшення медичних операцій) була втілена завдяки кораблю ВМС США USNS «Комфорт». Саме «Комфорт» забезпечував проведення рятувальних операцій в Паскагулі з 9 по 20 вересня й у Новому Орлеані з кінця вересня по 8 жовтня. Військово-морський медичний персонал та волонтери з Проекту «НОРЕ», що вже мали досвід із цунамі в Індійському океані, допомогли відсортувати постраждалих та вилікувати близько 2000 пацієнтів [67]. Однак плутанина стосовно відповідальних за збір людських останків, безпечних шляхів пересування та створення подальших графічних і медійних зображень лише заважала і створювала хвилювання, посилюючи відчуття безнадії та занедбаності [57, 65].

Коли ситуація в місті стабілізувалась і порядок було відновлено (принаймні почасти), психічний тягар став більш очевидним. За попередніми підрахунками [68], ураган Катріна спричинив понад 1000 смертей; ця кількість збільшилась до 1400 в Луїзіані, коли з'явилась можливість підрахувати точніше [69]. Серед померлих було два поліцейських, що скоїли самогубство [70]. Новини про смерті в поєднанні з реальністю — розкидані родини й втрачені друзі, знищення місця про-

живання, втрата соціальної і медичної підтримки, економічне спустошення та постійна невизначеність — глибоко непокоїли сім'ї, особливо ті, що мали психічні хвороби. Опитування CDC у жовтні 2005 року показало тягар стресу та дисфункції: 56 % опитуваних мали хронічно хворого члена родини, і з них лише 35 % мали роботу (порівняно з 73 %, що мали роботу до Катріни) [71]. 900 поліцейських із Нового Орлеана та приблизно 500 пожежників, які взяли участь в опитуванні CDC у жовтні та листопаді 2005 року, повідомили про психічні проблеми з симптомами ПТСР та депресії; депресія була присутня більше ніж у чверті осіб з кожної групи (26 % поліцейських та 27 % пожежників) [72].

Більше половини жінок-фахівців із догляду, які проживали в трейлерах чи готелях, наданих FEMA, взяли участь в опитуванні в лютому 2006 року та показали високі рівні клінічно діагностованої депресії, занепокоєння або інших психічних розладів [73]. Не дивно, що відділ коронера в Новому Орлеані повідомив про підвищений рівень суїцидів: від 9 зі 100 000 на рік до 26 зі 100 000 на рік протягом місяців від урагану Катріна до кінця 2005 року [74]. Ці наслідки були посилені знищенням психологічних центрів у великих медичних центрах, зокрема у Тулейнському університеті та Науковому центрі здоров'я Університету Луїзіани, у тому числі проблемами з клінічними записами пацієнтів, що приймають метадон [59, 75]. Допомога людям, що постраждали від урагану Катріна, надалі була ускладнена через ураган Ріта, що розпочався через три тижні.

Проблеми ставали все очевиднішими, тому програми організовувались за підтримки місцевих, федеральних і військових організацій. Соціальні працівники Університету Луїзіани в місті Батон-Руж влаштували допомогу для дітей з особливими потребами, що були переміщені після двох ураганів; працівники охорони здоров'я модернізували процедуру підтвердження атестації й забезпечення ліками для переміщених лікарів чи лікарів-волонтерів [76]. Фінансування FEMA дозволило розпочати Проект «Одужання» в Міссісіпі та підтримати психологів і працівників охорони психічного здоров'я Луїзіани [58, 70]. Проект «Одужання», розпочатий Управлінням служби лікування наркотичної залежності та психічних розладів

(SAMHSA — Substance Abuse and Mental Health Services Administration), надав консультативну допомогу більше 1 000 000 людей, що стало результатом більше ніж 10 000 направлень до служб допомоги при психічних розладах та наркотичній залежності. Інша програма SAMHSA — «Програма допомоги після урагану Катріна» провела тисячі психологічних консультацій [58]. Попри ці зусилля, складність хронічних психіатричних хвороб у місті до початку урагану Катріна (зокрема, вживання наркотиків), могли подовжити «процес

примусового лікування», через який пройшло багато постраждалих [70]. На щастя, завдяки лікувальним програмам в Новому Орлеані, що ґрунтувались на літературі про рятувальні операції, люди змогли швидко повернутись до міста, відновити спілкування, подолати невпевненість, використовуючи методи академічної гнучкості [77]. Рятувальна та лікувальна операції на узбережжі затоки тривають і далі, як і визначення психологічних травм унаслідок цього стихійного лиха та пошук більш ефективної рятувальної парадигми.

ВИСНОВКИ

У психіатрії катастроф переважна частина інформації скоріше має доказовий характер, а не ґрунтується на фактичних даних. Нагляд та досвід військових психіатрів формує більшу частину керування дій при психологічній роботі з населенням під час стихійних лих і масового насилля.

Існує значна кількість знань про психологічний вплив катастроф, але значно менша кількість є підтвердженою на практиці під час нещодавніх рятувальних операцій. Складнощі існують в проведенні досліджень щодо відбору відповідних питань для визначення травмувальної події. Невелику кількість катастроф можна чітко передбачити, ще менша кількість розгортається повільним темпом. Подальші зусилля військових і цивільних дослідників мають містити довгострокові дослідження з вихідною відміткою характеристики населення та повного огляду стану здоров'я з постійними оцінюваннями стану осіб, що пережили катастрофу. Оцінка симптомів стану до й опісля психологічного втручання з контрольованим порівнянням стану населення (якщо це є етичним) допоможе виявити ефективність програм втручання та допомогти відділити причину від ефекту і модифікатори від медіаторів.

Іншим напрямком може стати освіта психіатрів, які працюють в умовах катастроф. Багато з напрацьованого під час ліквідації наслідків масштабних катастроф було втрачено через їхню рідкість. Програми навчання для психіатрів, які працюють в умовах катастроф, можуть допомогти зберегти досягнення у галузі психіатрії катастроф і налагодити організацію функціонування

колективної пам'яті й ресурсів, що за необхідності можна буде використовувати. Такі тренувальні програми повинні підкреслювати й розвивати моделі співпраці та координування серед різних агенцій, таких як FEMA, Національний центр ПТСР, SAMHSA, Військово-медичний університет силових структур ЗС США, Національні інститути охорони психічного здоров'я та Проект «НОРЕ». Програми рятувальних операцій також мають намагатись ефективніше залучати різноманітних професіоналів (наприклад, психіатрів, фельдшерів швидкої допомоги, працівників охорони здоров'я та місцевих політиків) до підготовки, реагування та зусиль з ліквідації наслідків катастрофи.

Конкретні напрями дій для підтримки військовими психіатричними закладами академічних центрів і досліджень у цій галузі передбачають:

- розвиток загальної доктрини ліквідації наслідків стихійних лих; можливо, подібної до Національної системи управління інцидентами (NIMS — National Incident Management System);
- включення психіатрії катастроф до програми вторинної підготовки лікарів-фахівців і можливе залучення лікарів, які проходять ординатуру, до операцій з ліквідації наслідків катастроф;
- подальшу інтеграцію психіатричних консультацій і налагодження зв'язку з наданням медичної допомоги для підвищення охоплення осіб, які постраждали в катастрофі для зменшення упередження;

- подальший розвиток концепцій стресу та психологічної стійкості, пошук шляхів захисту працівників від стихійних лих. Прямі військові вказівки можна переглянути в цілях програми «Battlemind» — у додатках до розділу 4 «Контроль бойового стресу» цього видання.

ЛІТЕРАТУРА

1. McCarroll JE, Ursano RJ. Consultation to groups, organizations, and communities. In: Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, eds. *Interventions Following Mass Violence and Disasters*. New York, NY: Guilford Press; 2006: 194–195.
2. Croarkin P. Group therapy in a combat zone? *Am J Psychiatry*. 2005;162(8):1504–1505. Available at: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/162/8/1504.pdf>. Accessed July 7, 2010.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Available at: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_11.aspx. Accessed May 25, 2010.
4. Fetter JC. Psychosocial response to mass casualty terrorism: guidelines for physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(2):49–52.
5. Foa EB, Stein DJ, McFarlane AC. Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(suppl 2):15–25.
6. Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE, eds. *Terrorism and Disaster Individual and Community Mental Health Interventions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2003.
7. DiGiovanni C Jr. Domestic terrorism with chemical or biological agents: psychiatric aspects. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1500–1505.
8. Okumura T, Suzuki K, Fukuda A, et al. The Tokyo subway sarin attack: disaster management, III: national and international responses. *Acad Emerg Med*. 1998;5(6):625–628.
9. Okumura T, Suzuki K, Fukuda A, et al. The Tokyo subway sarin attack: disaster management, II: hospital response. *Acad Emerg Med*. 1998;5(6):618–624.
10. Okumura T, Suzuki K, Fukuda A, et al. The Tokyo subway sarin attack: disaster management, I: community emergency response. *Acad Emerg Med*. 1998;5(6):613–617.
11. North CS, Nixon SJ, Shariat S, et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*. 1999;282(8):755–762.
12. Rapid assessment of injuries among survivors of the terrorist attack on the World Trade Center—New York City, September 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51(1):1–5.
13. Psychological and emotional effects of the September 11 attacks on the World Trade Center—Connecticut, New Jersey, and New York, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51(35):784–786.
14. Howell JM, Mayer TA, Hanfling D, et al. Screening for inhalational anthrax due to bioterrorism: evaluating proposed screening protocols. *Clin Infect Dis*. 2004;39(12):1842–1847.
15. Weisaeth L. The European history of psychotraumatology. *J Trauma Stress*. 2002;15(6):443–452.
16. Jones FD, Harris P, Koshes R, Fong YH. Military psychiatry and disasters. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing in Peace for War*. In: Zajtcuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General and Borden Institute; 1994:239–249.

17. Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, eds. *Interventions Following Mass Violence and Disasters*. New York, NY: Guilford Press; 2006.
18. Van der Kolk BA, van der Hart O, Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1989;146(12):1530–1540.
19. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med*. 1995;40(8):1073–1082.
20. Quirk GJ, Milad MR, Santini E, Lebron K. Learning not to fear: a neural systems approach. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Barad M, eds. *Understanding Trauma Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2007: 548.
21. Donahue SA, Jackson CT, Shear KM, Felton CJ, Essock SM. Outcomes of enhanced counseling services provided to adults through Project Liberty. *Psychiatr Serv*. 2006;57(9):1298–1303.
22. Donahue SA, Lanzara CB, Felton CJ, Essock SM, Carpinello S. Project Liberty: New York's crisis counseling program created in the aftermath of September 11, 2001. *Psychiatr Serv*. 2006;57(9):1253–1258.
23. North CS, Tivis L, McMillen JC, et al. Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *J Trauma Stress*. 2002;15(3):171–175.
24. Slottje P, Witteveen AB, Twisk JW, et al. Post-disaster physical symptoms of firefighters and police officers: role of types of exposure and post-traumatic stress symptoms. *Br J Health Psychol*. 2008;13(2):327–342.
25. Galea S. The long-term health consequences of disasters and mass traumas. *CMAJ*. 2007;176(9):1293–1294.
26. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:78–91.
27. Hearn A, Deeny P. The value of support for aid workers in complex emergencies: a phenomenological study. *Disaster Manag Response*. 2007;5(2):28–35.
28. Morren M, Dirkzwager AJ, Kessels FJ, Yzermans CJ. The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. *CMAJ*. 2007;176(9):1279–1283.
29. Van den Berg B, Grievink L, Yzermans J, Lebet E. Medically unexplained physical symptoms in the aftermath of disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:92–106.
30. Benedek DM, Ritchie EC. “Just-in-time” mental health training and surveillance for the Project HOPE mission. *Mil Med*. 2006;171(10 suppl 1):63–65.
31. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ*. 2004;170(5):793–798.
32. Koh D, Lim MK, Chia SE, et al. Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Med Care*. 2005;43(7):676–682.
33. Cozza SJ, Huleatt WJ, James LC. Walter Reed Army Medical Center's mental health response to the Pentagon attack. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):12–16.
34. Geiling JA. Overview of command and control issues: setting the stage. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):3–5.
35. Grieger TA, Lyszczyk JL. Psychiatric responses by the US Navy to the Pentagon attack. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl): 24–25.
36. Tarpley AA. A perspective on the Air Force's mental health response to the Pentagon. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl): 26–30.

37. Wain HJ, Grammer GG, Stasinos JJ, Miller CM. Meeting the patients where they are: consultation-liaison response to trauma victims of the Pentagon attack. *Mil Med.* 2002;167(9 suppl):19–21.
38. McClain TC, Hamilton FC, Clothier J, McGaugh J. Opportunity missed: a lesson learned from evacuating mentally ill patients following Hurricanes Katrina and Rita. *Acad Psychiatry.* 2007;31(3):188–189.
39. Edmondson MW. Professionalism, honor, and respect on September 11th: a historical view of the Initial Response and Recovery Mortuary Team. *Mil Med.* 2002;167(9 suppl):6–7.
40. Keller RT, Bobo WV. Handling human remains following the terrorist attack on the Pentagon: experiences of 10 uniformed health care workers. *Mil Med.* 2002;167(9 suppl):8–11.
41. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry.* 2006;163(10):1777–1783.
42. Wain H, Bradley J, Nam T, Waldrep D, Cozza S. Psychiatric interventions with returning soldiers at Walter Reed. *Psychiatr Q.* 2005;76(4):351–360.
43. Powers R. Help in troubled times: chaplain comments concerning Operation Noble Eagle. *Mil Med.* 2002;167(9 suppl):17–18.
44. Frist WH. Recovering from the tsunami. *N Engl J Med.* 2005;352(5):438.
45. VanRooyen M, Leaning J. After the tsunami—facing the public health challenges. *N Engl J Med.* 2005;352(5):435–438.
46. Guerena-Burgueno F, Jongsakul K, Smith BL, Ittiverakul M, Chiravaratanond O. Rapid assessment of health needs and medical response after the tsunami in Thailand, 2004–2005. *Mil Med.* 2006;171(10 suppl 1):8–11.
47. McCartney SF. Combined Support Force 536: Operation Unified Assistance. *Mil Med.* 2006;171(10 suppl 1):24–26.
48. Peake JB. The Project HOPE and USNS Mercy tsunami “experiment” / *Mil Med.* 2006;171(10 suppl 1):27–29.
49. Llewellyn M. Perspectives from MTF USNS Mercy. *Mil Med.* 2006;171(10 suppl 1):30–33.
50. Lane DA. Medical support to Sri Lanka in the wake of tsunamis: planning considerations and lessons learned. *Mil Med.* 2006;171(10 suppl 1):19–23.
51. Center for the Study of Traumatic Stress. Teachers helping students: listening and talking. Available at: http://www.cstsonline.org/csts_items/CSTS_teachers_helping_students.pdf. Accessed May 25, 2010.
52. Lehmann C. APA begins major outreach to tsunami-devastated nations. *Psychiatr News.* February 4, 2005: 1.
53. Reissman DB, Schreiber M, Klomp RW, Hoover M, Kowalski-Trakofler K, Perez J. The virtual network supporting the front lines: addressing emerging behavioral health problems following the tsunami of 2004. *Mil Med.* 2006;171(10 suppl 1):40–43.
54. US Department of Defense. *Military Support for Stability, Security, Transition, and Reconstruction (SSTR) Operations.* Washington, DC: DoD; 2005. DoD Directive 3000.05.
55. Castro C. How to build battlemind: 10 tough facts about combat and what leaders can do to mitigate risk and build resilience. *NCO J.* 2004;14(2):23–24.
56. Munsey C. Armor for the mind. *Monitor on Psychology.* 2007;38(9):45. Available at: <http://www.apa.org/monitor/oct07/armor.html>. Accessed November 27, 2009.
57. Winslow DL. Wind, rain, flooding, and fear: coordinating military public health in the aftermath of Hurricane Katrina. *Clin Infect Dis.* 2005;41(12):1759–1763.

58. Weisler RH, Barbee JG 4th, Townsend MH. Mental health and recovery in the Gulf Coast after Hurricanes Katrina and Rita. *JAMA*. 2006;296(5):585–588.
59. Osofsky HJ. In the eye of Katrina: surviving the storm and rebuilding an academic department of psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):183–187.
60. Townsend MH. Medical student education in psychiatry after Katrina: disaster and renewal. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):205–210.
61. Kaplan A. Helping Katrina survivors: psychiatrists provide insider views. *Psychiatric Times*. November 1, 2005. Available at: <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/52736?verify=0>. Accessed November 27, 2009.
62. Center for the Study of Traumatic Stress. Hurricane Katrina: evacuee mental health and care. Available at: http://www.cstsonline.org/resources/resource-2_hurricane_katrina_evacuee. Accessed May 25, 2010.
63. Miles D. More active, Guard troops join Katrina response. *American Forces Press Service*. September 3, 2005. Available at: <http://www.defenselink.mil/news/newsarticle.aspx?id=17417>. Accessed November 27, 2009.
64. Miles D. Military response to Katrina intensifies. *American Forces Press Service*. September 7, 2005. Available at: <http://www.defenselink.mil/news/newsarticle.aspx?id=17389>. Accessed May 25, 2010.
65. Klein KR, Nagel NE. Mass medical evacuation: Hurricane Katrina and nursing experiences at the New Orleans airport. *Disaster Manag Response*. 2007;5(2):56–61.
66. Surveillance for illness and injury after Hurricane Katrina—New Orleans, Louisiana, September 8–25, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;54(40):1018–1021.
67. Military Sealift Command. MSC supports Hurricane Katrina relief efforts. Available at: <http://www.msc.navy.mil/comfort/katrina>. Accessed May 25, 2010.
68. Cerise FP. Updated number of deceased victims recovered following Hurricane Katrina. Louisiana Department of Health and Hospitals Bureau of Media and Communications News Release. October 21, 2005. Available at: <http://www.dhh.louisiana.gov/news.asp?ID=1&Detail=720&Arch=2005>. Accessed May 25, 2010.
69. Louisiana Department of Health and Hospitals. Hurricane Katrina reports of missing and deceased. August 2, 2006. Available at: <http://www.dhh.louisiana.gov/offices/page.asp?ID=192&Detail=5248&Print=1>. Accessed May 25, 2010.
70. Lamberg L. Katrina survivors strive to reclaim their lives. *JAMA*. 2006;296(5):499–502.
71. Assessment of health-related needs after Hurricanes Katrina and Rita—Orleans and Jefferson parishes, New Orleans area, Louisiana, October 17–22, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55(2):38–41. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/523049>. Accessed November 27, 2009.
72. Health hazard evaluation of police officers and firefighters after Hurricane Katrina—New Orleans, Louisiana, October 17–28 and November 30–December 5, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55(16):456–458. Available at: <http://www.cdc.gov/mmWR/preview/mmwrhtml/mm5516a4.htm>. Accessed November 27, 2009.
73. The Children’s Health Fund. *Responding to an Emerging Humanitarian Crisis in Louisiana and Mississippi: Urgent Need for a Health Care “Marshall Plan”* / New York, NY: Columbia University Mailman School of Public Health; April 17, 2006. Available at: http://www.ncdp.mailman.columbia.edu/files/marshall_plan.pdf. Accessed May 25, 2010.
74. Saulny S. A legacy of the storm: depression and suicide. *New York Times*. June 21, 2006. Available at: <http://www.nytimes.com/2006/06/21/us/21depress.html>. Accessed May 25, 2010.
75. Winstead DK, Legeai C. Lessons learned from Katrina: one department’s perspective. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):190–195.

76. Connelly M. IMERT deployment to Baton Rouge, Louisiana in response to Hurricane Katrina, September 2005. *Disaster Manag Response*. 2006;4(1):4-11.
77. Kahn MJ, Markert RJ, Johnson JE, Owens D, Krane NK. Psychiatric issues and answers following Hurricane Katrina. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):200-204.

Розділ 36

ТЕРОРИЗМ: ХІМІЧНІ, БІОЛОГІЧНІ, РАДІОАКТИВНІ, ЯДЕРНІ ТА ВИБУХОВІ РЕЧОВИНИ

Росс Х. Пастел^I · Елспет Кемерон Річі^{II}

ВСТУП

ТЕРМІНОЛОГІЯ

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО МОЖЛИВІ РИЗИКИ ТА СПРИЙНЯТТЯ
ІНФОРМАЦІЇ НАСЕЛЕННЯМ

Попередження населення про небезпеку

Сприйняття ризику

Засоби масової інформації

ПРІОРИТЕТНІСТЬ ПІД ЧАС СОРТУВАННЯ ХВОРИХ І ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ
ДІАГНОЗ

Психологічні симптоми

Оцінка психологічних травм

СИЛЬНІ ПСИХІЧНІ ВПЛИВИ

Масова паніка

Страждання і спалахи множинних симптомів невстановленої етіології

Психічні розлади

ДОВГОТРИВАЛІ НАСЛІДКИ

Страждання і хронічні спалахи множинних симптомів невстановленої етіології

Психічні розлади

ВИСНОВКИ

¹ Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу травм мозку, відділ управління дослідженнями, Зразковий центр психічного здоров'я і травм мозку, 1335 East-West Highway, Suite 900, Silver Spring, Maryland 20910; у минулому – професор і заступник завкафедри психіатрії, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland.

¹¹ Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому – консультант із питань психіатрії при начальнику військово-медичної служби, Армія США, директор відділу охорони психічного здоров'я Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia.

ВСТУП

Хімічні, біологічні, радіоактивні, ядерні та вибухонебезпечні (CBRNE — chemical, biological, radiological, nuclear, and explosive) речовини привертають підвищену міжнародну увагу впродовж останніх 20 років. У 1992 році президент Росії Борис Єльцин вперше визнав, що Радянський Союз продовжував створювати агресивну програму розробки біологічної зброї після підписання СРСР Конвенції про біологічну зброю у 1972 році [1]. У 1995 році світ був шокований масштабними терористичними атаками. У березні секта «Аум Сінрікьо» реалізувала масштабну атаку зарином у системі метрополітену Токіо. У квітні два дорослі американські терористи, Тімоті МакВей і Тері Найчелс, атакували федеральну будівлю Марра в Оклахома-Сіті (штат Оклахома) за допомогою вибухового пристрою, закладеного в автомобіль. На початку нового тисячоліття, 11 вересня 2001 року, терористична група «Аль-Каїда» атакувала Пентагон і башти-близнюки Всесвітнього торговельного центру. Хоча поштові атаки збудником сибірської виразки відбулись того самого тижня, вони не були визнаними до жовтня, доки не захворіла перша жертва. У розпал цих терористичних атак спалахує нове інфекційне захворювання, що отримало назву «синдром атипової пневмонії» (SARS — severe acute respiratory syndrome). Цей синдром спричинив велику кількість захворювань і смертей у всьому світі, включаючи Китай, Тайвань, Гонконг, Сінгапур, В'єтнам і Канаду. Хоча SARS і не є терористичною атакою,

проте епідемія була подібною до того, що могло б трапитись при терористичній атаці збудником такого інфекційного захворювання, як віспа.

CBRNE — це вже не лише зброя держав; ці речовини стали доступні й терористам. Багато експертів вважають, що масштабні атаки з використанням CBRNE — лише питання часу. Окрім цього, надзвичайно важливо, щоб працівники охорони психічного здоров'я знали про можливі психологічні наслідки після атаки CBRNE.

Психологічний вплив відрізняється від інших тим, що не потребує фізичного впливу певних речовин для виявлення симптомів. Психологічні впливи можуть спричинювати симптоми, що імітують ранні симптоми впливу CBRNE речовин. На щастя, гострі довготривалі наслідки після атак CBRNE речовинами не мають вигляд очевидних психологічних розладів, проте вони існують після природних стихійних лих чи бризантних вибухових речовин [2]. Психофізіологічні наслідки, типові синдроми чи симптоми, незрозумілі з медичної точки зору, імовірно, домінуватимуть у довгостроковому періоді [3], а їхнє лікування може бути складним через ураження пацієнта та складнощі у стосунках «пацієнт—лікар» [4]. Цей розділ не є всеосяжним оглядом літератури; скоріше, він вказує лікарю на потенційні проблеми після атаки CBRNE речовинами. Розділ коротко розповідає про деякі унікальні аспекти таких атак, що можуть посилити психологічний вплив, і розглядає гострі та довгострокові наслідки такого впливу.

ТЕРМІНОЛОГІЯ

Термінологія дуже важлива для сприйняття. Наявність назви у будь-чого припускає присутність

розуміння. Термінологія може бути позитивною, нейтральною чи негативною, залежно від су-

путніх відтінків значення та контексту. Одним із важливих феноменів колективної поведінки була масова істерія, яку також називали «епідеміологічна істерія» та «масове психогенне захворювання» [5–7]. На жаль, ці терміни мають зневажливе значення. Наприклад, слово «істерія» походить від грецького «*hystera*», що означає «матка». Таким чином, коли використовується термін «масова істерія» (*mass hysteria*) для опису незрозумілих з медичної точки зору фізичних симптомів, одразу припускається, що здебільшого йдеться про жінок. Загальне значення істерії передбачає надто емоційну реакцію на подію, що і є пейоративним (зневажливим) значенням. Використання словосполучення «масова істерія» медичними працівниками, ЗМІ або чиновниками може призвести до негативного сприйняття цих осіб людьми, які зазнали впливу певної події, та навпаки. Подібним чином у терміні «масове психогенне захворювання» («*mass psychogenic illness*») «*psyche*» — стосується розуму, а «*genic*» — генезису та зародження. Мається на увазі, що ці симптоми «зароджуються в голові», отже, термін не є правильним. Кращий термін — «спалах множинних симптомів невстановленої етіології» (*outbreak of multiple unexplained symptoms — OMUS*) [7]. Хоча цей термін дещо громіздкий, проте він відносно нейтральний. OMUS є також описовим терміном: симптоми реальні та, хоча не пояснені детально, все-таки кращі, ніж ті, що «зароджуються в голові».

Інший поширений термін, що використовується при CBRNE наслідках — «стурбовані здорові». Цей термін передбачає, що «стурбовані здорові» не страждають від справжнього біологічного впливу через CBRNE речовини, а просто стурбовані тим, що можуть мати захворювання. Однак після впливу CBRNE речовин багато людей можуть мати клінічні симптоми: страждати чи мати болі. Як же називати їх «здоровими»? Знову ж, «стурбовані здорові» — це пейоративний термін, і від нього варто відмовитись. У 1950-ті роки почали використовувати більш влучний термін — «виснаження в умовах катастрофи». Цей термін з'явився через виснаження у військовослужбовців (зараз його називають «бойова стресова реакція»). Під час Другої світової війни бойове виснаження спочатку називали «невроз військового оточен-

ня» або «психоневроз» (що також мало негативне значення для солдатів).

Паніка — ще один загальноживаний термін, що зазвичай використовується стосовно широких мас, тобто «масова паніка». У точному значенні масова паніка означає гостру реакцію у вигляді жаху, із втратою самоконтролю, після якої виникає асоціальна та відчайдушна втеча [8]. Втеча може бути нормальною реакцією на присутність безпосередньої небезпеки. Масова паніка стосується лише випадків, коли величезна кількість людей вдається до панічної втечі, не зважаючи на інших, намагаючись уникнути небезпеки. Таким чином, називати «панікою» поведінку людей після атаки сибірською виразкою в 2001 році або спалаху вірусу Західного Нілу в Нью-Йорку було б неправильним. Адже в жодному з міст не було масової втечі, як і чіткої небезпеки, від якої можна втекти. Більш точним терміном буде «масове занепокоєння».

Терористичні атаки та випадки атак CBRNE речовинами (під час війни чи терористами) є найпоширенішими подіями, що призводять до масової кількості постраждалих (MCE — *mass casualty events*). Однак MCE дуже відрізняються за кількістю та складністю постраждалих й можливістю місцевих навколишніх умов відреагувати на подію. Було запропоновано використовувати зручні терміни/поняття, що класифікують MCE як надзвичайні обставини, лиха і катастрофи. Ці поняття базуються на необхідних ознаках події (кількість людей, які потребують порятунку, укриття або медичного лікування) та можливості проведення рятувальної операції [9].

Лихо — це події, за яких необхідний доступ до місцевих рятувальних сил (наприклад, атака на Всесвітній торговий центр у 2001 році). Хоча надзвичайні обставини можуть мати високі вимоги, вони не є лихами, бо місцеві рятувальні сили здатні впоратись самостійно (наприклад, атака на Пентагон у 2001 році). Катастрофи — це події, з якими не спроможні впоратись місцеві рятувальні сили, коли завдається суттєва шкода інфраструктурі, що має долучатись до рятувальної операції (землетрус в місті Кобе в Японії у 1995 році).

Стійкі ідеопатичні (незрозумілі з медичної точки зору) симптоми, що підштовхують пацієн-

тів звертатись по медичну допомогу [4], зазвичай містять синдром хронічної втоми, фіброміалгію та множинну хімічну чутливість. Ці синдроми мають

поєднані групові симптоми та можуть бути виявлені точніше при спеціалізованому лікуванні лікарем, аніж за симптомами, що проявляє пацієнт.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО МОЖЛИВІ РИЗИКИ ТА СПРИЙНЯТТЯ ІНФОРМАЦІЇ НАСЕЛЕННЯМ

Попередження населення про небезпеку

Імовірно, що при CBRNE атаці рівень небезпеки неможливо визначити негайно, особливо у випадках із застосуванням хімічної, біологічної, радіоактивної та ядерної (CBRN — chemical, biological, radiological, and nuclear) зброї. Державні органи охорони здоров'я та чиновники намагатимуться визначити ступінь загрози й проінформувати ЗМІ та якомога більшу кількість людей. Мер Нью-Йорка Рудольф Джуліані після подій 11 вересня 2001 року діяв дуже активно, продемонструвавши важливість проведення (один або два рази на день) регулярних інформаційних прес-конференцій для населення. Було опубліковано багато інформації, у тому числі узгоджені повідомлення компетентного та авторитетного чиновника, аби уникнути занепокоєння населення про приховування масштабу небезпеки.

Опісля будь-якого випадку з викидом отруйних речовин чи терористичної атаки багато людей будуть хвилюватись щодо потенційного впливу CBRN на їхнє здоров'я. Такі хвилювання можуть бути примножені, якщо у ЗМІ з'являтимуться описи потенційних спустошувальних наслідків. Опісля подій 2001 року страхи були посилені припущеннями на кшталт: під час атаки збудником сибірської виразки «ваш наступний подих може вас вбити».

Чиновникам варто провести чітке та зрозуміле оповіщення про небезпеку та реальні дії, аби люди могли захистити себе та свої сім'ї. За одним із методів попередження про можливі ризики створена формула: ризик = небезпека + безчинство [10].

Небезпека оцінюється науково обґрунтованими ризиками, проте безчинство — це поєднання великої кількості невизначених чинників, пов'язаних із занепокоєнням народу та сприйняттям

подій. Безчинство, за яким слідує атака з використанням зброї масового знищення, може значно вплинути на гострі та довгострокові психологічні наслідки.

Центр зміцнення здоров'я та профілактичної медицини Армії США (US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine) має більш деталізовану інформацію та тренувальні курси, доступні на інтернет-сторінці Центру (<http://usachppm.apgea.army.mil/risk/>). Центри з профілактики та контролю захворюваності (CDC — Centers for Disease Control and Prevention) розробили курс з підготовки інформації про ризики надзвичайних ситуацій (інтернет-сторінка CDC: <http://www.cdc.gov/cdcynergy/emergency/>).

Сприйняття ризику

Сприйняття ризику — важливий компонент інформування про ризики, що може стати причиною безчинств. Використання CBRN речовин має кілька чинників, що можуть збільшити ризик в очах людей. Багато CBRN речовин невидимі та не мають запаху (радіація, біологічні та деякі хімічні речовини), що створює проблеми при виявленні впливу речовини та її кількості. У багатьох випадках неможливо дізнатись про вплив речовини, доки у пацієнтів не з'являються симптоми. Однак ці речовини можуть спершу викликати неспецифічні симптоми (наприклад, втоми, головний біль, нудоту, важке дихання, запаморочення, біль у м'язах та суглобах). Незалежно від захворювання, хімічні речовини та радіоактивне опромінення також викликатимуть страхи щодо довгострокового впливу й захворювань у майбутньому.

У літературі про керування ризиками певні чинники означені як такі, що збільшують сприйняття ризику, включаючи потенційні смертельні

хвороби, мимовільний контакт (втрата контролю), катастрофічну подію, наявність невідомого винуватця, пізні виявлення й повільну реакцію органів влади та потенційний вплив на майбутні покоління [11, 12]. Особливо поширеним є страх перед радіацією, головним чином через невігластво та дезінформацію. Думки та образи, що зазвичай асоціюються з радіоактивним опроміненням, — це смерть, рак, безпліддя та острах за майбутні покоління. Деякі чинники можуть і надалі збільшувати сприйняття ризиків: пошук винуватця, недовіра до державних і галузевих експертів, галас у новинах і дезінформація.

Засоби масової інформації

Гострі та довгострокові наслідки тероризму та впливу CBRNE атак формуються через сприйняття ризику. Сприйняття ризику, хоча б частково, формується засобами масової інформації. ЗМІ завжди відігравали важливу роль у різноманітних надзвичайних ситуаціях [13]. ЗМІ — важливий посилювач ризику, тому що саме вони обирають, як донести повідомлення про ризик, аби поінформувати людей. Напружені репортажі (або медіагалас) можуть створювати безперервні хвилі новин [13].

Силу ЗМІ можна побачити завдяки дослідженням, що проводились після вибухів в Оклахома-Сіті та подій 11 вересня 2001 року. В опитуванні понад 2000 учнів середньої школи за 7 тижнів опісля вибухів в Оклахома-Сіті було виявлено, що через емоційний вплив та телевізійні трансляції діти мали симптоми, пов'язані з посттравматичним стресом [14]. Діти, що не за-

знавали прямого (відчули чи почули вибух) або емоційного (знали когось, хто загинув чи поранений) впливу, були поділені на групи високого та малого впливу телевізійних трансляцій; діти у групі з високим телевізійним впливом мали вищі показники посттравматичного стресу [14]. Телефонне опитування, проведене в межах 3–5 днів опісля подій 11 вересня, виявило, що 44 % опитаних людей мали один або більше вагомих симптомів посттравматичного стресу, включаючи проблеми зі сном, роздратованість чи гнів, труднощі з концентрацією, тривожні думки, спогади та сні [15]. Люди, що взяли участь в опитуванні, не були присутні при цих подіях. Таким чином, більшість із того, що вони знали, очевидно, базувалось на повідомленнях ЗМІ.

При спалахах інфекційних захворювань інформація стає надзвичайно важливою. Люди прагнуть інформації, і їм необхідно дізнатись про застереження та запобіжні заходи. У Гонконгу більшість учасників опитування повідомили, що активно щодня шукали інформацію про атипову пневмонію і більше довіряли ЗМІ (телебаченню, газетам та радіо), аніж медичним працівникам, друзям та інтернету [16]. Значна кількість неправдивої інформації та помилкових переконань існували серед дорослого населення Гонконгу навіть на пізній стадії епідемії атипової пневмонії, і це попри постійні повідомлення та соціальну рекламу [17]. Рекомендовані заходи не вживались за єдиним принципом. Багато людей не розуміли шляхів передачі збудника хвороби; лише одна третина опитуваних уникала прямого контакту із зараженими предметами (фомітами), менше половини застосовували п'ять–сім із рекомендованих запобіжних заходів.

ПРІОРИТЕТНІСТЬ ПІД ЧАС СОРТУВАННЯ ХВОРИХ І ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

Після атаки на Ізраїль ракетами «Скад» було зроблено вагомий висновок: дуже важливо відділити стресовий центр в лікарнях, щоб психологічних постраждалих можна було перенаправити з пункту першої допомоги та доставити до менш стресового оточення. Лише нещодавно психоневрологічних постраждалих було включено до сорту-

вальної категорії [18]. Коли Ізраїль було атаковано ракетами «Скад» під час війни в Перській затоці в 1991 році, велику кількість людей було перепроведжено до пункту першої допомоги на лікування [19, 20]. Дослідження свідчать, що приблизно 70–80 % пацієнтів на початку атаки мали симптоми, пов'язані зі стресом.

Психологічні симптоми

Багато симптомів, що зазвичай є результатом атаки CBRNE речовинами (вдома, нудота, блювання, головні болі та анорексія), також поширені в бойовому оточенні [21] та можуть вказувати на гостру променеву хворобу (ARS — acute radiation sickness), вплив хімічної зброї або продромальний синдром впливу різноманітних біологічних речовин і токсинів [22]. Більшість CBRN речовин є невидимими, тому багато солдатів можуть відчувати симптоми їхнього впливу, незалежно від фактичного впливу і дози. Ці пацієнти не є «стурбованими здоровими». Вони схвильовані, і часто не без причини, проте вони не є здоровими, якщо вони страждають чи відчувають біль.

Деякі CBRN речовини здатні напряму посилювати психологічний вплив на додачу до медичного (наприклад, речовини нервово-паралітичної дії спроможні спричинювати тривогу) [23]. В інших випадках симптомам можуть передувати певні ознаки; зокрема, якщо пацієнти мали вплив збудника легеневої форми антраксу (чуми), то спершу матимуть утруднене дихання без будь-яких фізичних ознак [24]. Амбулаторні випадки з помірними симптомами або уявним впливом будуть становити труднощі для сортування пацієнтів після атаки CBRN речовинами.

На жаль, більшість катастроф із CBRNE речовинами чи інші надзвичайні ситуації спричиняють психологічні травми. Без відповідного тренування, що базується на справжніх випадках атак CBRNE речовинами, надзвичайних ситуаціях та катастрофах, працівники охорони здоров'я будуть невідготовленими до раптового напливу пацієнтів з помірними психологічними симптомами, які прибудуть до лікарні раніше за важкопостраждалих.

Оцінка психологічних травм

Спираючись на історичний досвід Другої світової війни, організатори військово-медичного забезпечення можуть приблизно передбачити кількість постраждалих від бойового виснаження чи психічної напруги бою, зважаючи на кількість поранених (WIA — wounded in action), залежно від типу бою [25, 26]. У Другій світовій війні співвідношення постраждалих від психічної напруги бою до WIA становило від 1:10 до 1:2 [25, 26]. Серед цивільних осіб відношення постраждалих із психологічними порушеннями (PC — psychological casualty) до WIA під час першої атаки на Ізраїль ракетами «Скад» становило 16:1 (якщо PC були поєднані з невідтвердженими ін'єкціями атропіну) або 8:1 (якщо враховувати лише PC). У разі радіоактивного забруднення 1987 року в місті Гоянія (Бразилія), де не було вибуху, відношення PC до WIA становило 500:1 (WIA визначались за наявністю зовнішнього або внутрішнього радіоактивного забруднення) або 2500:1 (WIA визначались опісля заключного медичного огляду).

Обидва приклади стосуються цивільних осіб двох зарубіжних країн, тому екстраполювати їх на громадян США чи військовослужбовців досить важко.

Доступні дані вказують: досить мало ймовірно, що відношення PC до WIA унаслідок атаки чи нещасного випадку CBRNE речовин буде подібним до 1:10 чи 1:2, як у Другій світовій війні. Нижня межа може збігатися зі статистикою Другої світової, але верхня спроможна піднятися значно вище, залежно від характеристик атаки CBRNE. Під час підготовки до аварійних ситуацій і CBRNE атак варто зважати на те, постраждалих з психологічними порушеннями буде вкрай багато.

СИЛЬНІ ПСИХІЧНІ ВПЛИВИ

Масова паніка

Загальний образ поведінки під час катастрофи або після неї — це масова паніка, що описується як «надзвичайно дезорганізований натовп, яким керують істеричні особи, що біжать в паніці, побачивши реальну чи потенційну небезпе-

ку» [27, с. 68]. Під час холодної війни планувальні органи цивільної оборони боялись масової паніки унаслідок ядерної атаки. Однак дослідження катастроф і війн за останні 50 років засвідчило, що дезорганізований натовп (масові занепокоєння) — доволі рідкісне явище [28–30]. Кілька випадків масової паніки були незначними і характери-

зувались обмеженими шляхами втечі з можливістю потрапляння в пастку, відчуттям колективного безсилля й особистої ізоляції [27, 29, 31]. Найчастіше в історії зустрічаються такі приклади масового занепокоєння, як пожежі, обвалення шахт та потопаючі кораблі. Масова тривога — це *не* масова паніка.

«Повномасштабна, сліпа, заразлива паніка охопила частину лінії фронту» за першого використання хлору на Західному фронті Німеччиною в 1915 році [32, с. 91]. Однак жодної паніки не спостерігалось за межами лінії фронту, де газу не було чи було зовсім мало. Наступні шість атак газом не спричинили жодної паніки, хоча захисне обладнання не було ефективним чи широко доступним. Лише чотири інші паніки задокументували під час Першої світової війни.

Жертвами атаки зарином в системі метрополітену Токіо здебільшого стали офісні працівники, що їхали на роботу в центр Токіо. Попри натовп під час години пік та обмежені шляхи евакуації, не було жодних звітів про масову паніку. Один пожежник повідомив про «розгублене мовчання» на місці події: ніяких розмов, лише кашель жертв, доки вони очікували медичну допомогу [33].

Страждання і спалахи множинних симптомів невстановленої етіології

Прояви впливу CBRNE речовин можуть стати причиною появи симптомів, які важко відрізнити від помірних симптомів, очікуваних від фактичного впливу. Таким чином, «спалах множинних симптомів невстановленої етіології» (OMUS) може відбутись незалежно від або в поєднанні з CBRNE впливом. Однак під час застосування CBRNE речовин не всі постраждали перебували під впливом токсичних речовин [34]. Симптоми психологічного походження також можуть бути виявлені у постраждалих, які дійсно перебували під впливом CBRNE речовин. Це може створити певні перешкоди під час лікування (коли постраждали дізнаються, що заражені смертельною хворобою, такою як сибірська виразка чи віспа, навряд чи вони залишаються спокійними). Варто зважати на симптоми болю та страждання пацієнта, незалежно від того, чи дійсно мав місце шкідливий

вплив. Одночасно необхідно виявити вплив отруйних речовин на пацієнта.

Військовослужбовці США мали кілька випадків OMUS. Під час Першої світової війни застосування газу викликало газову істерію, у деяких солдатів були виявлені симптоми отруєння газом (важке дихання, кашель, опіки на шкірі) без клінічного впливу газу [35]. В одному випадку 500 військовослужбовців, які побували в бою, звернулись до пунктів медичної допомоги протягом одного тижня після безсистемного обстрілу газом. Вони мали болі в грудях, втому, важке дихання, кашель, хриплий голос та невизначені симптоми подразнення очей — всі симптоми, пов'язані з хімічним отруєнням [36]. Проте дивізійний офіцер-токсиколог не виявив жодних доказів вдихання газу.

У 1988 році було евакуйовано 1800 чоловіків-новобранців із бараків через епідемію кашлю, важкого дихання та болю в грудях, яка спалахнула у навчальному центрі [37]. Симптоми скидалися на отруєння хімічними речовинами чи токсинами. Новобранці та медичний персонал підозрювали, що токсин знаходився в повітрі, проте нічого не виявили. Ці приклади OMUS вказують, що уявний вплив може викликати симптоми, які збігаються з дійсним отруєнням.

Радіоактивне забруднення в Гоанії — це жахливий приклад збігу подій OMUS і CBRNE. Понад 125 000 осіб вимагали огляду на предмет радіоактивного опромінення після новин про радіаційну аварію [38]. Огляд виявив, що лише 249 осіб зазнали впливу радіоактивного забруднення. Але 5000 осіб з перших 60 000 оглянутих мали симптоми, що збігаються з променевою хворобою (блювання, діарея та/або висипання на обличчі й шиї). Жодна людина з тих, хто мав симптоми, не була опромінена.

Хімічні отруйні речовини

Під час війни у Перській затоці Ізраїль зазнав 18 атак ракетами «Скад», а отже, мав ефекти реактивних вибухів та очікування можливих атак отруйними речовинами нервово-паралітичної дії. Дослідження пацієнтів, які прибували до відділків першої допомоги 11 місцевих лікарень в Ізраїлі [19], виявило, що 332 із 773 постраждалих (43 %) мали психологічні травми, ще 209 (27 %)

зробили собі ін'єкцію атропіну, бо боялись, що ракети містили речовину нервово-паралітичної дії. Після першої атаки ракетами «Скад» було 365 постраждалих: 172 — з психологічними травмами (47 %), 171 випадок невинного використання атропіну (47 %) і лише 22 випадки фізичних травм (6 %). Інше дослідження [20] стосувалось пацієнтів, які звернулись до приймального відділення лікарні Тель-Авіва впродовж 8 годин після атаки ракетами «Скад». Зі 103 пацієнтів у 70 встановили діагноз психічного розладу (68 %), 19 невинно використали ін'єкцію атропіну (18 %), і лише 9 мали безпосередні ураження (9 %). Всі ці дослідження стосуються цивільного населення, а не солдатів.

Після атаки зарином у системі метрополітену Токіо в 1995 році [33, 39] понад 5500 людей звернулись до 280 медичних закладів в день атаки та впродовж наступного тижня. Із них 1046 осіб госпіталізували. Міжнародна лікарня святого Луки оглянула більшість пацієнтів: 641 пацієнта в перший день та 349 протягом тижня [39]. Із 641 пацієнта, які прибули у приймальне відділення в перший день, 111 госпіталізували до лікарень (4 тяжкі випадки, 107 — середньої важкості), 530 пацієнтів з ураженнями легкого ступеня оглянули впродовж 6 годин і відпустили. Пацієнти з ураженнями легкого ступеня здебільшого страждали від симптомів подразнення очей. За даними літератури важко визначити, у скількох уражених легкого ступеня були психологічні травми.

Біологічні речовини

У 1994 році в Індії трапилось два спалахи чуми: спалах бубонної чуми в Махараштрі, за 1 місяць по якому стався спалах легеневої чуми за 500 кілометрів, в місті Сурат [40]. Із 5000 випадків, у яких підозрювали чуму, 167 підтвердилися та 55 виявилися смертельними [41]. На жаль, відсутні дані про психологічні реакції чи швидкість їхнього прояву. Однак спостерігався помітний вплив на поведінку населення. Місцеві засоби масової інформації спричинили тривогу, перебільшуючи масштаб події [41, 42]. Приблизно від 400 000 до 600 000 людей залишили Сурат, зокрема працівники лікарень, приватні лікарі та муніципальні працівники [43, 44]. У Делі, за 1200 кілометрів від

Сурата, люди виготовляли маски з доступних матеріалів, багато хто купляв та накопичував тетрациклін — антибіотик, що використовується для лікування чуми [45].

У 2001 році, після атак 11 вересня та до першого з 23 випадків виявлення збудника сибірської виразки [46], засоби масової інформації одразу почали повідомляти про збільшення обсягу закупівлі протигазів та ципрофлоксацину (антибіотика для лікування сибірської виразки). Після поштових атак збудником сибірської виразки був підвищений попит на ципрофлоксацин серед пацієнтів, є поодинокі звіти щодо збільшення призначень цього препарату [47]. Лікарні повідомляли про заповнені пункти першої допомоги людьми, що були перелякані й стривожені через сибірську виразку, багато з них вимагали лікування.

Спалах атипової пневмонії, нового гострого інфекційного захворювання, спричинив значне занепокоєння та страх. У Пекіні закрили школи й університети, сотні компаній зачинили свої двері, деякі навколишні селища не допускали жодних контактів [48]. Чутки про можливість запровадження карантину спричинили накопичення запасів харчових продуктів. Хоча чиновники просили людей уникати подорожей, тисячі бізнесменів, робітників-мігрантів і студентів коледжів покинули Пекін. У Тайвані 160 лікарів і медичних сестер залишили роботу в різних лікарнях, остерігаючись самої хвороби та неналежних методів контролю за розповсюдженням інфекції [50]. Пацієнтів із атиповою пневмонією часто ізолювали (разом з медичними працівниками), вони були позбавлені сімейних візитів. Це призвело до скарг на тривогу, нудьгу, самотність та невстановлений гнів і розчарування [51, 52]. Страх і тривога часто посилювались чи послаблювались через лихоманку [51].

Одне дослідження психосоціального впливу атипової пневмонії на персонал в лікарні Торонто проводилось за допомогою анкетного опитування [53]. Майже дві третини опитуваних повідомили про занепокоєння щодо здоров'я своїх родин. Чинниками, що асоціюються з підвищеним занепокоєнням, є: розуміння високої імовірності смертельного результату від атипової пневмонії; проживання з дітьми чи в родині, на чие життя дуже вплинув спалах хвороби; інше ставлення

людей через роботу в лікарні. Емоційний розлад був у майже 30 % з усіх опитуваних та у 45 % медичних сестер, що мали найвищий ризик зараження. Фактори, що вказували на значний емоційний розлад, — це робота медичною сестрою, статус неповної зайнятості, вплив атипової пневмонії на стиль життя і можливість виконувати свою роботу залежно від запобіжних заходів.

Радіоактивні речовини

Аварія на АЕС Три Майл Айленд (ТМІ — The Three Mile Island) 1979 року в Пенсильванії продемонструвала значення психологічного впливу після СBRNE катастрофи. Згідно з висновком комісії президента, що вивчала аварію, єдиним виявленим біологічним впливом став психічний розлад [54]. Не було жодних випадків гострої променевої хвороби (ARS — Acute radiation sickness). Доза опромінення людей, які проживали в межах 10 миль від ТМІ, була приблизно такою ж, як і при звичайній рентгенографії, та значно нижчою, ніж щорічна доза природного радіаційного фону [55]. Серед населення найбільший психологічний удар отримали працівники ТМІ, сім'ї з дітьми дошкільного віку та люди, що жили в межах близько 7 кілометрів від ТМІ. При огляді працівників ТМІ не виявили довготривалих ефектів, лише гострі короткострокові. Персонал АЕС повідомляв про нудоту, проблеми зі шлунком, головні болі, діарею, неспокійний сон та втрату апетиту з більшою частотою, ніж контрольна група. Ці симптоми є поширеними продромальними ознаками ARS, але персонал ТМІ не отримав достатньо високої дози радіації, що могла б її спричинити.

На відміну від аварії на ТМІ, під час аварії 1986 року на Чорнобильській АЕС в Україні стався викид значної кількості радіоактивних речовин. Приблизно 135 000 осіб евакуювали з 30-кілометрової зони впродовж перших двох тижнів опісля аварії. Більшість людей було вивезено і переселено назавжди. Крім того, майже від 600 000 до 800 000 «ліквідаторів» було залучено до участі в ліквідації наслідків надзвичайної ситуації та подальших операціях із очищення [56]. Хоча було зафіксовано понад 200 випадків ARS, основним впливом на здоров'я людей визначили психологічне страждання [57, 58].

У 1987 році в Гоанії два шукачі металевого лому демонтували телетерапевтичну установку цезій-137 із покинутого інституту рентгенотерапії [59]. Під час демонтажу установки вони випадково розірвали капсулу, що містила радіоактивний порошок цезію-137. Коли про аварію стало відомо, через загрозу радіоактивного зараження більше 120 000 людей (приблизно 10 % населення міста) впродовж 6 місяців прийшли на огляд щодо можливого зараження [60]. Жителі міста в цей час відчували ризик, тому брали вихідний на роботі або приходили на медичний огляд у вихідні дні [38, 61]. Приблизно 5000 (8 %) з перших 60 000 людей мали симптоми, подібні до ARS (наприклад, висипання навколо шиї та по верхній частині тіла, блювання, діарея), але жодна людина не була заражена [38]. Лише у 249 осіб зафіксували радіоактивне забруднення.

Вибухові речовини

В одному дослідженні гострий психологічний вплив мав місце у 50 % пацієнтів, поранених унаслідок вибуху бомби [62]. Інше дослідження виявило, що приблизно 12 % постраждалих мали емоційний розлад, а інші 6 % — медичне порушення здоров'я (ангіна, діабет, головний біль чи астма) [63].

Психічні розлади

Хімічні отруйні речовини

Більшість пацієнтів із Токіо, яких було направлено до лікарні після атаки зарином, були госпіталізовані впродовж кількох днів. Деякі з них повідомили про проблеми зі сном, нічні жахи та занепокоєння. Невідомо, були ці симптоми наслідком гострого стресового розладу чи зараження нервово-паралітичними речовинами. У дослідженнях, проведених через 1 місяць після події, майже 60 % постраждалих повідомили, що зазнають мук від поставарійних симптомів, включаючи страх перед користуванням метро, неспокійний сон, жахливі спогади, депресію, нічні кошмари, роздратованість, головні болі, погане самопочуття, фізичну напругу, емоційну нестійкість та роздратованість [33, 39]. Подальші опитування через 3 і

6 місяців засвідчили незначне зниження у відсотковій кількості симптомів. На жаль, важко визначити, до якої міри ці симптоми були наслідком психологічного впливу і чи були вони (та якою мірою) наслідками холінергічних ефектів ураження зарином. Більшість постраждалих з Міжнародної лікарні Святого Луки мали ураження легкого ступеня (здебільшого симптоми подразнення очей), тому можливо, що більшість поставарійних симптомів були психологічними.

Радіоактивні речовини

Більшість із 20 госпіталізованих пацієнтів в Гоанії страждали від депресії та тривоги [64]. Одинадцятьох жертв, які постраждали найбільше, було відправлено до лікарні, де їх утримували в ізоляції через імуносупресію. Медичні працівники, які лікували цих пацієнтів, вдягали захисні маски. Обидва заходи посилювали стрес пацієнтів. Невпевненість щодо майбутнього стану здоров'я також посилювала стрес, як і відсутність інформації про тривалість лікування та довгострокового прогнозу.

ДОВГОТРИВАЛІ НАСЛІДКИ

Страждання і хронічні спалахи множинних симптомів невстановленої етіології

Хоча гострі OMUS широко вивчались, можливість існування тривалих і масштабних синдромів було визнано лише нещодавно [67]. За останні роки виявлені різні хронічні синдроми (зокрема, синдром хронічної втоми, екзогенний синдром соматизації, синдром множинної хімічної чутливості та синдром хворої будівлі). Усі вони характеризуються множинними невстановленими симптомами (втома, головні болі, проблеми зі сном, нудота, запаморочення, болі у м'язах та суглобах, проблеми з концентрацією та запам'ятовуванням), що не пов'язані з конкретними інфекційними збудниками чи отруйними речовинами [68–70]. У кожному з цих синдромів пацієнти сприймають невидимого забруднювача чи інфекцію як причину своїх симптомів.

Ядерна зброя

Із усіх CBRNE речовин ядерна зброя має найсильнішу руйнівну силу — це квінтесенція зброї масового знищення. Атомні бомби, скинуті на Хіросіму та Нагасакі, призвели до неймовірних спустошень, місцевих спалахів пожеж, величезної кількості померлих, вмираючих і поранених [65].

При опитуваннях після війни приблизно дві третини людей, які пережили катастрофу, описували такі психологічні порушення, як сильний страх, емоційно-нервове потрясіння чи депресію. Однак було повідомлено лише про один випадок масової паніки у Хіросімі: велика група наляканих людей у парку виштовхнула кількох осіб у річку, і деякі з них померли [66].

Упродовж кількох наступних тижнів люди, які вижили після катастрофи, бачили поранених і постраждалих від опіків та уражень ударною хвилею. На додачу були присутні спалахи ARS. Тривалі спостереження за спустошенням та людськими стражданнями посилювали психологічний вплив події на стан людей [65].

Військовий досвід

Військовослужбовцям відомі кілька синдромів OMUS, включаючи синдром «Агент Оранж», синдром «атомного ветерана» та синдром війни у Перській затоці [3]. Синдром «Агент Оранж» був виявлений опісля опублікування даних про зв'язок між епідемією захворювань на рак і народженням дітей з вродженими дефектами розвитку та ветеранами, що воювали у В'єтнамі та потрапили під вплив «Агента Оранж». Епідеміологічні дослідження, що проводили Центри з профілактики та контролю захворюваності, не виявили зв'язку підвищеної захворюваності на рак й вроджених дефектів розвитку із цією групою [71–73]. Проте збільшились випадки депресії, тривоги, зловживання алкоголем та алкогольної залежності, посттравматичного стресового розладу серед ветеранів війни у В'єтнамі (порівняно з військовими, що не воювали у В'єтнамі) [71]. Інше дослідження

показало, що симптоми психологічних страждань були значною мірою пов'язані з впливом гербіциду в пацієнтів, які звернулись по медичну допомогу самостійно. Ця група мала більше симптомів, ніж працівники Військово-повітряних сил США, які брали активну участь в аерооприскуванні гербіцидами [74]. Це засвідчує, що синдром «Агента Оранж» радше пов'язаний зі сприйняттям, аніж з дійсним впливом речовини.

Близько 200 000 співробітників Міністерства оборони США (як цивільних, так і військових) залучались до надземних ядерних випробувань США [75]. Дози опромінення, отримані цими «атомними ветеранами», в середньому сягали 0,5 бер, хоча багато хто з них взагалі не мав опромінення. Лише 1 % отримали дозу в понад 5 бер (максимально можлива річна доза опромінення). Кілька досліджень виявили в «атомних ветеранів» довготривале психологічне страждання [76, 77]. Спершу, під час тестування військовослужбовців (тест «Кам'яна пустеля-V» — Desert Rock V test), здавалось, що вони тримаються зібрано та врівноважено [78]. Проте багато років потому поодинокі дослідження виявили, що ветерани добре пам'ятають атмосферу напруги й страху на випробувальному полігоні й свої думки про власну погану підготовку [76].

У «атомних ветеранів» була наявна група активних симптомів соматизації, яка отримала назву «синдром реакції на опромінення» (Radiation response syndrome) [77]. Цей синдром має два компоненти:

- 1) глибока віра в те, що радіація спричинила фізичну шкоду;
- 2) функціонуючий синдром соматизації, який є виявом цієї віри.

Система вірувань синдрому реакції на опромінення містить такі погляди: «люди помирають; від лікарів мало допомоги; можливо, існує лише один лікар, який може допомогти; держава відповідальна за їхню хворобу; люди вважають їх божевільними через те, що вони бачать причиною своїх хвороб опромінення» [77, с. 182]. Синдром реакції на опромінення подібний до ПТСР уповільненого типу, але замість переживання травми, як при ПТСР, ветерани хвилюються про вплив радіації на їхнє життя.

Бойові хімічні речовини

Через три роки після Першої світової війни близько половини отруєних газом ветеранів висловлювали суб'єктивні скарги під час медичних оглядів [79]. Однак жодних об'єктивних підстав для відповідних висновків не виявили, пенсії та компенсації не виплачувались, а скарги не були включені до статистики з постійної інвалідності. З'явилися повідомлення про велику кількість чоловіків, які одужали після гострого отруєння газом і мали гарні фізичні показники, проте страждали від серйозних наслідків, зокрема таких, як швидка втомлюваність та утруднення дихання при фізичному навантаженні [80]. Цей стан був широко відомий як синдром невідповідної роботи серця (Disordered Action of the Heart Neurosi cardiaca) та нейроциркуляторна астенія. Хронічні ураження отруйним газом часто викликали гострі напади задухи вночі, нічні кошмари; також пацієнти часто повідомляли про безсоння та не відчували сил після пробудження [80].

Тривале дослідження отруєних зарином пацієнтів, госпіталізованих до лікарні Святого Луки, виявило, що соматичні та психологічні симптоми лишалися упродовж 5 років опісля події [81]. Було повідомлено про високий рівень симптомів невідновленої етіології. Проблеми з очима, втомлюваність, ригідність м'язів і головні болі були наявні у понад 10 % досліджуваної групи.

Біологічні речовини

Незрозумілі довгострокові ефекти спостерігались в осіб, що пережили атаки збудником сибірської виразки у 2001 році. Газети повідомляли, що в них й надалі спостерігались симптоми втоми, задишки, болю в грудях, проблеми з пам'яттю, нічні кошмари та гнів впродовж 6–12 місяців опісля захворювання [82]. Тільки один хворий із тих, хто вижив опісля легеневої форми сибірської виразки, почувався достатньо добре, щоб продовжувати працювати під час дослідження. В одному з опублікованих досліджень через рік після атаки збудником сибірської виразки багато з тих, хто залишився в живих, повідомили про погіршення якості життя через захворювання та психологічне страждання [83].

Радіоактивні речовини

Жодного повідомлення про випадок довгострокового психологічного стресу в працівників АЕС ТМІ не було [84]. Однак у жителів ТМІ, порівняно з контрольною групою, виявили значну кількість випадків стресу за різними показниками протягом 6 років після катастрофи (активність та загальна діяльність; тривога, депресія та соматичні скарги; фізіологічні показники норепінефрину, епінефрину та кортизолу в сечі; неспокійний сон; зміни в імунній системі) [85–87]. Симптоми після катастрофи ТМІ були не наслідком опромінення, а результатом сприйняття самої можливості опромінення. Це демонструє, що страх радіоактивного опромінення може призводити до значних страждань та викликати стресові симптоми, здатні імітувати симптоми справжнього радіаційного опромінення.

Велика кількість людей (близько 10 000), які жили або працювали в межах 300 метрів від забрудненої зони Гоянії, виказували страх, мали психоматичні реакції, острах щодо майбутнього, відчуття небезпеки, невпевненість в ефективності заходів лікування, впроваджених державою [88]. При опитуванні населення, що проводилось через 6 місяців після катастрофи [88], виявили, що дві третини жителів Гоянії та контрольна група, яка проживала далеко від забрудненої території, вважали Гоянію забрудненою зоною. Результати дослідження, проведеного через 3 місяці, засвідчили, що показники стресу були підвищеними. Але активність впала як в неопромінених осіб, які вважали себе опроміненими (люди, що проживали в межах 1 км від місця, де зберігались радіоактивні відходи після катастрофи), так і в опроміненіх людей з Гоянії [89].

Різноманітність психоневрологічних синдромів була описана як наслідки Чорнобильської аварії в російській літературі [90–92]. Ці синдроми характеризуються множинними симптомами невстановленої етіології, включаючи втому, перепади настрою та неспокійний сон, головні болі, погіршення пам'яті та концентрації уваги, болі у м'язах та суглобах. Вони були наявні як у тих ліквідаторів, хто хворів на ARS, так і у тих, хто на них не хворів [90, 92]. За даними обстеження, не було знайдено жодних істотних взаємозв'язків між фізичними симптомами та дозами радіації [92].

Ядерна зброя

Постраждали, які пережили атаку Хіросіми та Нагасакі, були сильно стигматизовані, особливо ті пацієнти, що мали сильні опіки і, як результат, шрами та колоїдні рубці. Ліфтон описав «неврастенічний синдром пережитої катастрофи», який характеризується «постійними симптомами відчуження від соціального життя, безсонням, нічними кошмарами, хронічними депресивними та тривожними реакціями й масштабними соматичними порушеннями <...>, на додачу — втому, емоційною нестабільністю, втратою ініціативи, поганою особистою, соціальною та сексуальною адаптацією» [93, с. 504]. Дослідження більше 7000 пацієнтів опісля вибуху атомної бомби в Нагасакі через 15 років виявило довгострокові психологічні наслідки приблизно у 7 %. Більшість оглянутих скаржились на втому, недостатню жвавість, погану пам'ять та інтроверсивність [94]. Ці симптоми вдвічі частіше зустрічались у пацієнтів, що мали симптоми ARS або тяжкі симптоми, подібні до ARS.

Психічні розлади

Хімічні отруйні речовини

ПТСР був виявлений в американських ветеранів Другої світової війни, що перебували під впливом іприту під час польових випробувань та випробувань у приміщенні [95]. Відповідно до досліджень наслідків атаки зарином у Токіо, що проводились Агентством національної поліції та Національним науково-дослідним інститутом поліції через 3 і 5 років після події, були зафіксовані такі скарги: перенапруження очей, погіршення зору та швидка втомлюваність. Ці скарги лишались відносно стабільними, починаючи від гострої стадії і до наступних подальших станів [33]. Симптоми ПТСР і далі наявні у 14–18 % досліджуваних пацієнтів: це повторне переживання події, острах перед метрополітемом, сильні страждання при згадуванні атаки та уникання думок про атаку.

Постраждалих, яких приймала лікарня Святого Луки, опитали через 2, 3 і 5 років, використовуючи перелік питань щодо 14 фізичних, 8 очних та 11 психологічних симптомів (симптоми реакції

уникання, перезбудження та повторного сприйняття подій) [81]. Найпоширенішими (протягом всіх часових періодів) були очні симптоми: перенапруження очей (33–39 %), слабкий зір (23–26 %) та утруднене фокусування (17–21 %). Фізичні симптоми (втомлюваність, втома, біль у м'язах, головний біль) також були поширені. Більшість психологічних симптомів лишалися стабільними впродовж трьох часових проміжків, з рівнями у 10–16 %; на позначці 5 років спостерігаються труднощі з пам'яттю, депресивний настрій, уникнення згадування катастрофи, повторне переживання події, страх перед метрополітеном чи місцем атаки. Частота ПТСР, як визначено критеріями в «Статистичному та діагностичному довіднику психічних розладів, 4-те видання» [96], лишалася стабільною; лише 2–3 % пацієнтів відповідали критеріям під час трьох часових позначок. Випадки часткового ПТСР (один симптом із кожної категорії) різнилися від 7 % до 9 %. Через постійність фізичних симптомів було розроблено модифікований комплекс критеріїв ПТСР (з додаванням мінімум одного симптому невстановленої етіології при діагностуванні); з цією модифікацією від 10 % до 14 % пацієнтів відповідали критеріям. Фізичні критерії погіршувались унаслідок повторного переживання події та покращувались при психіатричній терапії. Жертви продовжували страждати від стресу через відсутність державної підтримки, обмежені ресурси для подальшої медичної допомоги та відчуття соціально-психологічної дискримінації.

Біологічні речовини

Спалахи тяжких інфекційних хвороб призводили як до ПТСР, так і до погіршення якості життя, пов'язаної зі станом здоров'я. Наприклад, більшість людей, що пережили спалах хвороби легіонерів, повідомляли про втому, неврологічні та нейромускулярні симптоми впродовж 17 місяців після встановлення діагнозу [97]. Якість життя, обумовлена здоров'ям, була погіршена за сімома із восьми критеріїв, ПТСР був виявлений у 15 % пацієнтів. Подібним чином пацієнти, що пережили синдром гострої дихальної недостатності, також мали ПТСР та погіршення якості життя через здоров'я [98, 99]. Оскільки більшість біологічних

речовин категорії А (засоби біологічної війни) спричинюють синдром гострої дихальної недостатності, варто очікувати подібні довготривалі наслідки.

Радіоактивні речовини

Дослідження, що проводилось через 8 років після Чорнобильської катастрофи, виявило, що 44 % з 1412 ліквідаторів з Латвії мали психічні та психосоматичні розлади: депресію (невротичну депресію та коротку депресивну реакцію), збій функціонування фізіологічної системи через психологічні чинники або неуточнені розлади вегетативної нервової системи [100]. Справжня кількість психічних і психосоматичних розладів могла бути більшою, але тривога, ПТСР і неспокійний сон не досліджувались через використання системи кодування [101]. Два інші дослідження чорнобильського опромінення виявили ПТСР і симптоми ПТСР [102, 103].

Епідеміологічне дослідження більше 4700 естонських ліквідаторів виявило підвищення кількості самогубств, проте не зафіксувало зростання рівня захворюваності на рак, лейкемію та загальної смертності [104]. Самогубства становили 20 % смертності серед ліквідаторів. Причини збільшення кількості суїцидів наразі не відомі. Однак дані щодо ветеранів війни у В'єтнамі демонструють збільшений ризик травматичної смерті, включаючи суїциди [105]. Інші дослідження демонструють різноманітність психологічних розладів серед ліквідаторів Чорнобильської аварії та підтримують гіпотезу, що страх опромінення міг призвести до депресії, ПТСР та інших розладів, пов'язаних зі збільшенням рівня самогубств. Основною отруйною речовиною виявляється страх, а не радіація.

Вибухові речовини

Стало відомо про тривалі психологічні наслідки після терористичних атак із вибуховими речовинами. Після вибухів в Оклахома-Сіті 45 % населення страждали на посткатастрофний психологічний розлад, включаючи 34 % з ПТСР [106]. Інше дослідження повідомило про 50 % пацієнтів через 6 місяців після вибухів [107]. Пацієнти з ПТСР мали середню оцінку за шкалою тяжкості травм (1,2), на

відміну від пацієнтів без ПТСР (6,6). Іншим дослідженням визначено, що майже один із п'яти цивільних, які вижили при терористичних атаках (18 %), страждав від глибокої депресії [108]. Якщо розподілити за важкістю фізичних травм, ПТСР був наявний у 31 % тяжко поранених, але лише

в 11 % неушкоджених та 8 % помірно травмованих. Середній коефіцієнт поширеності для ПТСР (тяжко поранених/інших) складав 4,2. Так само глибока депресія була в 22 % тяжко поранених, але лише у 9 % помірно поранених чи неушкоджених [108].

ВИСНОВКИ

Масова паніка є малоімовірною під час подій із використанням CBRNE речовин. Хоча масова паніка присутня в ситуаціях з обмеженими шляхами втечі, однак її виникнення — досить рідкісний випадок. Психологічний вплив здатний спричинити велике число постраждалих унаслідок атак з використанням CBRNE зброї.

Початковий прояв може бути подібним до стресових розладів або містити ряд неуточнених симптомів, зокрема таких, як утруднене дихання, запаморочення, втома, головний біль, неспокійний сон. Встановлення черги при наданні допомоги постраждалим під час початкового етапу

інколи є проблематичним. Кількість психологічно постраждалих може збільшитись залежно від можливого поширення в засобах масової інформації інформації про ризики. На відміну від більшості фізичних травм і захворювань через CBRNE речовини, психологічний вплив здатний бути заразливим. Зважаючи на історію постбойових синдромів, наявність довгострокових ефектів є також дуже імовірною; окрім цього, такі ефекти буде важко діагностувати та вилікувати. Ці хронічні синдроми OMUS також виникатимуть під впливом сприйняття ризику та повідомлень засобів масової інформації.

ЛІТЕРАТУРА

1. General Accounting Office. *Biological Weapons: Effort to Reduce Former Soviet Threat Offers Benefits, Poses New Risks*. Washington, DC: GAO; 2000. GAO/NSIAD-00-138.
2. Scharf T, Vaught C, Kidd P, et al. Toward a typology of dynamic and hazardous work environments. *Hum Ecol Risk Assessment*. 2001;7(7):1827–1841.
3. Hyams KC, Wignall FS, Roswell R. War syndromes and their evaluation: from the US Civil War to the Persian Gulf War. *Ann Intern Med*. 1996;125(5):398–405.
4. Engel CC Jr, Adkins JA, Cowan DN. Caring for medically unexplained physical symptoms after toxic environmental exposures: effects of contested causation. *Environ Health Perspect*. 2002;110(suppl 4):641–647.
5. Boss LP. Epidemic hysteria: a review of the published literature. *Epidemiol Rev*. 1997;19:233–243.
6. Colligan MJ, Pennebaker JW, Murphy LR. *Mass Psychogenic Illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1983.
7. Pastel RH. Collective behaviors: mass panic and outbreaks of multiple unexplained symptoms. *Mil Med*. 2001;166(suppl12):44–46.
8. Schultz DP. *Panic Behavior: Discussion and Readings*. New York, NY: Random House; 1964.
9. Glass TA. Emergency, disaster, and catastrophe: a typology with implications for terrorism response. In: Wessely S, Krasnov VN, eds. *Psychological Responses to the New Terrorism: A NATO-Russia Dialogue*. Amsterdam, Netherlands: IOS Press, 2005: 25–36.
10. Sandman PM. Bioterrorism risk communication policy. *J Health Commun*. 2003;8(suppl 1):146–147.

11. Brecher RW, Flynn T. Principles of risk communication: building trust and credibility with the public. In: Haschek WM, Rousseaux CG, Wallig MA, eds. *Handbook of Toxicologic Pathology*. New York, NY: Academic Press; 2002.
12. Covello VT, Peters RG, Wojtecki JG, Hyde RC. Risk communication, the West Nile virus epidemic, and bioterrorism: responding to the communication challenges posed by the intentional or unintentional release of a pathogen in an urban setting. *J Urban Health*. 2001;78(2):382–391.
13. Vasterman P, Yzermans CJ, Dirkzwager AJ. The role of the media and media hypes in the aftermath of disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:107–114.
14. Pfefferbaum B. Impact of the Oklahoma City bombing on children in the community. *Mil Med*. 2001;166(suppl 2):49–50.
15. Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med*. 2001;345(20):1507–1512.
16. Lau JT, Yang X, Tsui H, Kim JH. Monitoring community responses to the SARS epidemic in Hong Kong: from day 10 to day 62. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(11):864–870.
17. Leung GM, Lam TH, Ho LM, et al. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(11):857–863.
18. Burkle FM. Triage of disaster-related neuropsychiatric casualties. *Emerg Med Clin North Am*. 1991;9(1):87–105.
19. Bleich A, Dycian A, Koslowsky M, Solomon Z, Wiener M. Psychiatric implications of missile attacks on a civilian population. Israeli lessons from the Persian Gulf War. *JAMA*. 1992;268(5):613–615.
20. Rotenberg Z, Noy S, Gabbay U. Israeli ED [emergency department] experience during the Gulf War. *Am J Emerg Med*. 1994;12(1):118–119.
21. Stouffer SA, Lumsdaine AA, Lumsdaine MH, et al. *The American Soldier: Combat and its Aftermath*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1949.
22. Anno GH, Baum SJ, Withers HR, Young RW. Symptomatology of acute radiation effects in humans after exposure to doses of 0.5–30 Gy. *Health Phys*. 1989;56(6):821–838.
23. DiGiovanni C. Domestic terrorism with chemical or biological agents: psychiatric aspects. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1500–1505.
24. US Army Medical Research Institute of Chemical Defense. Chemical Casualty Care Division. *Medical Management of Chemical Casualties Handbook*. 3rd ed. Aberdeen Proving Ground, Md: USAMRICD; 2000.
25. Levin SG. *Estimating Battle Fatigue Casualties in Tactical Nuclear Combat*. Washington, DC: Defense Nuclear Agency; 1991. DNA-TR-90-114.
26. Vineberg R. *Human Factors in Tactical Nuclear Combat*. Alexandria, Va: George Washington University, Human Resources Research Office; 1965. HumRRO Technical Report 65–2.
27. Quarantelli EL. Images of withdrawal behavior in disasters: some basic misconceptions. *Soc Problems*. 1960;8:68–79.
28. Caldwell JM, Ranson SW, Sacks JG. Group panic and other mass disruptive reactions. *US Armed Forces Med J*. 1951;2:541–567.
29. Smelser NJ. *Theory of Collective Behavior*. New York, NY: The Free Press; 1962.
30. Glass TA, Schoch-Spana M. Bioterrorism and the people: how to vaccinate a city against panic. *Clin Infect Dis*. 2002;34(2):217–223.
31. Quarantelli EL. The nature and conditions of panic. *Am J Sociology*. 1954;60:267–275.

32. Hammerman G. The psychological impact of chemical weapons on combat troops in World War I. In: Young RW, Drum BH, eds. *Proceedings of the Defense Nuclear Agency Symposium/Workshop on the Psychological Effects of Tactical Nuclear Warfare*. Washington, DC: Defense Nuclear Agency; 1987: 84–108.
33. Asukai N, Maekawa K. Psychological and physical health effects of the 1995 sarin attack in the Tokyo subway system. In: Havenaar JM, Cwikel JG, Bromet EJ, eds. *Toxic Turmoil: Psychological and Societal Consequences of Ecological Disasters*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002: 149–162.
34. Singer JE. Yes Virginia, there really is a mass psychogenic illness. In: Colligan MJ, Pennebaker JW, Murphy LR, eds. *Mass Psychogenic Illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1982: 127–135.
35. Hulbert HS. Gas neurosis syndrome. *Am J Insanity*. 1920;77:213–216.
36. Salmon TW, Fenton N, eds. *Neuropsychiatry in the American Expeditionary Force*. In: *The Medical Department in the United States Army in the World War*. Vol 10. Washington, DC: Government Printing Office; 1929.
37. Struewing JP, Gray GC. An epidemic of respiratory complaints exacerbated by mass psychogenic illness in a military recruit population. *Am J Epidemiol*. 1990;132(6):1120–1129.
38. Petterson JS. Perception vs. reality of radiological impact: the Goiania model. *Nuclear News*. 1988;31(14):84–90.
39. Ohbu S, Yamashina A, Takasu N, et al. Sarin poisoning on Tokyo subway. *South Med J*. 1997;90(6):587–593.
40. John TJ. Learning from plague in India. *Lancet*. 1994;344(8928):972.
41. Mavalankar DV. Plague in India. *Lancet*. 1994;344(8932):1298.
42. Madan TN. The plague in India, 1994. *Soc Sci Med*. 1995;40(9):1167–1168.
43. Kumar S. Plague in India. *Lancet*. 1994;344(8927):941–942.
44. Ramalingaswami V. Plague in India. *Nat Med*. 1995;1(12):1237–1239.
45. Ramalingaswami V. Psychosocial effects of the 1994 plague outbreak in Surat, India. *Mil Med*. 2001;166(suppl 12):29–30.
46. Centers for Disease Control and Prevention. Update: investigation of bioterrorism-related inhalational anthrax—Connecticut, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2001;50(47):1049–1051.
47. Steinhauer J. Hysteria can be hazardous. *New York Times*. October 21, 2001. Available at: <http://www.nytimes.com/2001/10/21/business/money-medicine-hysteria-can-be-hazardous.html>. Accessed August 11, 2009.
48. Pomfret J. SARS inciting “mass panic” in Beijing. *Washington Post*. May 1, 2003:A11.
49. Eckholm E. Illness psychological impact in China exceeds its actual numbers. *New York Times*. April 24, 2003:A13.
50. McNeil DG. SARS fears shake Taiwan medical staffs. *New York Times*. May 21, 2003:A14.
51. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168(10):1245–1251.
52. Avendano M, Derkach P, Swan S. Clinical course and management of SARS in health care workers in Toronto: a case series. *CMAJ*. 2003;168(13):1649–1660.
53. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ*. 2004;170(5):793–798.
54. Kemeny JG, Babbitt B, Haggerty PE, et al. *The Need for Change, the Legacy of TMI: Report of the President’s Commission on the Accident at Three Mile Island*. New York, NY: Pergamon Press; 1979.
55. Fabrikant JI. Health effects of the nuclear accident at Three Mile Island. *Health Phys*. 1981;40(2):151–161.

56. Organisation for Economic Co-operation and Development Nuclear Energy Agency. *Chernobyl: Assessment of Radiological and Health Impact. 2002 Update of Chernobyl: Ten Years On.* 3–155. Paris, France: OECD; 2002.
57. Gonzalez AJ. Chernobyl—ten years after. *IAEA Bull.* 1996;38:2–13.
58. Ginzburg HM. The psychological consequences of the Chernobyl accident—findings from the International Atomic Energy Agency Study. *Public Health Rep.* 1993;108(2):184–192.
59. International Atomic Energy Agency. *The Radiological Accident in Goiania.* Vienna, Austria: International Atomic Energy Agency; 1988.
60. Lipsztein JL, Cunha PG, Oliveira CA. The Goiania accident: behind the scenes. *Health Phys.* 1991;60(1):5–6.
61. Rosenthal JJ, de Almeida CE, Mendonca AH. The radiological accident in Goiania: the initial remedial actions. *Health Phys.* 1991;60(1):7–15.
62. Hadden WA, Rutherford WH, Merrett JD. The injuries of terrorist bombing: a study of 1532 consecutive patients. *Br J Surg.* 1978;65(8):525–531.
63. Carley SD, Mackway-Jones K. The casualty profile from the Manchester bombing 1996: a proposal for the construction and dissemination of casualty profiles from major incidents. *J Accid Emerg Med.* 1997;4(2):76–80.
64. Brandao-Mello CE, Oliveira AR, de Carvalho AB. Psychological effects of the Goiania radiation accident on the hospitalized victims. In: Ricks RC, Berger ME, O'Hara FM, eds. *Medical Basis for Radiation-Accident Preparedness III: The Psychological Perspective.* New York, NY: Elsevier, 1991: 121–129.
65. Janis IL. *Air War and Emotional Stress: Psychological Studies of Bombing and Civilian Defense.* New York, NY: McGraw-Hill; 1951.
66. Hersey J. *Hiroshima.* New York, NY: Knopf; 1946.
67. Showalter E. *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Culture.* New York, NY: Columbia University Press; 1997.
68. Gothe CJ, Molin C, Nilsson CG. The environmental somatization syndrome. *Psychosomatics.* 1995;36(1):1–11.
69. Rothman AL, Weintraub MI. The sick building syndrome and mass hysteria. *Neurol Clin.* 1995;13(2):405–412.
70. Weiss B. Neurobehavioral properties of chemical sensitivity syndromes. *Neurotoxicology.* 1998;19(2):259–268.
71. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. Health status of Vietnam veterans. I. Psychosocial characteristics. *JAMA.* 1988;259(18):2701–2707.
72. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. Health status of Vietnam veterans. II. Physical health. *JAMA.* 1988;259(18):2708–2714.
73. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. Health status of Vietnam veterans. III. Reproductive outcomes and child health. *JAMA.* 1988;259(18):2715–2719.
74. Decoufle P, Holmgren P, Boyle CA, Stroup NE. Self-reported health status of Vietnam veterans in relation to perceived exposure to herbicides and combat. *Am J Epidemiol.* 1992;135(3):312–323.
75. Johnson AA, Goetz JL, McRaney WK. *For the Record: A History of the Nuclear Test Personnel Review Program, 1978–1986.* Washington, DC: Defense Nuclear Agency; 1986. DNA 6041F.
76. Garcia B. Social-psychological dilemmas and coping of atomic veterans. *Am J Orthopsychiatry.* 1994;64(4):651–655.
77. Vyner HM. *Invisible Trauma. The Psychosocial Effects of Invisible Environmental Contaminants.* Lexington, Mass: Lexington Books; 1988.

78. White BW. *Desert Rock V: Reactions of Troop Participants and Forward Volunteer Officer Groups to Atomic Exercises*. Alexandria, Va: George Washington University, Human Resources Research Office; 1953.
79. Wachtel C. *Chemical Warfare*. Brooklyn, NY: Chemical Publishing Co, Inc; 1941.
80. Haldane JS. Lung-irritant gas poisoning and its sequelae. *J Roy Army Med Corps*. 1919;33:494–507.
81. Kawana N, Ishimatsu S, Kanda K. Psycho-physiological effects of the terrorist sarin attack on the Tokyo subway system. *Mil Med*. 2001;166(12 suppl):23–26.
82. Stolberg SG. For anthrax survivors, a halting, painful recovery. *New York Times*. May 7, 2002:F1.
83. Reissman DB, Whitney EA, Taylor TH Jr, et al. One-year health assessment of adult survivors of *Bacillus anthracis* infection. *JAMA*. 2004;291(16):1994–1998.
84. Parkinson DK, Bromet EJ. Correlates of mental health in nuclear and coal-fired power plant workers. *Scand J Work Environ Health*. 1983;9(4):341–345.
85. Baum A, Gatchel RJ, Schaeffer MA. Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(4):565–572.
86. Davidson LM, Fleming R, Baum A. Chronic stress, catecholamines, and sleep disturbance at Three Mile Island. *J Human Stress*. 1987;13(2):75–83.
87. McKinnon W, Weisse CS, Reynolds CP, Bowles CA, Baum A. Chronic stress, leukocyte subpopulations, and humoral response to latent viruses. *Health Psychol*. 1989;8(4):389–402.
88. Curado MP, Costa Neto SB, Helou S. Psychological aspects of the radiation accident in Goiania: a general overview on victims and population. In: Ricks RC, Berger ME, O'Hara FM, eds. *Medical Basis for Radiation-Accident Preparedness III: The Psychological Perspective*. New York, NY: Elsevier; 1991: 143–154.
89. Collins DL, de Carvalho AB. Chronic stress from the Goiania ¹³⁷Cs radiation accident. *Behav Med*. 1993;18(4):149–157.
90. Novikov VS, Tsygan VN, Borisova ED, Rybina LA. Changes in cerebral bioelectric activity in the Chernobyl NPP accident liquidators. *Hum Physiol*. 1997;23(5):542–546.
91. Pastel RH. Radiophobia: long-term psychological consequences of Chernobyl. *Mil Med*. 2002;166(12 suppl):134–136.
92. Torubarov FS. Psychological consequences of the Chernobyl accident from the radiation neurology point of view. In: Ricks RC, Berger ME, O'Hara FM Jr, eds. *The Medical Basis for Radiation-Accident Preparedness III: The Psychological Perspective*. New York, NY: Elsevier Science Publishing; 1991: 81–91.
93. Lifton R. *Death in Life: Survivors of Hiroshima*. New York, NY: Random House; 1967.
94. Nishikawa T, Tsuiki S. Psychiatric investigations of atomic bomb survivors. *Nagasaki Med J*. 1961;36:717–722.
95. Schnurr PP, Ford JD, Friedman MJ, Green BL, Dain BJ, Sengupta A. Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(2):258–268.
96. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
97. Lettinga KD, Verbon A, Nieuwkerk PT, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder among survivors of an outbreak of Legionnaires disease. *Clin Infect Dis*. 2002;35(1):11–17.
98. Schelling G, Stoll C, Haller M, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med*. 1998;26(4):651–659.

99. Weinert CR, Gross CR, Kangas JR, Bury CL, Marinelli WA. Health-related quality of life after acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med.* 1997;156(4 Pt 1):1120–1128.
100. Viel JF, Curbakova E, Dzerve B, Eglite M, Zvagule T, Vincent C. Risk factors for long-term mental and psychosomatic distress in Latvian Chernobyl liquidators. *Environ Health Perspect.* 1997;105(suppl 6):1539–1544.
101. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.* Vol 1. 9th rev. Geneva, Switzerland: WHO; 1977.
102. Cwikel J, Abdelgani A, Goldsmith JR, Quastel M, Yvelson II. Two-year follow-up study of stress-related disorders among immigrants to Israel from the Chernobyl area. *Environ Health Perspect.* 1997;105(6 suppl):1545–1550.
103. Tarabrina N, Lazebnaya E, Zelenova M, Lasko N. Chernobyl clean-up workers' perception of radiation threat. *Radiat Protection Dosimetry.* 1996;68:251–255.
104. Rahu M, Tekkel M, Veidebaum T, et al. The Estonian study of Chernobyl cleanup workers: II. Incidence of cancer and mortality. *Radiat Res.* 1997;147(5):653–657.
105. Bullman TA, Kang HK. Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. In: Fullerton CS, Ursano RJ, eds. *Posttraumatic Stress Disorder: Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster.* Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1997: 175–189.
106. North CS, Nixon SJ, Shariat S, et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA.* 1999;282(8):755–762.
107. Curran PS, Bell P, Murray A, Loughrey G, Roddy R, Rocke LG. Psychological consequences of the Enniskillen bombing. *Br J Psychiatry.* 1990;156:479–482.
108. Abenheim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982–1987). *J Clin Epidemiol.* 1992;45(2):103–109.

Розділ 37

ОПЕРАЦІЯ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» 05-07. МЕДИЧНІ ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВІ ОПЕРАЦІЇ: НАБУТИЙ ДОСВІД ПРИ НАДАННІ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

ДЖЕФРІ С. ЯРВІС¹

ВСТУП

ПЕРЕДМОВА

СПІВПРАЦЯ З УРЯДОВИМИ ТА НЕУРЯДОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

ВИСНОВКИ

¹ Магістр соціального управління, доктор філософії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник із охорони психічного здоров'я, відділ психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington DC 20307; у минулому – директор соціальної роботи, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland.

ВСТУП

Головним завданням 30-ї оперативної медичної бригади (Task Force 30th Medical Brigade — TF 30) є забезпечення охорони здоров'я військовослужбовців. Під час операції «Іракська свобода» (OIF) TF-30 врятувала життя 96 % поранених солдатів, яким надавала допомогу. Це — безпрецедентний випадок. Також історичне значення мали методи, які застосовував командир, знаходячи унікальні навички у кожного з працівників охорони психічного здоров'я для успішного проведення цивільно-військових операцій бригади.

Медичні бригади зі штатними клінічними й оперативними підрозділами, військовим і цивільним персоналом є сильними та надійними командами в галузі суспільної охорони здоров'я. Вони не мають рівних собі навіть серед команд, що входять до складу цивільної адміністрації. Майже половина постраждалих в лікарнях коаліції були іракцями; щоб передати історії хвороби в Ірак, необхідно покращити іракські цивільні та військові медичні можливості [1]. TF 30 об'єдналась з Держдепартаментом США, Міжнародними коаліційними силами в Іраку (MNF-I — Multi-National Force-Iraq), неурядовими організаціями (NGO), приватними компаніями та Цільовою групою стабілізації Багатонаціонального кор-

пусу — Ірак (MNC-I — Focused Stabilization Task Force of the Multi-National Corps — Iraq) з метою проведення медичних цивільно-військових операцій (СМО — Civil Military Operations). TF 30 також сприяла наданню гуманітарної допомоги для постраждалого населення Іраку.

У фінансовому 2005 і 2006 роках TF 30 допомогла залучити понад 70 мільйонів доларів задля підтримки гуманітарних потреб, включаючи створення відділень невідкладної медичної допомоги; покращення якості очищення води та стічних вод, оснащення поліклінік, лікарень і шкіл; сприяння сільськогосподарським проектам за допомогою результативного планування з місцевими та регіональними урядовцями країни перебування військ. Ці зусилля зміцнили легітимність місцевих медичних працівників, відкрили лінії зв'язку між місцевим населенням і місцевими лідерами іракського національного уряду, створили доступ до медичної допомоги і засобів існування. Через нестабільність ситуації в Іраку TF 30 також підтримувала поточні заходи профілактичної медицини для надання гуманітарної допомоги вимушеним переселенцям (IDP — Internally displaced person). Цей розділ розглядає медичні цивільно-військові уроки, отримані TF 30 під час OIF 05-07.

ПЕРЕДМОВА

Війська США постійно здійснюють медичні гуманітарні місії. Ці місії передбачають всі аспекти: від медичної підтримки до надання допомоги місцевому населенню, нарощування потенціалу або розширення проектів, великих воєнних операцій. Користь державній політиці від військових медичних сил, які надають підтримку іншій нації

під час конфлікту, здається очевидною. Допомога постраждалим, хворим та пораненим, а також доступ до лікування для вимушених переселенців також здається корисною. Однак Річі та Мот (Ritchie і Mott) [2] вказують на багато прихованих моментів, пов'язаних з наданням допомоги. У минулому література стосовно підводних каменів

військової гуманітарної допомоги здебільшого була пов'язана з етичними питаннями її надання, які не можуть підтримуватись в країні, що її приймає. Наслідком цього може бути «більше шкоди, ніж користі». Ця шкода зазвичай асоціюється з медичними правилами застосування сил і засобів, які Армія США використовує для підтримки військ у театрі бойових дій. Однак часто забувають, як місії з надання медичної гуманітарної допомоги пов'язані зі стратегічним кінцевим станом операції і як вони можуть сприяти або протидіяти операції [3].

Для чіткого окреслення воєнних місій із надання гуманітарної допомоги необхідно повернутися до мети всіх операцій — створення безпечного середовища, в якому може тривати політичний та економічний розвиток. Таким чином, завершення всіх операцій в Іраку (включаючи медичні цивільні та воєнні місії) має бути направлене на створення легітимних місцевих і провінційних урядів Іраку, здатних продовжувати політичний і економічний розвиток. Більше того, щоб стабілізувати уряд Іраку, необхідно мінімізувати будь-які повстанські дії. Повстання — це як політичне, так і воєнне явище. Повстанці будуть розчаровані, якщо уряд має компетентну і сильну адміністрацію, яка розподіляє обов'язки та ефективно координує численні питання політики, економіки та безпеки. В Іраку доступ до медичної допомоги є реальним нагадуванням про те, що уряд функціонує. Ці функції також експлуатуються бунтівниками. Якщо бунтівники чи їхні спонсори контролюватимуть міністерства, які мають надавати послуги, то іракці віритимуть, що ці послуги надають повстанці. Іншими словами, охорона здоров'я — це послуга, яку можуть використовувати як Армія США, так і повстанці. Чинний уряд Іраку реагує на потреби свого народу — це ключова змінна в досягненні воєнно-політичних цілей США.

Президент Джордж Буш розумів важливість охорони здоров'я в досягненні військово-політичних цілей, коли сказав:

«Зараз Америка має меншу загрозу від завойовницьких країн, аніж від країн, що занепадають... Америка має вкладати час і ресурси в будівництво міжнародних відносин і закладів, що можуть

допомогти скеровувати місцеві кризи, коли вони виникають... Ми використовуватимемо нашу економічну взаємодію з іншими країнами, щоб підкреслити переваги політики, яка створює більш високу продуктивність і стійке економічне зростання, зокрема... інвестиції в охорону здоров'я і освіту, які покращують самопочуття і навички робочої сили і населення загалом» [4].

Томі Томпсон (Tommy G. Thompson), колишній секретар Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення, зазначив, що військові місії повинні містити медичні стратегії. Він заявив, що «найефективніший арсенал проти терористів передбачає освіту, співчуття та медицину» [5]. Він також сказав: «Найкращий шанс перемогти терористів — зробити це шляхом розширення нашої медичної та гуманітарної допомоги» [5]. Історія підтверджує ефективність таких стратегій. Під час Другої світової війни США застосовували військову гуманітарну допомогу на Філіппінських островах. Надалі допомога надавалась на Гаїті та в Боснії із дотриманням етичних вимог та на підтримку тилового забезпечення [2].

Воєнні операції, окрім проектів мирного часу, що представляли велику частину воєнних гуманітарних місій у 1990-ті роки, суттєво відрізняються від місій, які проводяться сьогодні в Іраку й Афганістані. В Іраку, наприклад, війна почалась із кінетичної боротьби — під час збройної атаки знищувалась інфраструктура, що траплялась на шляху. Із наближенням Сполучених Штатів до перехідної фази операцій під час OIF 05-07 зусилля було переорієнтовано на створення проектів відновлення основних служб охорони здоров'я і вирішення проблем у цій сфері. Ці проекти були спрямовані на пом'якшення наслідків результатів кінетичної боротьби для здоров'я.

Тепер, коли застосовуються некінетичні методи боротьби, мета полягає в збереженні наявних будівель, розвитку можливостей і цільових ключових структур, критично важливих для охорони здоров'я у «просторі для ведення бойових дій». Опісля трьох-чотирьох ротаций в Іраку медичні цивільно-військові операції були включені в усі операції перехідного періоду: від початку і на всіх рівнях планування — стратегічного, оперативного і тактичного. Неконструктивною є концепція

очікування закінчення кінетичної боротьби, аби розпочати планування та впровадження цивільно-воєнних проектів [6]. Спільне проведення цивільно-воєнних операцій представляє зміни в оперативних зусиллях бойових операцій, спрямованих на протидію кінетичним атакам. Оскільки фаза переходу продовжувалась, цивільний сектор ставав частиною основного зусилля. Слідом за успіхами у сфері безпеки необхідна конструктивна взаємодія, щоб відшкодувати збитки і почати будувати на досягнутих успіхах. Це є тим довгостроковим успіхом, який забезпечить справжній перехід до громадянського контролю. Річі та Мот [2] зазначили, що місцеве управління/керівництво цивільної сфери має сконцентруватись на цих аспектах і керуватись правилом: об'єкт/оцінка критичної інфраструктури та ремонту; оцінка критичних потреб (здоров'я, безпека та ін.). До того ж цивільно-військові медичні операції TF 30 залучали нетрадиційних дійових осіб у процес планування та виконання, таких як NGO та міжнародні організації.

Як уже зазначалося, програми надання медичної допомоги цивільному населенню (MEDCAPs — medical civic action programs) та інші медичні військові проекти з надання гуманітарної допомоги мають очевидні переваги, адже вони «підкорюють серце та розум». Однак в Іраку сталося інакше; очевидні переваги такої медичної допомоги не були реалізовані, оскільки ці місії не були безпосередньо прив'язані до операцій та стратегічних військово-політичних цілей. Окрім того, цінність медичного персоналу США не була очевидною. Необхідність переходу пацієнтів назад, до незалежної і сильної медичної системи країни, що приймає, лягла на плечі MEDCAPs. Кінцеве завдання медичних цивільно-військових операцій 18-го повітрянодесантного корпусу під час OIF 04-06 було визначено так: «Для виконання спільних скоординованих медичних зобов'язань провести роботу на місцевому рівні для зміцнення управління та переходу напрямку операції на підтримку плану кампанії і цілей США в Іраку загалом» [7]. У цій заяві місії не було жодних чітких визначень остаточної мети. Попередні оперативні цивільно-військові операції і плани неефективно розвивали потенціал управління в провінціях. Окрім того, не існувало організацій

із координування та підтримки медичних цивільно-військових операцій на національному рівні. Під час OIF 05-07 стало очевидним, що необхідні були фундаментальні зміни в поведінці, структурі й організації для усунення прогалин серед медичних цивільно-військових кадрів, їхнього набору навичок на оперативному і стратегічному рівнях. Неувага до цих прогалин призвела до суперечливих і «обмежених» MEDCAPs, які мали незначну довгострокову вигоду і не могли бути визначені кількісно з точки зору критеріїв ефективності.

Щоб впровадити національну стратегію перехідної фази операцій в Іраку та досягти військово-політичних цілей, викладених командувачем MNF-I, медичною групою цивільно-військових операцій США були зроблені такі сім припущень:

1. Задля розвитку стійкості та стабільності урядів провінцій необхідна допомога та підвищення рівня управлінського потенціалу.
2. Наявні команди громадської охорони здоров'я будуть підтримувати поточний потенціал у провінціях, поки не будуть створені повністю скоординовані, спільні медичні цивільно-військові команди.
3. Існує потреба в розробленні формалізованого механізму для координації діяльності у провінціях і підтримки у Державному департаменті та MNF-I.
4. Можливість надавати посилену підтримку урядам провінцій щодо охорони здоров'я має утримуватись поза межами виборів.
5. Національний уряд Іраку має підтримувати поширення медичного охоплення на обласному та районному рівнях.
6. Будуть доступні коаліційні ресурси, необхідні для підтримки будь-яких нових медичних зусиль цивільно-військових операцій.
7. Медичні цивільно-військові заходи можуть бути спеціально розроблені для вдоволення потреб і безпеки в кожній провінції. Істотні можливості для провінційних урядів будуть розроблені в межах двох років, що дозволить перейти до більш традиційних механізмів надання допомоги Агентством США з міжнародного розвитку (USAID), міжнародними організаціями,

урядовими та неурядовими організаціями в провінційних і місцевих органах влади протягом ще 2 років.

З огляду на ці припущення було поставлено такі завдання для медичних цивільно-військових операцій:

- Допомогти провінційним директорам охорони здоров'я Іраку розробити прозорий і стійкий потенціал для підтримки громадського здоров'я та забезпечити підготовку провінційних адміністрацій для задоволення основних медико-санітарних потреб населення.
- Забезпечити своєчасну і відповідну оцінку інфраструктури охорони здоров'я та політичних подій в Міністерстві охорони здоров'я на місцевому рівні, а також сприяти управлінню Коаліції та розвитку потенціалу в цій галузі.

Для реалізації місії були визначені такі завдання:

1. Сприяти досягненню цілей коаліції в Іраку шляхом розширення можливостей іракського сектора охорони здоров'я від районного рівня у межах Міністерства охорони здоров'я і рівня батальйону в межах Міністерства оборони.
2. Сприяти реформі охорони здоров'я на рівні провінцій.
3. Надавати допомогу місцевим представникам Міністерства та лікарям Армії Іраку в розробці всеосяжної стратегії, яка зможе допомогти створити сильне і підзвітне місцеве самоврядування.
4. Надавати допомогу урядам провінцій у виявленні та визначенні пріоритетності потреб своїх громадян і задовольняти ці потреби за допомогою уряду Іраку, коаліції, донорів, а також ресурсів NGO.
5. Оцінити можливості охорони здоров'я провінційних урядів і розробити спільний план дій зі збільшення цих можливостей з акцентом на здатність до подальшого самодостатнього розвитку.
6. Надати допомогу провінційним урядам у розробці короткострокових і довгострокових цілей для програм громадської охо-

рони здоров'я, а також надавати допомогу в їх реалізації.

7. Координувати дії з іншими основними підлеглими командами для синхронізації управління медичними операціями щодо забезпечення стабільності.
8. Координувати дії зі службою зв'язків із цивільною адміністрацією і населенням для оцінки подій в секторі охорони здоров'я на місцевому рівні, а також для пропаганди цілей і завдань коаліції.

Визначені завдання були доповнені деякими ідеями мирного часу для цивільно-військових операцій, зазначених Річі та Мотом [2]. Ці ідеї полягали в тренуванні, навчанні та наставлянні місцевих урядових медичних закладів для розвитку їхнього потенціалу з метою:

- розвивати ключові характеристики і стандарти медичної допомоги;
- встановити ефективні зв'язки з міністрами і центральним урядом;
- допомогти іракським чиновникам охорони здоров'я визначити і спланувати пріоритетність спрямування діяльності;
- підготувати перелік гострих потреб, виявити потреби у фінансуванні, а також визначити ресурси;
- визначити потреби у персоналі і допомагати чиновникам охорони здоров'я вирішувати їх із міністром вищого рівня або іншою посадовою особою.

G-5 (офіцер із цивільно-військових операцій) TF 30 також розглядає системні прогалини в діяльності з розвитку ресурсів для MNC-I. Зокрема, TF 30: а) координувала підтримку донорів і NGO; б) спілкувалась із зацікавленими сторонами щодо громадських справ і діяльності інформаційних операцій; в) надавала і посилювала надання медичних послуг у провінційних і муніципальних закладах, включаючи служби невідкладної медичної допомоги; г) створювала підпорядковані робочі групи медичних цивільно-військових операцій і г) залучала до діяльності з відновлення медичної допомоги медичні контакти країни, що приймає, для забезпечення культурної вагомості всіх проектів TF 30. Усі ці

зусилля варті серйозної уваги, тому надавались якісні та кількісні показники успіху порівняно зі встановленими критеріями.

Участь іракських посадовців охорони здоров'я в TF 30 у медичному плануванні цивільно-військових операцій здається очевидною, однак вона зазвичай ігнорувалась у попередніх ротаціях. При здійсненні медичної стратегії цивільно-військової взаємодії TF 30 іракці були частиною зустрічей на всіх рівнях планування. Участь посадовців мала ключове значення для зміни системи від MEDCAP як основного напрямку медичної гуманітарної допомоги до всеосяжного процесу, названого «спільним медичним зобов'язанням». Спільні медичні зобов'язання — це конкретні можливості з надання гуманітарної допомоги на чолі з іракським цивільним або військовим медичним персоналом, для яких участь США є другорядною за загальним залученням. Кожне спільне медичне зобов'язання повинно бути сконцентроване на допомозі системі охорони здоров'я та органам правопорядку Іраку для забезпечення цивільного населення. Проекти мають просувати цілі безпеки; поліпшувати доступ (для регіонів та всього населення країни); зміцнювати безпеку і стабільність; викликати добру волю для підвищення здатності США формувати сприятливе навколишнє середовище. Ці проекти мають гуманітарний характер і доповнюють стратегічні цілі та завдання Міністерства охорони здоров'я. Медичні правила участі та неправильного використання допомоги MEDCAP передбачають такі вимоги: спільні медичні зобов'язання не дають змоги надавати безпосередню допомогу народу Іраку, окрім тих випадків, коли допомога стосується загрози для життя, травми кінцівок або органів зору. Начальник медичної служби корпусу координує та затверджує повноваження для всіх спільних медичних зобов'язань.

Вісімнадцятого серпня 2005 року Міністр оборони США Вінкенверд (Winkenwerder) заявив: «Основна мета уряду США в питаннях щодо світової охорони здоров'я полягає в створенні можливостей і потенціалу, щоб суспільство могло задовольнити свої потреби в цій сфері». Спільні медичні зобов'язання просувають цю концепцію. Початкові зусилля з відновлення були розроблені для створення цілісної системи охорони здоров'я

для іракців, проте без їхнього залучення. Згідно із даними Державного департаменту США [7], для розвитку сектору охорони здоров'я було надано 786 мільйонів від міжнародних та американських джерел. Проте у переході охорони здоров'я назад до іракців та розширенні доступу до медичної допомоги було досягнуто лише деяких суттєвих успіхів. Цілі TF 30 були скромнішими. Зокрема, надати допомогу ключовим медичним системам до стабілізації ситуації в Іраку або, спираючись на наявні платформи, визначити медичні системи, які допомогли б країні, що приймає, на перехідному етапі через партнерство з силами безпеки Іраку і об'єктів TF 30.

У Директиві 3000 Міністерства оборони США вказується: «Спільні цивільно-військові зусилля — ключ до успішних операцій щодо забезпечення стабільності» [8]. Виконання цієї директиви означало її реалізацію на місцевому та регіональному рівнях, а також надання можливості чиновникам нижчої ланки говорити про потреби з Національним міністерством охорони здоров'я у культурно прийнятний спосіб. Такі відкриті лінії комунікації і системної співпраці по всій країні посилили легітимність всіх органів та чиновників охорони здоров'я, що беруть участь у програмі. Залучення іракців на підставі спільних медичних зобов'язань допомагає вирішувати питання, що ставляться MEDCAPs. Річі та Мот [2] описують приховані перешкоди проектів залучення в мирний час. Ось деякі з них: короткострокова ціль, неадекватне планування, порушення роботи місцевої системи охорони здоров'я, а також підвищені очікування щодо медичної допомоги. Все це було реальними проблемами, що підривали довгострокові воєнно-політичні цілі в Іраку. Наприклад, багато медичних цивільних команд громадської охорони здоров'я проводили «MEDCAP раз на тиждень» без будь-якої видимої причини. На додачу до проблем, зазначених Річі та Мотом [2], MEDCAP також утворили паралельні системи, або ж певний «вакуум» медичної системи. У таких випадках медичні засоби були переміщені на поле бою і викликали невдоволення серед іракських чиновників, які часто не мали можливості ознайомитись з даними щодо цих проектів та визначити, чи була необхідність у втручанні США, чи досить надати необхідні кошти для підтримки зу-

силь США, коли було відізнано медичну допомогу. TF 30 та управління начальника медичної служби були сповнені рішучості домогтися хоч невеликих, але стабільних і очевидних результатів.

Малі проекти сталої гуманітарної допомоги принесли відчутні результати, збільшуючи легітимність іракської медичної системи та управління, створюючи потенціал для зростання іракських систем у відповідній культурній площині. Використовуючи «Дев'ять принципів реконструкції та розвитку» Натціос (Natsios) [9] та зважаючи на формування державності, TF 30 мала успіх при проведенні спільних операцій із надання гуманітарної допомоги, залучення іракців на тактичному, оперативному і стратегічному рівнях (додаток 37.1).

Ці дев'ять принципів мають направляти розробників планів медичного забезпечення на адресність під час проведення медичних СМО та місій гуманітарної допомоги. Таке планування узгоджується з головним планом проведення воєнних операцій, який формує весь спектр операційних систем на полі бою і не обмежується лише медичним забезпеченням. Використовуючи ці принципи, СМО мають спрямовувати всі зусилля на досягнення цільових ефектів, які підтримують місію, затверджену вищим командуванням, а також національну стратегію втручання в Іраку. Крім того, важливо зрозуміти, що ці поняття є відходом від цивільно-військової доктрини [10].

СПІВПРАЦЯ З УРЯДОВИМИ ТА НЕУРЯДОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

TF 30 не змогла б досягти оптимальних результатів без координації і синхронізації зусиль із NGO, такими як Міжнародний медичний корпус, Центр надання допомоги мааданам (Marsh Arabs) та біженцям і американські урядові організації, зокрема USAID. Ці організації мають великий досвід в управлінні ефектами бойових дій другого порядку і мають суттєві зв'язки в Іраку, які часто започатковувались задовго до OIF.

За відсутності власної Програми реагування командира на надзвичайні ситуації (Commander's Emergency Response Program) TF 30 покладалась на ресурси MNC-I та NGO. Своєю чергою, NGO покладались на технічну експертизу, засоби безпеки, а також на здатність ефективного розвитку партнерських відносин між військово-медичною спільнотою Іраку, цивільно-медичною спільнотою та Коаліцією всіх медичних спільнот для виконання місії з надання гуманітарної допомоги. Наприклад, TF 30 сприяла виявленню та передачі гуманітарної допомоги (медичного призначення) вартістю понад 60 мільйонів до лікарень і центрів первинної медичної допомоги Іраку; допомога надійшла від благодійних центрів Кувейту та США (через програму Denton Amendment) [11]. Робоча група гуманітарної допомоги MNC-I керувала TF 30 щодо медичних питань, аби відповідати потребам медичної системи Іраку з наявними медичними засобами та сконцентрувати медич-

ні зусилля всіх організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я. Ця координація TF 30 дала можливість побачити реальну ситуацію на оперативно-фактичному рівні сфери охорони здоров'я і, таким чином, надати цінну оперативну інформацію для аташе Держдепартаменту США, який співпрацював з Національним міністерством охорони здоров'я Іраку.

Співробітництво було сконцентровано не лише на доставці товарів медичного призначення. Надання матеріальних засобів вкрай важливе з точки зору демонстрації того, що Ірак спроможний забезпечити своїх людей, є лише одним із багатьох питань.

Співпраця з NGO також передбачала обмін технічними знаннями та системами, що сприяють розвитку системи охорони здоров'я і наданню послуг. Результатом декількох довгострокових проектів стало створення трьох опікових центрів та національного навчального центру лікування травм приблизною вартістю 2 млн доларів. Такі програми дають лікарням Коаліції можливість навчати та ділитися досвідом з іракськими партнерами й одночасно розвивати потенціал ключових іракських закладів. Це поступово дасть іракцям змогу повністю перейняти на себе галузь охорони здоров'я та можливість надавати медичну допомогу в критичних районах. Водночас лікарні Коаліції зможуть займа-

ДЕВ'ЯТЬ ПРИНЦИПІВ РЕКОНСТРУКЦІЇ ТА РОЗВИТКУ

У 2005 році Ендрю Натціос (Natsios)¹ окреслив дев'ять принципів, які спрямовують співтовариства зовнішньої допомоги з боку США, у тому числі Армію США, під час надання допомоги в різних країнах протягом війни.

У період розширення співпраці між цими двома організаціями (військових і USAID) важливо, щоб військові отримали глибше розуміння того, як Агентство США з міжнародного розвитку (USAID – US Agency for International Development) і агентства з розвитку в цілому підходять до своєї роботи та як ці дві організації можуть вигідно опиратись на цю співпрацю... Коли іноземні агентства допомогли дотримуватись Дев'яти принципів, це значно підвищує ймовірність успіху. І навпаки, недостатність уваги до Дев'яти принципів під час проектування й управління програмою збільшує ризик її зриву... Подібно до того, як особливо вправний полководець на полі бою може порушити один або два з принципів війни і все одно перемогти, офіцер із планування розвитку може порушити один або два з принципів розвитку, та все одно домогтись успіху. Але, як правило, агентства з розвитку ігнорують ці принципи, створюючи великий ризик, особливо в таких країнах, як Ірак, Афганістан і Судан, де проводяться основні заходи з реконструкції [1, с. 5].

У цій таблиці наведені дев'ять принципів для успішної співпраці між Армією США та іншими установами, а також військовий досвід США в Іраку з використанням цих принципів. Перші два стовпці взяті зі статті Ендрю Натціоса (Natsios); третій стовпець окреслює, як TF 30 інтерпретувала та застосувала «Дев'ять принципів» в Іраку.

Принцип	Опис	Досвід в Іраку
Принцип 1: Власна життєва позиція. <i>Покладатись на керівництво, співучасть і прихильність країни та її народу.</i>	Перший принцип розвитку і, можливо, найважливіший – активна життєва позиція. Цей принцип говорить про те, що країна має керуватись власними потребами і пріоритетами в галузі розвитку.	Лідерство, участь, відданість країни, що приймає. Заходи мають підвищити легітимність країни, що приймає.
Принцип 2: Розвиток потенціалу <i>Зміцнення місцевих установ, навчання технічних навичок, а також сприяння належній політиці.</i>	Розвиток потенціалу передбачає передачу технічних знань і навичок особам і установам, щоб вони мали довгострокову здатність створювати ефективну політику та надавати якісні державні послуги.	Види діяльності, які підвищують легітимність місцевих професіоналів через акредитовані навчальні моделі і програми сертифікації. Види діяльності, що передбачають самостійну оперативну можливість, такі як тренування з використання бюджету та логістичних систем. Види діяльності, які сприяють особистій відповідальності і власній життєвій позиції: як процесу, так і результату.
Принцип 3: Самодостатній розвиток <i>Розроблення програм і забезпечення довготривалості їхнього впливу.</i>	Суть принципу самодостатнього розвитку полягає в тому, що агентства з розвитку мають розробляти програми таким чином, щоб їхній вплив тривав і після закінчення проекту.	Вплив має бути безперервним; наприклад, TF 30 створила першу самостійну іракську медичну асоціацію в Іраку. Ризик в разі ігнорування: відчуження місцевого населення.
Принцип 4: Вибірковість <i>Виділення ресурсів відповідно до потреб, зобов'язань на місцевому рівні, а також зовнішньополітичних інтересів.</i>	Принцип вибірковості направляє підтримку та двосторонню допомогу американських організацій, ґрунтуючись на трьох поняттях: гуманітарна потреба, зовнішньополітичні інтереси Сполучених Штатів, а також прихильність країни та її керівництва до реформ.	Оцінка потреб і воєнно-політичних цілей не має потребувати багато часу і грошових інвестицій ² . Наприклад, втрати від хвороб і небойових поранень (DNBI – disease nonbattle injuries) у таборах сил безпеки Іраку збільшилися під час Рамадану. Саме в цих іракських таборах (вузлових пунктах) було проведено кампанію: видано плакати про важливість миття рук та стрічки для тестування води, що коштувало менше \$50/табір. Через 2 місяці DNBI, що поширювались через воду та їжу, знизились із приблизно 300 іракських солдат в місяць до 0. Набутий досвід: не довелося створювати цілу програму профілактичної медицини для вирішення деяких короткострокових і потенційно довгострокових проблем ³ .

Принцип	Опис	Досвід в Іраку
Принцип 5: Оцінка <i>Провести ретельне дослідження, адаптувати кращі підходи практики, а також адаптувати їх до місцевих умов.</i>	Одне із найважливіших завдань, що має виконати агентство з розвитку (до розробки і реалізації програми), – провести комплексну оцінку місцевих умов.	Дослідження кращих практик, створених для місцевих умов. Неурядові організації (NGO) можуть вже мати цю інформацію. Наприклад, Міжнародний медичний корпус проводив медичну гуманітарну допомогу в Іраку протягом майже 30 років.
Принцип 6: Результати <i>Спрямувати ресурси для досягнення чітко визначених, вимірних і стратегічно орієнтованих завдань.</i>	Принцип результатів є наслідком принципу оцінки. Це означає, що, перш ніж благодійна організація прибуває в ту чи іншу країну, вона спочатку визначає свої стратегічні цілі	Результати вимірюють за допомогою стандартів, показників і ефективності. <i>Вимірювання стандартів:</i> якісні або кількісні. Приклад якісних стандартів: збільшення використання машин швидкої допомоги країни, що приймає, для очищення поля бою та перевезення іракських постраждалих безпосередньо до медичних закладів цієї країни. <i>Показники продуктивності (процесу):</i> зниження тривалості перебування іракських пацієнтів на цільових об'єктах США (вузлових пунктах) на 70 % протягом одного року. <i>Показники впливу:</i> покращення допомоги для опікових хворих країною, що приймає, у межах проєктів розширення потенціалу лікарень Іраку. <i>Показники ефективності:</i> поєднання ключових взаємозалежних і багатосекторних показників більш ефективно в тривалих місяцях; корисні для визначення критеріїв ефективності перехідного періоду; необхідно співпрацювати з цивільними відомствами, щоб мати достовірні показники.
Принцип 7: Партнерство <i>Тісно співпрацювати з урядами, спільнотами, благодійними організаціями, некомерційними організаціями, приватними добровільними організаціями, міжнародними організаціями та університетами.</i>	Принцип партнерства є центральним елементом бізнес-моделі USAID; він полягає в тому, що благодійні організації повинні тісно співпрацювати на всіх рівнях з організаціями-партнерами: від місцевих підприємств і приватних добровільних організацій до урядових міністерств.	Співпрацювати не тільки з представниками охорони здоров'я і міністерством країни, що приймає, але і з неурядовими організаціями та міжнародними організаціями.
Принцип 8: Гнучкість <i>Пристаюватися до мінливих обставин, використання можливостей і максимальне збільшення ефективності.</i>	Допомога з метою розвитку загрожує невизначеністю і мінливими обставинами, які вимагають постійної оцінки поточних умов і коригування дій належним чином.	Пристаюватися до мінливих обставин. Бути в курсі подій культурного й політичного середовища.
Принцип 9: Підзвітність <i>Створення підзвітної і прозорої системи, побудова ефективних систем стримувань і протипаг для захисту від корупції.</i>	Є два важливі аспекти принципу підзвітності: благодійні організації повинні працювати, щоб боротися з корупцією в країнах, де вони працюють; також благодійні організації повинні впевнитись, що програми, які вони реалізують, є прозорими і підзвітними.	Прозорість (в певних межах з причин безпеки). Уникання корупції. Повне сприйняття.

- 1 Natsios A. Дев'ять принципів реконструкції та розвитку. Parameters. 2005:5–20.
- 2 Bonventre G. Нарощування потенціалу в галузі охорони здоров'я. Презентація на конференції командування військових лікарів. December 2005. Washington, DC.
- 3 Yarvis JS. Соціальні працівники в ролі офіцерів по зв'язках між цивільними й військовими органами: цивільні медичні справи в Іраку. Надано в: «Дієві стратегії для турботи за військовослужбовцями, ветеранами та нашою країною». Представлено на 112-й щорічній зустрічі Асоціації військових лікарів Сполучених Штатів (AMSUS). San Antonio, Tex. November 2006.

тись тяжкохворими та пораненими іракськими жителями і солдатами. Прикладом успіху у сфері розвитку потенціалу Іраку свідчила їхня здатність «очистити» або евакуювати свої жертви з оперативних та цивільних районів, незалежно від евакуаційних засобів Коаліції. Наприклад, під час ротації 05-07 іракські медичні установи очистили «поле бою», покращивши рівень швидкості очистки з 41 % до 81 %, та самостійно, без допомоги медичних активів Коаліції, доглядали постраждалих. А це означало, що іракці самостійно прибрали 81 % своїх постраждалих.

Іншим прикладом успіху стало зниження «тривалості перебування» іракських військових і цивільних осіб в медичних установах США. Тривалість перебування визначалась кількістю днів, що особа займала ліжко.

За 7 місяців нарощування потенціалу тривалість перебування в ліжку медичного закладу США зменшилася в середньому до 6 днів. Подібне значне зниження відбулось тому, що іракські лікарні могли відтепер приймати підвищену кількість пацієнтів завдяки покращенню іракських медичних закладів, евакуаційних закладів і тренуваності медичних працівників. Такі індикатори нарощування потенціалу зараз використовуються військовими лікарями MNC-I, щоб оцінити вплив та досягнення оперативних і стратегічних цілей.

NGO були міцно усталені у всіх 18 провінціях Іраку і, отже, мали зв'язки та довіру з боку країни, що приймає. Оскільки NGO є нейтральними, вони можуть зв'язатись з членами Міністерства охорони здоров'я Іраку, що менш охоче йдуть на контакт. Для ефективності NGO мають підтримувати

видимість нейтралітету; військове партнерство з ними менш формальне і не використовується в межах військової кампанії зв'язків із громадськістю. Під час надання гуманітарної допомоги є багато можливостей зробити гарні фото, але кращі приклади та суспільно-політичні історії виникають, коли програми досягають успіхів.

Показовим прикладом невдачі у сфері охорони здоров'я є заклади, побудовані Сполученими Штатами для Іраку, які стоять порожні чи використовуються противником для інших цілей. Такі невдачі можуть підірвати американські інформаційні операції. Типові програми, сконцентровані на гуманітарній допомозі у сфері охорони здоров'я, загалом є успішними, адже залучають місцевих підрядників і працівників та передбачають навчання місцевих чиновників співробітниками програм та медичних закладів. Як правило, ці проекти дещо обмежені, тобто базуються на рівні місцевої громади, людських і природних ресурсах та фінансовому рівні. Крім того, американські медичні проекти СМО були пов'язані з іншими проектами щодо цивільних адміністрацій і населення, щоб зробити їх більш поширеними. Профілактичні та ветеринарні заходи TF 30 також містили проекти щодо каналізаційних колекторів, води, електропостачання та прибирання сміття (SWET — sewer, water, electricity, and trash). Після збільшення гуманітарної допомоги за проектами SWET значно зменшилась кількість повстанських виступів у районах Іраку. Ключовий досвід партнерства NGO полягає в усвідомленні того, що для досягнення успіху програми необхідні не просто гроші та розвиток інфраструктури, а дещо більше.

ВИСНОВКИ

TF 30 має успішний досвід проведення цивільно-військових операцій і переходу цих операцій до 3-го Медичного командування під час OIF 06-08. Визнаючи важливість СМО і гуманітарної допомоги для стабільності, безпеки та операцій з відновлення, 3-тє Медичне командування використало успіх TF 30 для розгортання потужніших СМО. Однак сьогодні дуже мало медичних працівників Армії США мають досвід надання гума-

нітарної допомоги, відсутні ініціатори гуманітарної допомоги серед військово-медичного управління Армії США. Під час бойових дій необхідно планувати проведення заходів у цивільному секторі. Щоб сприяти обізнаності організаторів медичного забезпечення у важливості СМО, необхідно розробити основні положення та курси для задоволення потреб командирів бойових частин на сучасному полі бою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Swann S, Berry T. Task Force 30th medical brigade commander's overview: OIF 05-07. Presented at: The Medical Service Corps Conference; November 2006; Grassau, Germany.
2. Ritchie EC, Mott R. Military humanitarian assistance: the pitfalls of good intentions. In: Beam TE, Sparacino LR, eds. *Military Medical Ethics*. Vol 2. In: *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: US Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2004: Chap 25.
3. Ritchie E, Mott R. Caring for civilians during peacekeeping missions: priorities and decisions. *Mil Med*. 2002;167 (3 suppl):14.
4. Bush GW. *In the National Security Strategy of the United States of America*. September, 2002. Available at: <http://georgewbush-whitehouse.archives.gov/nsc/nss/2002/index.html>. Accessed July 28, 2010.
5. Thompson TG. The cure for tyranny. *The Boston Globe*. October 24, 2005. Available at: http://www.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2005/10/24/the_cure_for_tyranny/. Accessed July 28, 2010.
6. Bonventre G. Capacity-building in the health sector. Presented at: The Combatant Command Surgeons Conference; December 2005; Washington, DC.
7. Bowersox J. Health sector update. Presented at: Task Force 30th Medical Brigade Commander's Conference; December 2005; Baghdad, Iraq.
8. Department of Defense. *Military Support for Stability, Security, Transition and Reconstruction (SSTR) Operations*. September 16, 2009. DoD Directive 3000.05. Available at: <http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/300005p.pdf>. Accessed July 28, 2010.
9. Natsios A. Nine principles of reconstruction and development. *Parameters*. Autumn, 2005. Available at: <http://www.carlisle.army.mil/usawc/parameters/Articles/05autumn/natsios.pdf>. Accessed July 28, 2010.
10. Department of the Army. *Civil Affairs Operations*. Washington, DC: DA; 2000. Field Manual 41-10.
11. Information on the Denton Amendment is available at: http://www.usaid.gov/our_work/cross_cutting_programs/private_voluntary_cooperation/dentonguidelines.html. Accessed July 26, 2010.

Розділ 38

ПИТАННЯ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ГУМАНІТАРНИХ І ВІЙСЬКОВИХ ОПЕРАЦІЯХ: ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ В УМОВАХ СКЛАДНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

ТОМАС Ф. ДІЦЛЕР¹

ВСТУП

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ: СФЕРА
ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇЇ УЧАСНИКИ

Міжнародні співтовариства

Неурядові організації

Військова підтримка для інших учасників

ПРИНЦИПИ ТА ПРАКТИКА ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВОГО
СПІВРОБІТНИЦТВА У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Потреби безпеки та обмін інформацією

Практичні рекомендації

ОСОБЛИВОСТІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ
СКЛАДНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Чинники, що впливають на психічний стан осіб, які пережили катастрофу

Глибокі психічні впливи

Екологічні загрози

ПРИНЦИПИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ГУМАНІТАРНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Гостра фаза складної надзвичайної ситуації

Фаза консолідації

ВИСНОВКИ

¹ Доктор філософії, директор із досліджень, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859.

ВСТУП

Надання своєчасної, ефективної та компетентної допомоги службою охорони психічного здоров'я має вирішальне значення на всіх етапах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Історично склалося так, що для планування і управління наданням гуманітарної допомоги всі надзвичайні ситуації розділили на три основні категорії: 1) природні, 2) техногенні та 3) складні. Природні лиха — це загальні геологічні та метеорологічні події, такі як повені, циклони, землетруси, виверження вулканів і цунамі. Для тих, хто перебуває під прямим впливом цих подій, вони можуть бути катастрофічними, проте не становлять значної політичної загрози для загалу. Те ж саме можна сказати про більшість техногенних аварій (наприклад, хімічна аварія 1984 року в м. Бхопал, Індія) або катастрофічні збої в інфраструктурі (зокрема, вибух ядерного реактора Чорнобильської АЕС 1986 року в Радянському Союзі). Ці катастрофи часто є результатом помилки, викликаної людським чинником, однак вони здебільшого не є актами політичних дій або навмисного злочинного наміру. Місцеві команди тренуваного персоналу зазвичай проводять операцію з реагування на ці події, використовуючи місцеві чи національні сили відповідно до вимог ситуації. Але при дуже великих чи регіональних природних катастрофах,

таких як цунамі в Індійському океані 26 грудня 2004 року, або при складних надзвичайних ситуаціях, пов'язаних безпосередньо з політичною безпекою та матеріально-технічними проблемами, як у конфліктах у Сомалі чи колишній Югославії, операційне середовище може потребувати комплексного багатонаціонального цивільно-військового реагування [1].

Нещодавні події дали змогу перевірити можливість й обмеження цивільно-військового співробітництва при ліквідації наслідків стихійних лих загалом [2] та, зокрема, при наданні психологічної підтримки [3]. Зважаючи на організаційні та матеріально-технічні складнощі масштабних і складних надзвичайних ситуацій, цивільні та військові працівники охорони психічного здоров'я повинні мати систематизовані знання про загальний робочий простір та учасників, які допомагають формувати контекст надання допомоги. Цей розділ розглядає: а) гуманітарну сферу та її учасників, б) переваги і труднощі ефективного цивільно-військового співробітництва, в) особливості надання психологічної допомоги при складних ситуаціях, г) принципи, що продемонстрували корисність при наданні допомоги постраждалому населенню, та повернення пацієнтів до їхнього докатастрофного стану.

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ: СФЕРА ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇЇ УЧАСНИКИ

Знання організації та матеріально-технічних аспектів спільних зусиль при ліквідації наслідків катастроф надзвичайно важливі для ефективного надання медичної допомоги. Робочі умови зазвичай називають «гуманітарною сферою»; її

було описано в функціональному плані як середовище з незалежністю, гнучкістю і свободою дій, необхідних для отримання доступу і надання гуманітарної допомоги за надзвичайних ситуацій. Для багатьох цивільних працівників, включаючи

міжнародні та неурядові організації (NGO), гуманітарний простір досягається завдяки прийняттю і дотриманню гуманітарних принципів неупередженості, нейтральності та незалежності, що моделюються Міжнародним комітетом Червоного Хреста (ICRC — International Committee of the Red Cross) [4]. Це означає, що допомога надається всім особам, незалежно від раси, віросповідання чи національності; допомога не використовується для подальшої конкретної політичної або релігійної позиції; гуманітарні установи та агентства з надання допомоги не діють у ролі інструментів певної держави або політики.

Оскільки військові організації з ліквідації наслідків катастроф за визначенням не є неупередженими, нейтральними чи незалежними, виникло питання з приводу використання терміна «гуманітарний» стосовно військової підтримки в деяких контекстах. Постійний міжвідомчий комітет Організації Об'єднаних Націй (ООН) надає корисні вказівки з цього приводу у довідковому документі «Цивільно-військові відносини при складних надзвичайних ситуаціях» [5]. Зокрема, Комітет рекомендує, щоб військові зусилля називали «операціями з підтримки», а не «гуманітарними операціями». Різниця в термінології — не лише академічна: безпека і матеріально-технічна підтримка, яку надають військові, може мати вирішальне значення для успіху спільних гуманітарних зусиль; однак цивільні працівники з надання гуманітарної допомоги висловлюють стурбованість тим, що сприйняття їх приналежності до військових може вплинути на їхню власну безпеку та можливість доступу до уразливих груп населення.

Добре скерована цивільно-військова допомога може мати великі переваги, проте такі зусилля потребують ретельного планування, чіткого розуміння ролей цивільних і військових працівників, а також ефективної взаємодії між цими двома групами. Ця взаємодія особливо важлива при наданні психологічної допомоги через сильний вплив соціально-культурних питань. При наданні психологічної підтримки після катастроф надзвичайно необхідна культурна компетентність. Особливо важливо при катастрофах великого масштабу, щоб працівники охорони психічного здоров'я знали супутній стан надання допомоги:

які інші агентства та дії мають місце, як спектр надання допомоги узгоджується і який персонал та програми доступні.

Перше завдання для військовослужбовців — це зрозуміти типи організацій і персоналу, наявних в оточенні, — це так звані «учасники». Персонал, який прибуває до місця катастрофи, має розуміти, що на місці гуманітарної допомоги присутнє широке розмаїття «акторів» (більшість літератури з прикладної соціології та психології в політичному середовищі акцентує увагу на особливих труднощах при тероризмі, дослідженні місцевості та складних надзвичайних ситуаціях, особливо коли оточення складається з широкого спектру груп; у цьому випадку — це активні воюючі сторони, військовослужбовці, громадські установи та міжнародні організації), тобто вельми різноманітні організаційні культури і ролі, а також постраждале населення. На додачу до різних сил і засобів країни, що приймає, основними дійовими особами за масштабної гуманітарної допомоги часто є урядові організації й агенції, оперативні органи ООН, NGO, Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, інші міжнародні та регіональні організації, а також ЗМІ. Деякі з цих організацій можуть надавати допомогу при гострих психічних захворюваннях, проте їхня мета полягає в створенні довгострокових, самодостатніх програм як складових частин нарощування потенціалу і розвитку. Успішна система з надання психологічної допомоги безпосередньо пов'язана з фізичною, соціальною, психологічною та духовною підтримкою, що надаються цими програмами.

Міжнародні співтовариства

Головними благодійними організаціями серед міжнародної спільноти є Бюро Європейського співтовариства з гуманітарної допомоги, Японське агентство з міжнародного співробітництва, Австралійська рада з міжнародної допомоги, Міністерство міжнародного розвитку Великобританії, Агентство міжнародного розвитку США й Агентство Канади з проблем міжнародного розвитку. До них належать також установи, фонди і програми ООН. Хоча жодна установа не ставить охорону психічного здоров'я за свою головну мету,

багато видів діяльності ООН внесли значний вклад в сферу охорони психічного здоров'я шляхом прагнення надання фізичної безпеки, стабільності, санітарії, житла, програм розвитку для дітей, а також іншої необхідної підтримки. Зокрема, Програма ООН з розвитку працює для зниження рівня бідності, цілей розвитку, демократичного управління, запобігання кризі, розвитку інформаційних і комунікаційних технологій, лікування та профілактики вірусу імунодефіциту людини/синдрому набутого імунодефіциту (ВІЛ/СНІД) і впровадження дій проти використання протипіхотних мін у 166 країнах. Управління Верховного Комісара Організації Об'єднаних Націй у справах біженців (UNHCR — UN High Commissioner for Refugees) має допомагати та захищати біженців відповідно до міжнародного права, як зазначено в Конвенції про статус біженців від 1951 року [6]. Основна увага концентрується на забезпеченні продуктами харчування, житлом та іншими предметами першої необхідності; ця підтримка особливо важлива в умовах, коли у групах постраждалих є біженці, внутрішньо переміщені особи та мігранти, та в ситуаціях, що можуть завдати додаткових страждань навіть у стабільних умовах. UNHCR має приблизно 5000 працівників у 120 країнах, поточне робоче навантаження складає понад 20 мільйонів людей у всьому світі.

Усесвітня продовольча програма є найбільшим постачальником продовольчої допомоги в системі ООН; вона має забезпечувати як надзвичайні потреби, так і довгострокові цілі економічного та соціального розвитку. У 2004 році програма годувала 113 мільйонів людей у 80 країнах. Працюючи в понад 140 країнах, Дитячий фонд ООН приділяє особливу увагу освіті дівчат, розвитку дітей раннього віку, імунізації, захисту від насильства та експлуатації, програмам харчування для дітей та вагітних жінок, послугам у сфері лікування та профілактики ВІЛ і СНІДу, а також правам дітей. В останні роки програма також працювала для демобілізації та реінтеграції колишніх дітей-комбатантів через зусилля на рівні співтовариств [7].

ООН створила Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) у 1948 році; її конституційною метою є «досягнення всіма народами найвищого з можливих рівня здоров'я». У разі катастроф

ВООЗ надає медичну оцінку, а також навчання та тренування для працівників охорони здоров'я як частину програми з нарощування потенціалу. На ВООЗ працює близько 3500 фахівців зі сфери охорони здоров'я та інших фахівців, що працюють у штабі організації (Женева, Швейцарія) та у шести регіональних офісах і країнах усього світу. ВООЗ активно підтримує відносини з NGO для просування своєї політики, стратегій і заходів.

Загальною рисою складних надзвичайних ситуацій гуманітарного характеру (СНЄ — complex humanitarian emergencies) є психологічні травми, викликані нездатністю підтримувати основні права людини. UNHCR як секретаріат всіх органів ООН із прав людини гарантує, що дотримання прав людини є основним з усіх інших видів діяльності ООН. На додачу до створення національного потенціалу UNHCR підтримує присутність спостерігачів і контролерів із дотримання прав людини.

Міжнародні організації працюють у тісній співпраці з ООН та іншими учасниками за встановленими договорами. Міжнародна організація з міграції, створена в 1951 році для сприяння руху переміщених осіб в Європі, є провідним міжурядовим об'єднанням у сфері міграції і в теперішній час працює по всьому світу. Вона має 120 держав-членів, відділення в понад 100 країнах. Міжнародна організація з міграції діє в тісній співпраці з урядовими, міжурядовими та неурядовими партнерами щодо управління рухом мігрантів, біженців і переселенців із третіх країн, їх повернення до рідних країн, а також боротьби з торгівлею людьми. Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця є найбільшою гуманітарною мережею в світі, адже вони присутні та діють майже в кожній країні. Рух складається з трьох окремих суб'єктів: 1) ICRC, що знаходиться в Женеві, направляє і скеровує міжнародні зусилля з надання допомоги в ситуаціях конфлікту, сприяє зміцненню гуманітарного права (Женевських конвенцій) і універсальних гуманітарних принципів; 2) Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця виступає як офіційний представник національних членів товариств, спрямовує та координує зусилля з надання міжнародної допомоги окремими товариствами;

3) окремі Національні співтовариства Червоного Хреста і Червоного Півмісяця надають широкий спектр допомоги при катастрофах щодо розвитку і нарощування потенціалу для національних органів влади в своїх країнах. Хоча офіційно він не є частиною ООН, Рух має статус спостерігача в штаб-квартирі ООН в Нью-Йорку.

Неурядові організації

Термін «NGO» визначає різноманітну групу відповідно до розміру, стилю управління і типу операцій. Всесвітній банк визначає NGO як «приватні організації, які вживають заходи для полегшення страждань, захисту інтересів бідних, охорони навколишнього середовища, забезпечення основних соціальних послуг або здійснення розвитку громад» [8]. Існують десятки тисяч NGO; багато з них консультують уряди й ООН, а деякі — мають вагомий вплив у світових справах. За словами Петера Гал-Джонса (Hall-Jones) [9], сектор NGO сьогодні є восьмою за величиною економікою в світі. NGO, як правило, фінансуються за рахунок грантів або приватних пожертвувань, хоча деякі з них отримують великі пожертвування від урядів. Групи можуть бути національними (корінними) або міжнародними; як правило, вони мають кваліфікованих фахівців, таких як лікарі, медичні сестри, логісти, інженери і юристи. NGO інколи класифікують за їхньою орієнтацією (релігійні або світські); типами місій (оперативна або адвокатська діяльність); конкретними інтересами (медична допомога, захист дітей, надання продуктів харчування) або робочою зоною (на базі національних чи міжнародних громад). Їх розмір варіюється від невеликих громадських груп до великих міжнародних організацій, що мають потужні бюджети.

Багато NGO працюють у конкретних місцях протягом багатьох років, добре обізнані із місцевими умовами і мають доступ до місцевого населення. InterAction — найбільший альянс NGO з питань міжнародного розвитку та гуманітарної допомоги (місце базування — США); має понад 160 членів-організацій [10]. Найбільшою з них за фінансовими активами на сьогодні є Фонд Білла і Мелінди Гейтс з фондом 28,8 мільярда [9].

Військова підтримка для інших учасників

В останні роки збройні сили багатьох країн були задіяні у відповідь на гуманітарні кризи. Ці місії передбачають різні форми матеріально-технічного забезпечення і підтримки для захисту цивільних працівників; також вони організують надання допомоги тим групам населення, які її потребують. Військову підтримку можна поділити на п'ять загальних видів допомоги, кожен з яких має за основне завдання гарантування безпеки [11]:

1. Пряма допомога: індивідуальний розподіл товарів і послуг (ці послуги часто охоплюють значний компонент безпеки).
2. Непряма допомога: такі види діяльності, як транспортування й охорона вантажів і персоналу для надання надзвичайної допомоги (принаймні за один крок від населення).
3. Підтримка інфраструктури: загальні послуги, зокрема ремонт доріг, управління повітряним простором або постачання електроенергії, що сприяє полегшенню у наданні допомоги; не обов'язково є видимими, але надаються винятково в інтересах постраждалого населення.
4. Місії мирного часу: допомога при масштабних стихійних лих (наприклад, цунамі в Індійському океані).
5. Навчання і вправи, що проводяться в регіоні, де немає ворожих намірів.

«Керівництво ООН щодо використання військових і засобів цивільної оборони в ліквідації наслідків стихійних лих» [1], уперше видане в 1994 році та переглянуте в грудні 2005 року, є основним документом, що зазначає зобов'язання і межі військової підтримки при наданні гуманітарної допомоги. Оскільки перший документ був розроблений на міжнародній конференції в Осло, в Норвегії, його зазвичай називають «Керівництво Осло». Відповідно до цих керівних принципів військові сили і активи цивільної оборони в гуманітарному просторі перебувають під контролем ООН.

Інші мирні операції або місії з підтримки передбачають цілу низку завдань, які виконуються збройними силами, що можуть не перебувати під

командуванням ООН. Це, зокрема, підтримання миру, примус до миру, зміцнення миру й інші операції, розгорнуті відповідно до мінімально необхідних параметрів застосування сили. У деяких

випадках гуманітарна місія може виконуватись поряд із традиційними бойовими завданнями, включаючи охорону психічного здоров'я ув'язнених, як в Іраку й Афганістані.

ПРИНЦИПИ ТА ПРАКТИКА ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВОГО СПІВРОБІТНИЦТВА У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Співробітництво цивільних працівників із військовослужбовцями при наданні гуманітарної допомоги не є новою практикою. Останнім часом інтерес до цивільно-військового співробітництва зростає, про що свідчить успіх операції «Забезпечення комфорту» (Provide Comfort Operation) у 1991 році. Тоді NGO та військові, що працювали для досягнення спільної мети, здобули небачений успіх у наданні гуманітарної допомоги для курдів північного Іраку [12]. Відтоді багато військових навчальних закладів розробили навчальні програми, присвячені цивільно-військовим питанням. Цивільні і військові організації істотно відрізняються за своєю культурою. Але кожна група має знання, навички й активи, що в співпраці створюють вигідну взаємодію, якої вони не змогли б досягти окремо один від одного.

Однак координація цих навичок і активів може бути одним із найважливіших завдань. Беслер і Секі (Bessler і Seki) [13] створили корисний огляд загальних проблем у розвитку цивільно-військового співробітництва в гуманітарному просторі. Вони вказують на те, що, наприклад, цивільні працівники з надання гуманітарної допомоги можуть висловлювати занепокоєння з приводу мілітаризації допомоги, особливо щодо військових проєктів, спрямованих на «завоювання сердець і умів» населення. Ці зусилля часто є ключовою частиною процесу реконструкції та мають велике прагматичне значення; також вони здатні створити враження, що гуманітарна допомога може бути використана як де-факто мультиплікатор сили або оператори поля місцевого уряду. Працівники, які надають гуманітарну допомогу, відзначають, що сприйняття військової приналежності може поставити під загрозу їхні принципи неупередженості й нейтралітету та мати негативний вплив на безпеку співробітників чи їхню здатність отримати доступ до постраждалого населен-

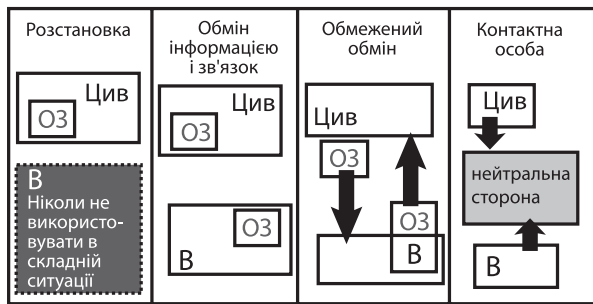
ня. З огляду на такі проблеми військові та цивільні працівники повинні мати чітке уявлення про потреби одне одного, щоб надавати прагматичну і принципову допомогу.

Потреби безпеки та обмін інформацією

МакХел (McHale) [11] пропонує корисні загальні настанови щодо вимог безпеки та інформаційних вимог до цивільних і військових осіб у гуманітарному просторі. Хоча конкретні потреби учасників гуманітарної допомоги дуже різняться, цивільні працівники зазвичай шукають військової підтримки для:

- безпеки в регіоні, щоб дозволити проводити гуманітарні операції, хоча, як правило, не до такого рівня, щоб забезпечити кожного з працівників окремою охороною;
- сил швидкого реагування, щоб допомогти персоналу в разі небезпеки, коли, можливо, потрібна окрема охорона й евакуація для кожного співробітника гуманітарної допомоги;
- доступу до аеродромів, портів і споруд, якщо вони не відкриті для гуманітарного використання;
- комунікаційних технологій;
- логістики перевезення матеріалів і, можливо, персоналу;
- невідкладної медичної підтримки та можливої евакуації хворого персоналу;
- невідкладного ремонту об'єктів інфраструктури.

МакХел рекомендує військовим операторам у гуманітарному просторі уникати засекреченої інформації, окрім випадків, коли це необхідно для безпеки операцій або персоналу. Військовослуж-



Малюнок 38.1. Цивільно-військова координація: чотири підходи до механізмів зв'язку. **Спільне розташування:** гуманітарні установи і військові підрозділи діють всередині того ж з'єднання. Розуміння того, що цивільні суб'єкти можуть бути пов'язані з військовими, здебільшого має негативні наслідки для безпеки гуманітарного персоналу цивільного агентства. З цієї причини спільне розташування (колокація) рідко використовується і ніколи не має бути задіяне в складних ситуаціях. **Обмін зв'язком:** офіцери зв'язку призначаються і працюють в офісах іншого підрозділу або агентства. **Обмежений обмін:** офіцери зв'язку мають офіс у своїх підрозділах або агентствах, але добираються до офісу іншого органу/установи для організації роботи. **Співрозмовник:** офіцери зв'язку мають офіс в своєму підрозділі або агентстві та здійснюють поїздки на нейтральну територію для ведення роботи, наприклад, взаємодіючи з ООН або місцевими урядовими офісами. Це часто найбезпечніший варіант для цивільного персоналу гуманітарного агентства, що працює в незахищеному середовищі.

бовець може поділитись із NGO такою інформацією:

- деталі про ситуацію щодо безпеки для інформування й оцінки ризиків проведення гуманітарної операції, зокрема й стосовно районів воєнних дій, що тривають, бандитизму або загальної нестабільності;
- стан повітряних і морських пунктів висадки і ліній зв'язку;
- контрольно-пропускні пункти і місця, де відбуваються військові дії; це значно знижує ймовірність випадкових травм персоналу гуманітарних організацій;
- розташування боєприпасів, мін, а також заходи із розмінування;
- рух населення, їхні умови та діяльність;
- види гуманітарної допомоги і проекти, заплановані військовими;
- стан опісля нанесення удару, включаючи місцеперебування вибухонебезпечних предметів та осіб, які потребують допомоги.

ПРИНЦИПИ РОБОТИ, ЯКІ УСПІШНО ЗАСТОСОВУВАЛИ ЦЕНТРИ ПІД ЧАС ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВИХ ОПЕРАЦІЙ

- Пам'ятати, що координація залежить від особистості та сприйняття.
- Поважати інших учасників та їхню діяльність; ваша особистість і як вас сприймають, сильно впливає на те, чи відбудеться координація.
- Проводити зустрічі під головуванням або спільним головуванням цивільних учасників.
- Розуміти функції, обов'язки і обмеження інших учасників гуманітарних організацій.
- Розуміти, що неурядові організації (NGO) різняться за ступенем комфорту в роботі зі збройними силами; деякі NGO ніколи не відчуватимуть комфорт у роботі з військовими.
- За можливості працювати, створюючи сфери спільної відповідальності.
- Встановити атмосферу відкритого спілкування та обміну інформацією.
- Уникати засекречення інформації, окрім випадків, коли це необхідно.
- Своєчасно надавати інформацію або допомогу.
- Розуміти, що цивільним суб'єктам може бути важко звжитись поділитись інформацією з вами, особливо на відкритому форумі.
- Переконатись у тому, що засоби зв'язку (радіо, мобільні телефони, електронна пошта) сумісні.
- Надавати допомогу, коли це можливо; розуміти, що пропозиції можуть бути відхилені.
- Знати ринкові ціни на місцеві товари і послуги.
- Не спричинювати зростання цін, переплачуючи.
- Працювати з цивільними суб'єктами з метою досягнення консенсусу в операціях.
- Спільний процес може мати переваги завдяки третій стороні, через яку можна обмінюватись інформацією (наприклад, Управління США з координації гуманітарних питань).

Адаптовано з: McHale S. Міжнародне гуманітарне співтовариство: огляд і питання щодо цивільно-військової координації. Документ було представлено на Об'єднаній гуманітарній підготовці, реагуванні та наданні допомоги; 29 липня, 2006 рік; база морської піхоти Японії.

Цивільні гуманітарні організації часто сумніваються, чи варто ділитися інформацією з військовими, через узгодження з військовою розвідкою. Однак військовослужбовці вважають, що безпека

й ефективність покращуються, якщо NGO надають таку інформацію:

- розташування гуманітарного персоналу і проведення операцій, що знижує ймовірність випадкового визначення об'єктів областей, де відбуваються гуманітарні операції або перебувають гуманітарні працівники;
- місця для можливої евакуації гуманітарного персоналу в разі потреби;
- повний перелік гуманітарних проектів, щоб уникнути конкуренції та дублювання.

Практичні рекомендації

Оскільки надання психологічної допомоги є невід'ємною частиною ліквідації наслідків стихійних лих у цілому, працівники охорони здоров'я повинні знати механізми координації та як позиціонувати себе, щоб бути постійною та невід'ємною частиною операції. Найпоширенішим адміністративним механізмом координації є оперативний цивільно-військовий центр (СМОС — Civil-military operations center). Міністерство оборони США визначає СМОС так:

«Спеціальна організація, що, як правило, створюється місцевим командуванням військ або командуванням об'єднаних сил для надання допомоги в координації дій із залученням збройних сил, а також інших урядових установ Сполучених Штатів, неурядових організацій, приватних добровільних організацій, а також регіональних і міжнародних організацій.

Немає єдиної встановленої структури; її розмір і склад залежать від ситуації» [14].

Центр передового досвіду ліквідації наслідків стихійних лих і гуманітарної допомоги (Center for Excellence in Disaster Management and Humanitarian Assistance) погоджується, що структуру СМОС і механізм взаємодії необхідно визначати на індивідуальній основі в кожному конкретному випадку, спираючись на чотири основні підходи до взаємодії та розміщення (рис. 38.1) [11]. Цивільні та військові керівники виграють від прозорості та доступу до інформації, підзвітності та ретельного вивчення того, як місія сприймається та як наявні проблеми можуть вплинути на безпеку цивільного гуманітарного персоналу й отримувачів допомоги. Центр також пропонує ряд дієвих принципів, отриманих із досвіду успішних операцій СМОС (додаток 38.1) [11].

ОСОБЛИВОСТІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СКЛАДНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Розуміючи стратегію координації роботи інших учасників надання гуманітарної допомоги, працівники охорони психічного здоров'я розглядають важливі контекстуальні питання, які впливають на надання допомоги. Серед найбільш важливих питань — як психологічний стан середовища СНЕ відрізняється від надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження. Хоча СНЕ має кілька визначень, Міжвідомчий постійний комітет ООН (UN Inter-Agency Standing Committee) характеризує цю ситуацію так:

«Гуманітарна криза в країні, регіоні чи суспільстві, де існує повне або значне падіння влади в результаті внутрішнього або зовнішнього конфлікту, яке вимагає міжнародної відповіді, що виходить за рамки кола обов'язків чи можливо-

стей однієї установи і/або поточної програми країн Організації Об'єднаних Націй» [15].

Багато нещодавніх СНЕ беруть початок у 1940-х і 1950-х роках, коли історично колоніальні держави стали звільнятися від зарубіжного керівництва. Ця тенденція значно посилилась наприкінці Холодної війни, коли світ пережив різке зростання боротьби за автономію серед нещодавно звільнених груп. Ця боротьба часто виникала за етнічними чи релігійними ознаками, що супроводжувались небезпечним поєднанням соціальних, політичних, економічних і культурних чинників, які живили внутрішні конфлікти. Гуманітарні катастрофи, які виникли з цих конфліктів, були подібними до громадянських війн і належали до СНЕ. Як правило, СНЕ характеризуються політично опосередкованою надлишко-

вою смертністю і захворюваністю; недієздатністю поліції та судової влади; масовим переміщенням населення всередині країни (внутрішньо переміщені особи) або через кордони (біженці); знищенням життєво важливої інфраструктури та поширеністю збитків для громадянського суспільства й економіки. Управління СНЕ з координації гуманітарних питань додає, що:

«...респонденти, як правило, стикаються з необхідністю масштабної і різносторонньої гуманітарної допомоги, при цьому надання допомоги ускладнюється або має політичні чи військові обмеження, у тому числі значні ризики для безпеки гуманітарного персоналу, що надає допомогу» [16].

Часто СНЕ виникають через нестійку політичну інфраструктуру, не здатну протистояти катастрофічним стихійним або економічним катаклізмам. Роз'єднання колишньої Югославії та геноцид в Руанді в 1994 році ілюструють СНЕ на рівні держав. Конкретні напади на цивільних осіб для залякування, усунення та створення психологічного стресу часто є військовою метою в умовах складних надзвичайних ситуацій. Гарфілд і Нойгут (Garfield і Neugut) відзначили, що Перша світова війна мала рівень смертності цивільних осіб приблизно 14 %; під час Другої світової війни рівень зріс до 67 %. У 1990-ті рівень жертв серед мирного населення сягнув 90 % [17].

Чинники, що впливають на психічний стан осіб, які пережили катастрофу

Працівники охорони психічного здоров'я мають розуміти способи, коли хаотичні аспекти СНЕ створюють психічні середовища, які суттєво відрізняються від тих, що зазвичай пов'язані з природними або техногенними катастрофами. Будь-який суб'єктивний досвід психічного лиха є продуктом складної взаємодії особистісних характеристик особи, що пережила катастрофу, і характеристик травмувальної події. Характеристики осіб, що вижили, можуть містити історію попередньої травми, індивідуальні властивості, фізичне здоров'я, наявність соціально-психологічної підтримки та матеріальні ресурси.

Дві основні характеристики травмувальної події — це сила впливу на особу і величина особистих втрат. Сила впливу визначає, наскільки сильно були травмовані особи: як «близько» це було і скільки разів вони були під впливом події, що травмує. Величина особистих втрат і вплив стосуються комплексності події: особа, що вижила, чула про подію, читала, побачила через ЗМІ чи була свідком? Чи відбулась ця подія із кимсь, кого особа знала? З коханою людиною? Чи пережила особа подію особисто? Скільки разів? У цілому, чим сильніший та більш безпосередній вплив на особу, тим вищий ризик значних психічних проблем зі здоров'ям. У складних надзвичайних ситуаціях, коли втрати були результатом навмисного, опосередкованого людиною насильства, емоційної близькості, широкого охоплення, травми можуть мати руйнівні наслідки для постраждалих і їхніх громад.

Глибокі психічні впливи

Глибина психічного впливу в осіб, що пережили катастрофу, і величина особистих втрат залежать від фізичних, емоційних і екологічних джерел психічної травми СНЕ, які є стійкими і взаємопов'язаними. Конкретними джерелами стресу можуть бути переслідування, пригноблення, випадіння зі свого соціального прошарку, арешт і затримання, позбавлення волі, тортури, спостереження звірств і розлука з близькими. В умовах надзвичайних ситуацій природного або техногенного походження персонал і активи з надання допомоги обмежені, здебільшого, матеріально-технічними ресурсами. Крім того, безпосередня причина загрози, як правило, обмежена в часі (наприклад, циклонний шторм, землетрус). Таким чином, особи, що вижили, можуть отримати допомогу і процес відновлення в досить короткий проміжок часу. СНЕ, однак, часто пов'язані з постійною загрозою збройної агресії, у тому числі ворожим опором як військовій, так і гуманітарній підтримці цивільними працівниками з надання допомоги.

Навіть після офіційного припинення військових дій загрози в умовах СНЕ можуть поширюватися на «постконфліктне» середовище для осіб, які

пережили катастрофу, та працівників, які надають допомогу. Унаслідок складної критичної ситуації особи, що вижили, можуть знати не тільки жертв, а й злочинців. Після геноциду в Руанді 1994 року гуманітарні працівники часто зустрічали тутсі, які вижили та повертались до своїх домівок і там зустрічали тих самих людей, що вбили членів їхніх родин [18]. Каральне насильство також може зберігатися ще тривалий час опісля того, як був оголошений офіційний «мир».

На додачу до наявних фізичних і психічних загроз їхній безпеці й автономії особи, які вижили в умовах СНЕ, часто зазнають значних матеріальних втрат, зокрема втрату будинку, особистих речей, важливих документів, економічних і матеріальних ресурсів, зайнятості, соціального становища чи влади. Ці проблеми посилюються втратою звичних соціальних, психологічних, духовних і культурних установ, які могли б надати підтримку.

Серед найскладніших психологічних проблем при СНЕ — це насилля за ознакою статі. Сексуальне насильство щодо жінок і дівчат, особливо в СНЕ з етнічними конфліктами, часто планується і систематизується як військова зброя, призначена для приниження, викликання страху і дестабілізації суспільства. Хоча одержати достовірні статистичні дані важко, великий обсяг інформації, отриманий від NGO, та міжнародні організаційні дослідження документують проблему. Стосовно тривалого конфлікту в Судані, наприклад, Проект Спостереження зазначає, що насильство за ознакою статі:

«...пов'язане з конфліктом, зокрема сексуальне рабство жінок і дітей, зґвалтування військово-службовцями, примус до проституції та шлюбу, як відомо, є поширеною проблемою в Судані. Немає жодних статистичних даних. Діти, особливо дівчатка з цих регіонів, є жертвами сексуальної експлуатації, сексуального рабства, примусового вступу в шлюб, зґвалтування та інших форм насильства після викрадення... ополченцями і опозиційними групами» [19].

Про аналогічне повідомляє Року (Roque):

«У Боснії, наприклад, публічне зґвалтування жінок і дівчаток передувало втечі або вигнанню

всього мусульманського населення з їхніх сіл, а стратегії етнічної чистки передбачали змушені запліднення. У Руанді екстремісти хуту заохочували масові зґвалтування і сексуальну наругу над жінками тутсі як вираження презирства, що іноді включало навмисну передачу ВІЛ» [20].

Окрім травми від самого насильства за ознакою статі, особи також можуть відчувати соціальне відторгнення від своєї групи. У багатьох традиційних колективістських суспільствах, сім'ях, племенах приналежність до групи багато в чому визначає почуття власної гідності і соціальної ролі. Примус жінок народжувати дітей своїх ворогів руйнує соціальну структуру організації спільноти. Гуревич (Gourevitch) описав жінку тутсі, яка пережила різанину хуту в Руанді, та прокоментував її взаємини з відновленим урядом:

«І вони б сказали: «Якщо вони вбивали всіх, а ви вижили, можливо, ви співпрацювали». Вони будуть говорити це жінці, яку гвалтували 20 разів на день, день за днем, і яка зараз має від цього дитину» [18].

Ця обставина може розглядатися як міжнаціональне психічне приниження декількох поколінь. Успішне клінічне втручання у таку проблему потребує культурно обґрунтованого довгострокового зобов'язання, добре забезпеченого ресурсами. Під егідою програми ООН із реінтеграції колишніх дітей-комбатантів є можливість забезпечити евристичну модель для розвитку подібних програм.

Екологічні загрози

Екологічні загрози, як прямі, так і непрямі, негативно впливають на суб'єктивне відчуття безпеки і є основним джерелом психічного стресу для особи, що пережила катастрофу. Крім активного збройного конфлікту, прямі загрози можуть бути представлені втратою безпечного укриття або наявністю наземних мін та вибухонебезпечних боєприпасів. Непрямі загрози часто становлять знищену інфраструктуру або її занепад; у тому числі комунальні компанії та засоби громадської охорони здоров'я (пов'язані з транспортуванням), вироблення електроенергії, постачання води, ро-

бота каналізації, а також наявність основних медичних послуг. Для багатьох життєві обставини суворі і затісні. Вплив цих проблем часто змушує травмованих людей жити в безпосередній близькості від інших людей, які в однаково тяжкому становищі і з якими їм, можливо, доведеться конкурувати за обмежені ресурси. Наслідки цієї ситуації особливо шкідливі для вразливих верств населення. До груп високого ризику належать діти (особливо неповнолітні без супроводу дорослих), вагітні та жінки з грудними дітьми, літні люди й інваліди, особи з хронічними захворюваннями, душевнохворі, переміщені особи і біженці.

Під час складних надзвичайних ситуацій визначена «група високого ризику» може збільшуватись через тривалість надзвичайної ситуації. Загалом будь-кого фізично або психологічно уразливого можна розглядати як людину з високим ступенем ризику. Через політичний характер СНЕ групи високого ризику можуть бути визначені за соціальною, релігійною, освітньою чи політичною приналежністю. Наприклад, у багатьох довгострокових СНЕ, таких як громадянська війна в Мозамбіку (1975–1994), підлітки чоловічої статі стали уразливими до викрадення і призову на військову службу до нерегулярних збройних формувань або воєнізованих груп у зв'язку з виснаженням старих солдатів чи їхньою загибеллю в результаті бойових дій. Соціальні та медичні ризики часто відображаються у високій частоті зловживання наркотиками і алкоголем, насильства в родині і пов'язаними з ними патологіями. Ці аспекти психічного середовища СНЕ мають вагомі наслідки для працівників охорони психічного здоров'я, які приділяють увагу потребам як цивільних осіб, що постраждали від катастрофи, так і військовослужбовців, що працюють на полі бою. Майже немає сумнівів у тому, що тяжкість і стійкість травм, завданих людиною в складних надзвичайних ситуаціях, становлять набагато вищий ризик довгострокового психічного впливу, ніж травми від природних або техногенних катастроф [21].

Найпоширеніші психічні діагнози серед тих осіб, які вижили при СНЕ, — це тривожні неврози, особливо гострий і посттравматичний стресовий розлад, а також розлади настрою, зокрема депресії. Ці умови часто супроводжуються цілою низкою соматичних скарг, включаючи болі в тілі,

порушення сну і збудження. Нехтування власним здоров'ям є звичайним явищем, як і розлади через вживання психоактивних речовин. Окрім діагностованих розладів, однак, єдиним головним джерелом психічного страждання, як правило, є проблема втрати і горя. Втрата і горе не нові для людського досвіду, але в умовах СНЕ явна величина втрат разом із відсутністю звичайних структур підтримки може становити особливі клінічні труднощі для лікарів. Успішне подолання горя є невід'ємною частиною процесу відновлення; непереможене горе здатне стати чинником, що обмежує можливість повернення до попереднього стану здоров'я як для окремих осіб, так і для суспільства в цілому.

Хоча реакція на страшне горе є унікальною для кожної людини, було висунуто низку описових моделей тяжкої втрати і жалоби, щоб означити загальні теми [22–26]. Для переважної більшості постраждалих початок процесу скорботи складається із втрати людей або речей, почуття глибокої печалі, самотності, страху, безпорадності, гніву, тривоги і відчаю. Центральним компонентом горя є необхідність провести процес жалоби, щоб досягти відповідного полегшення, подолання горя, реінтеграції та повернення до функціонування. У жалобі реальність болю свідомо визначається і відкрито виражається з деяким ступенем необхідності підтримки, психологічного полегшення і відновлення рівноваги. Натомість у разі неоплаканих втрат реальність болю заперечується чи придушується, і біль, як правило, перебуває в початковому стані. Осиротілі мають гостру необхідність своєчасної підтримки, щоб належним чином оплакати свої втрати. Не саме по собі горе, але горе, що не було випущено, пов'язано з розвитком більш серйозних психологічних проблем; вони можуть містити патологічні реакції на горе, депресії та посттравматичний стресовий розлад. Ці серйозні психологічні проблеми особливо виражені в умовах складних надзвичайних ситуацій, де масштаб руйнувань і соціального безладу створює ризик накопичення, адже в осіб, які вижили, немає можливості провести процес жалоби своєчасно і належним чином.

Незважаючи на інтенсивність почуттів, деякі з осіб у скорботі можуть спочатку не звертатись по допомогу через перевантаженість чи скутість

шоком від величини їхніх втрат. Інші можуть фактично відмовлятися від допомоги у спробах зберегти своє почуття незалежності, статусу або гідності. Оскільки соціальні звичаї, релігійні обряди і традиційні ритуали значно впливають на процес жалоби, психологічна підтримка повинна бути ін-

тегрована в інші види діяльності з підтримки та відновлення і має надаватися місцевими працівниками охорони здоров'я й організаціями. Якщо це можливо, працівники охорони здоров'я мають намагатися встановити гарні взаємини з місцевими народними цілителями.

ПРИНЦИПИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ГУМАНІТАРНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Через культурні і матеріально-технічні проблеми застосування багатьох традиційних західних методів втручання в галузі охорони психічного здоров'я може бути обмеженим в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, які потребують багатонаціональних заходів, і особливо в умовах складних надзвичайних ситуацій.

Найбільш ефективні стратегії охорони психічного здоров'я — це шлях інтеграції соціальних, культурних, медичних та психологічних засобів, в ідеалі — на основі співпраці між відповідними організаціями. Практикуючі лікарі менше залучаються до безпосереднього надання медичної допомоги для осіб і невеликих груп, але більше концентруються на підтримуючих і стимулюючих заходах.

Департамент ВООЗ із охорони психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами пропонує деякі загальні принципи для служби охорони психічного здоров'я, які продемонстрували свою корисність в умовах ліквідації наслідків багатьох надзвичайних ситуацій у різних країнах і різних культурах [27].

Якщо тому сприяють обставини, підготовка до ліквідації наслідків катастрофи має містити план, який визначає конкретні завдання, відповідальний персонал, а також докладні стратегії зв'язку та координації для ключових дійових осіб і установ.

Якщо ключовими дійовими особами є міжнародні організації, керівництво повинне пам'ятати, що по можливості персонал (включаючи менеджерів) необхідно наймати з місцевого населення. Ця практика збільшує культурну компетентність медичної допомоги і створює базу для розвитку довгострокових, самодостатніх програм.

Гостра фаза складної надзвичайної ситуації

У гострій фазі складної надзвичайної ситуації загальний коефіцієнт смертності підвищується після втрати джерел задоволення основних потреб населення, включаючи безпеку, харчування, водопостачання і санітарію, а також доступ до основних громадських служб охорони здоров'я. Працівники охорони психічного здоров'я в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій відзначають, що відновлення цих базових послуг має велике значення для надання допомоги особам, які вижили, адже це повертає почуття автономії і ефективного функціонування їхнього середовища. Процес посилюється поширенням інформації про допомогу, у тому числі про розташування організацій з надання допомоги, і, коли це можливо, відомостей про місцезнаходження родичів. Для постраждалих з психічними розладами, викликаними стихією чи іншими чинниками, найкраща психологічна допомога забезпечується за рахунок загальних служб охорони здоров'я або через ресурси первинної медичної допомоги. Крім того, працівники охорони здоров'я повинні забезпечити доступність основних лікарських засобів для невідкладної допомоги особам з гострими психічними станами.

Під час складних надзвичайних ситуацій, коли гостра фаза може бути затяжною, багато постраждалих відповідають принципам надання «першої психологічної допомоги» [28]. Кваліфіковані лікарі можуть застосовувати методи першої психологічної допомоги, щоб забезпечити навчання на робочому місці та нагляд за навичками з надання першої психологічної допомоги іншими медичними працівниками, працівниками соціальних

служб та громадськими діячами. Це навчання розширює можливості наявних медичних працівників, а також сприяє інтеграції охорони психічного здоров'я до системи первинної медичної допомоги на більш тривалий термін. Також корисним є створення підтримки на рівні громад і груп самопомоги для забезпечення емоційної підтримки і підсилення стратегії виживання, особливо щодо управління горем. Інші корисні зусилля, коли вони можливі, передбачають заохочення відновлення звичних релігійних і культурних заходів, особливо із залученням дітей-сиріт та осіб, які втратили партнерів і свої родини.

Один із найпрактичніших психологічних пріоритетів у галузі охорони здоров'я — відкриття шкіл. Школи нормалізують життя для дітей і надають їм можливість взаємодіяти з іншими людьми в знайомому середовищі. Діти в школі також мають менше шансів на кримінальні або інші зв'язки з високим рівнем ризику і з меншою ймовірністю стають жертвами експлуатації — трагічного поширеного явища після масштабних катастроф. Коли діти перебувають у безпечному середовищі, інші члени родини звільняються від багатьох проблем. Школи є доступними платформами для поширення інформації про охорону психічного здоров'я й соціальної інформації в даному середовищі, яке поєднує багато культур та зберігає почуття гідності. Коротка і зрозуміла емпатична інформація має бути зосереджена на створенні нормальних реакцій, надавати практичні поради, а також конкретні дані про наявність і місцезнаходження пунктів охорони психічного здоров'я та ресурсів соціального обслуговування. Ці методи самоствердження забезпечують негайну практичну допомогу, оскільки вони встановлюють шаблони для самостійних, локально керованих програм, які в підсумку можуть служити середнім і довгостроковим потребам спільноти.

Фаза консолідації

У фазі консолідації постраждалі часто стикаються з тривалим періодом адаптації до втрат, які виникли під час катастрофи. Особливо у відповідь на масштабні події значні втрати часто пророкують зростання серйозних проблем із психічним здо-

ров'ям, у тому числі посттравматичних стресових розладів, депресій і суїцидальних думок. Для задоволення довгострокових потреб постраждалих служби охорони психічного здоров'я повинні бути організовані, стійкі та інтегровані в місцеве суспільство.

Національний центр посттравматичного стресового розладу [29] Департаменту США у справах ветеранів вважає, що після катастроф довгострокові завдання для працівників охорони психічного здоров'я повинні передбачати освітню діяльність, спостереження і нагляд, а також, де це необхідно, направлення на лікування.

Навчальні заходи містять програми з покращення самопомоги і психологічних методів, а також надання інформації про соціальні, фінансові, юридичні та медичні послуги. Ці заходи допомагають постраждалим нормалізувати реакції на травму і розвинути здорові механізми боротьби з травмами. Спостереження і нагляд спрямовані на виявлення тих людей, які перебувають в групі підвищеного ризику негативних психологічних наслідків. Постраждали з попередньою історією психічного захворювання, психологічної травми або розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, — особливо уразливі, оскільки належать до попередньо відчужених і знедолених груп. Постраждалі, як правило, проходять невелике опитування з працівником охорони психічного здоров'я і заповнюють анкетний бланк з оцінки ризику. Коли це доречно, процес опитування може покладатися на неофіційні джерела, у тому числі на співробітників гуманітарних організацій, друзів або членів родини. На підставі оцінок результатів опитування постраждалих можуть направити на консультування щодо конкретних проблем, таких як зловживання алкоголем чи тяжка втрата, або ж на більш ґрунтовне з медичної точки зору психіатричне обстеження.

Основним завданням охорони психічного здоров'я у фазі консолідації є створення або активізація стійких програм економічної підтримки для реагування на довгострокові наслідки впливу катастрофи. Здатність приносити дохід є важливою сполучною ланкою для емоційного одужання постраждалих, чий засоби існування до катастрофи залежали від прожиткового мінімуму. У катастрофах, що включають багатонаціональну допомо-

гу, успіх цих проектів вимагає високого ступеня співпраці між державними та приватними програмами як з боку країни, що приймає, так і з боку країни-благодійника. Через уразливість, яка незмінно супроводжує гуманітарну допомогу, уряд країни, що приймає, повинен мати можливість здійснювати максимальний адміністративний вплив на повернення спільноти до попереднього

(докатастрофного) функціонування. Ендрю Натсіос (Andrew Natsios), колишній голова Агентства США з міжнародного розвитку, описує концепцію з нарощування потенціалу місцевого самоуправління та стійкості як «залізну тріаду» всіх успішних проектів із реконструкції і розвитку; це спостереження узагальнює важливість охорони психічного здоров'я [30].

ВИСНОВКИ

Усталені принципи і розвиток досліджень у галузі реконструкції та розвитку надають інформацію цивільній і військовій спільнотам, зокрема працівникам охорони психічного здоров'я, щодо гуманітарної допомоги. Для працівників охорони психічного здоров'я вирішальне значення має знання ключових учасників у гуманітарному просторі та їхніх відповідних функцій, типових завдань і ставлення одне до одного. Зокрема, це знання вимагає розуміння культури країни, що приймає, проблем і можливостей цивільно-військового співробітництва, а також найкращих механізмів обміну ресурсами і досвідом серед груп, які надають допомогу. Ці знання дозволяють лікарям посилити вплив засобів охорони психічного здоров'я шляхом підтримки громадських психосоціальних і освітніх програм, розвитку інформаційних мереж, а також співпраці із традиційними цілителями та іншими місцевими активами. Найефективніші працівники охорони психічного здоров'я розуміють, яким чином психологічні місцеві впливи в умовах складних надзвичайних ситуацій відрізняються від впливу природних і техногенних катастроф і як ці відмінності впливають на потенційні психологічні травми та інші порушення здоров'я, особливо в реакції на горе.

Найбільший імпульс і фінансування психологічних медичних послуг, як правило, відбувається

під час фази реагування на надзвичайну ситуацію. Проте досвід показує, що потреба в психологічних медичних послугах зростає протягом більш тривалого часу і що найбільш актуальні потреби часто випливають після гострого періоду. Найкраща стратегія відповіді на цю проблему полягає в гарантуванні того, що місцеве керівництво знає всі обставини і що працівники охорони психічного здоров'я докладають максимум зусиль для створення культурно компетентних, глибоко керованих програм. Працівники охорони психічного здоров'я мають розпочати навчання і нагляд за місцевим персоналом від самого початку операції, щоб забезпечити довгострокову підтримку психічного здоров'я.

Досягнення успіху служби охорони психічного здоров'я в гуманітарному просторі вимагає високого рівня клінічного досвіду в середовищі, що загрожує виникненням значних проблем. Для вирішення цих завдань працівники охорони психічного здоров'я повинні розвивати навички в різних сферах, від культурної антропології до дипломатії, логістики, економіки та організаційних аспектів поведінки. Успішне застосування цих навичок буде сприяти розвитку своєчасної, ефективною і самодостатньої допомоги з охорони психічного здоров'я для тих, хто її потребує.

ЛІТЕРАТУРА

1. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. *Guidelines on Military and Civil Defence Assets in Disaster Relief—“Oslo Guidelines”*. Rev 1. Geneva, Switzerland: UN; 2006.
2. March A. The Australian government's response to the Indian Ocean Tsunami. *Liaison*. 2006;3:50–54.
3. Perez JT, Coady J, De Jesus EL, McGuinness KM, Bondan S. Operation Unified Assistance: population-based programs of the US Public Health Service and international team. *Mil Med*. 2006;171:53–58.

4. International Committee of the Red Cross. *Proclamation of the Fundamental Principles of the Red Cross and Red Crescent*. ICRC Web site. Available at: <http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/html/po513>. Accessed December 15, 2009.
5. United Nations Inter-Agency Standing Committee Working Group. *Civil-Military Relationship in Complex Emergencies*. Geneva, Switzerland: UN; 2004. Available at: <http://ochaonline.un.org/mcdu/guidelines>. Accessed December 15, 2009.
6. United Nations. Convention relating to the Status of Refugees; July 28, 1951. UN Office of the High Commissioner for Human Rights Web site. Available at: <http://www2.ohchr.org/english/law/refugees.htm>. December 15, 2009.
7. Ditzler T, Hubner M, Batzer W. Caring for former child combatants: evidence-based practices for reintegration. *Aust J Hum Security*. 2005;1:15–12
8. The World Bank. *Involving NGOs in Bank-Supported Activities*. Washington, DC: World Bank, USA; 1989. Operational Directive 14.70.
9. Hall-Jones P. The rise and rise of NGOs. Global Policy Forum Web site. May 2006. Available at: <http://www.globalpolicy.org/component/content/article/176-general/31937.html>. Accessed December 15, 2009.630
10. InterAction: American Council on Voluntary International Action Web site. Available at: <http://us.oneworld.net/member/interaction-american-council-voluntary-international-action>. December 15, 2009.
11. McHale S. The International humanitarian community: overview and issues in civil-military coordination. Paper presented at: Combined Humanitarian Assistance Response Training; June 29, 2006. Marine Corps Bases Japan.
12. Successful aspects of the NGO-military interface. In: Davidson L, Daly-Hayes M, Landon J. *Humanitarian and Peace Operations: NGOs and the Military in the Interagency Process*. Washington, DC: National Defense University; 1996. Chapter 3. Available at: http://www.dodccrp.org/files/Davidson_Humanitarian.pdf. Accessed December 15, 2009.
13. Bessler M, Seki K. Civil-military relations in armed conflicts: a humanitarian perspective. *Liaison*. 2006;3:4–10.
14. US military glossary. About.com: US military Web site. Available at: <http://usmilitary.about.com/od/theorderly-room/1/blglossary.htm>. Accessed December 15, 2009.
15. United Nations Inter-Agency Standing Committee Web site. Available at: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/default.asp>. Accessed December 15, 2009.
16. US Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. *OCHA Orientation Handbook of Complex Emergencies*. New York, NY: UN; 1999. Available at: http://www.reliefweb.int/library/documents/ocha_orientation_handbook_on_.htm. Accessed December 15, 2009.
17. Garfield RM, Neugut AI. The human consequences of war. In: Levy BS, Sidel VW. *War and Public Health*. New York, NY: Oxford University Press; 2000: 27–38.
18. Gourevitch P. *We Wish to Inform You That Tomorrow We Will Be Killed With Our Families*. New York, NY: Picador USA; 1998: 304–308.
19. Watchlist Project. *Watch List on Children and Armed Conflict*. New York, NY: Women's Commission for Refugee Women and Children; 2003. Available at: http://www.womenscommission.org/pdf/wl_sd.pdf. Accessed December 15, 2009.
20. Roque H. Addressing gender-based violence: if not now, when? *The United Nations Chronicle* [serial online]. 2002;39(3). Available at: http://www.un.org/Pubs/chronicle/2002/issue3/0302p77_gender_based_violence.html. Accessed December 15, 2009.

21. Ditzler TF. *Psychic Trauma in Complex Emergencies: Sources and Interventions. Health Emergencies in Large Populations 2005: A Training Course for the Management of Health Intervention in Armed Conflict* [CD-ROM]. Honolulu, Hawaii: DoDCenter for Excellence in Disaster Management and Humanitarian Assistance and International Committee of the RedCross; 2005.
22. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6 suppl):155–160.
23. Engel GL. Grief and grieving. *Am J Nurs*. 1964;64:93–98.
24. Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. New York, NY: Macmillan; 1969.
25. Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vols 1–3. New York, NY: Basic Books; 1979.
26. Westphal R. Dynamic grief model. Paper presented at: Shea-Arentzen Nursing Symposium; “Navigating New Frontiers of Nursing Practice: The Challenges of Health Care Reform”, La Jolla, Calif. March 20–24, 1995; La Jolla, Calif.
27. World Health Organization, Department of Behavioral Health and Substance Dependence. *Behavioral Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva, Switzerland: WHO; 2003. Available at: www.who.int/whr/en. Accessed December 15, 2009.
28. National Child Traumatic Stress Network, Department of Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. 2nd ed. Washington, DC: DVA; 2006. Available at: <http://www.ncptsd.va.gov/>. Accessed December 15, 2009. 631
29. Department of Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Secondary behavioral health treatment following disasters. National Center for PTSD fact sheet. Available at: <http://www.ncptsd.va.gov/>. Accessed December 15, 2009.
30. Natsios AS. The nine principles of reconstruction and development. *Parameters*. 2005;Autumn:4–20.

Розділ 39

ПРОГРАМИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ДИПЛОМАТИЧНІ ПІДХОДИ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я США

Джон Т. Перес^I · Джефрі Коаді^{II} ·

Кевін МакГіннес^{III} · Мерріт Шрайбер^{IV}

ВСТУП

ЦУНАМІ В ІНДІЙСЬКОМУ ОКЕАНІ ТА ЛІКВІДАЦІЯ НАСЛІДКІВ
СТИХІЙНОГО ЛИХА

МОДЕЛЬ MERCY: «ПОЛІТИКА ВІДКРИТИХ ДОЛОНЬ»

СЛУЖБА СУСПІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я США ТА МІСІЯ MERCY:
«ВІДПРАВЛЯЙТЕСЯ НА ЗАХІД І ТВОРІТЬ ДОБРО»

Первинні оцінювання і співпраця

Розроблення програми та її впровадження

Останні приготування й остання перешкода

ВИСНОВКИ

ДОДАТОК 1. НАДАННЯ ДОПОМОГИ В РАЗІ ЗЕМЛЕТРУСУ

ДОДАТОК 2. МОДЕЛЬ MERCY

- ⁱ Доктор філософії, капітан, Науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США; керівник групи, Служба суспільної охорони психічного здоров'я, Команда II, Департамент охорони здоров'я і соціальних служб, 801 Thompson Avenue, Suite 300, Rockville, Maryland 20852.
- ⁱⁱ Доктор психології, командер, Науковий корпус, заступник керівника групи, Служба суспільної охорони здоров'я, надзвичайних ситуацій і психічного здоров'я; Команда II, Департамент охорони здоров'я і соціальних служб, 233 North Michigan Avenue, Suite 600, Chicago, Illinois 60601
- ⁱⁱⁱ Доктор філософії, капітан, Науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США; директор і медичний психолог, HRSA/БКРС Корпусу національної служби охорони здоров'я, Програма готовності до стихійних лих Департаменту охорони здоров'я і соціальних служб, с/о La Clinica de Familia, 510 East Lisa Drive, Charagga, New Mexico 88081; у минулому – старший клінічний науковий співробітник охорони здоров'я і соціальних служб Міністерства юстиції США, Бюро в'язниць, Федеральна виправна установа La Tuna, New Mexico.
- ^{iv} Доктор філософії, капітан, Науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США (корпус резерву другої черги); старший керівник програми, Центр охорони здоров'я і надзвичайних ситуацій, University of California at Los Angeles Center for the Health Sciences, 1145 Gayley Avenue, Suite 304, Los Angeles, California 90024; керівник проведення операцій Команди II з охорони психічного здоров'я госпітального судна.

*Ідіть до людей.
Живіть із ними.
Учіться у них. Турбуйтеся про них.*

*Почніть із того, що вони знають.
Будуйте з того, що вони мають.
Коли робота буде завершена*

*І завдання виконані,
Дійсно гарному лідеру
Люди скажуть:
«Ми зробили це самостійно».*

Лао-Цзи
(700 років до н. е.) [1]

ВСТУП

Офіцерський корпус (Commissioned Corps) Служби суспільної охорони здоров'я США (USPHS — US Public Health Service) налічує близько 6000 членів [2]. Висококваліфіковані та мобільні медичні фахівці Корпусу реалізують програми, які сприяють здоров'ю нації та в разі потреби надають медичні та консультаційні послуги під час війни або інших національних чи міжнародних надзвичайних ситуацій.

Під час рятувальної операції після цунамі в Індійському океані 26 грудня 2004 року Корпус продемонстрував відмінні лідерські підходи і методи, які довели свою корисність для невідкладних операцій з участю міжнародних організацій. Кілька з ключових керівних рекомендацій і підходів зараз відомі як «Модель Мерсу» і є важливим керівництвом для дипломатичних зусиль USPHS у сфері охорони здоров'я в усьому світі [3].

ЦУНАМІ В ІНДІЙСЬКОМУ ОКЕАНІ ТА ЛІКВІДАЦІЯ НАСЛІДКІВ СТИХІЙНОГО ЛИХА

Цунамі в Індійському океані, також відоме як «Цунамі Суматри», було результатом сильного землетрусу з магнітудою 9,0 балів за шкалою Ріхтера, що стався унаслідок субдукції Індійської та Бірманської тектонічних плит [4]. Хвилі сягали близько 20 метрів. Загинуло близько 230 000 людей, з яких 168 000 — в Індонезії. (Коли землетруси відбуваються на континентах над рівнем моря, їх первинні ефекти відчувуються негайно і запобіжні заходи можуть бути вжиті при очікуванні подальших поштовхів і масштабного руйнування. У додатку 1 до цього розділу наводиться опис ліквідації наслідків наземних землетрусів).

Операція «Комплексна допомога» (OUA — Operation Unified Assistance) була безпрецедентним заходом для підтримки жертв масового стихійного лиха. Госпітальне судно США Мерсу відплило з Сан-Дієго 5 січня 2005 року, менш ніж через 3 дні після наказу про надання допомоги, і прибуло в Банда-Ачех (Індонезія) 6 лютого 2005 року. Відтоді і до відплиття 29 квітня 2005 року судно і екіпаж надали медичну допо-

могу понад 17 500 пацієнтів у регіоні. Було сполучено неперевірені можливості (госпітальне судно Мерсу як платформа гуманітарної служби) і неперевірене поєднання силових структур і цивільного персоналу для досягнення всеосяжної гуманітарної місії, яка не була чітко визначена аж до початку її виконання.

Команди ОУА були відправлені в зону надзвичайного гуманітарного лиха, де відбувався активний військовий конфлікт, була фактично знищена система охорони здоров'я та діяли некоординовані програми урядових і неурядових організацій (NGO) з дуже різними підходами і можливостями. Перевезення з судна на берег на підйомнику, охоронці, невідомий проміжок часу перебування на станції, обмежене розуміння та дотримання програм для населення ключовим керівним персоналом, а також небажання прийняти допомогу США — все це обмежило попередні дії та майже повністю зупинило роботу програми. На суші команду Мерсу зустріли з підозрою, багато людей ставили під сумнів щирість програми США з надання допомоги постраждалим від цунамі в ціло-

му та в наміри команди зокрема. Саме в такому середовищі у результаті спільної роботи та програми загалом було досягнуто успіху; керівництво команди Мерсу змогло побудувати правильні підходи для кінцевого успіху.

Хоча він і не є особливо унікальним або новаторським з багатьма індивідуальними особливостями, загальний підхід втручання, розроблений і впроваджений командою психічної охорони здоров'я USPHS, мав значний прогрес для програм психологічної охорони здоров'я при багатонаціональних зусиллях з надання допомоги. Населення і установи провінції Ачех прийняли цей підхід, а також міжнародну спільноту, що допомагала та підтримувала їх. Це істотно змінило уявлення про здатність Сполучених Штатів працювати в комплексних міжнародних програмах з надання допомоги та ліквідації наслідків стихійних лих.

На базовому рівні модель Мерсу є провідним підходом у сфері охорони здоров'я, а не програмою чи продуктом. Цей підхід складається з конкретних рекомендованих знань, позицій і співробітництва, які спрямовують зусилля на створення команд і програм. Персонал, який надає допомогу, стикається з середовищами, що відрізняються за своїм характером, небезпекою і складністю. Основні підходи Мерсу зарекомендували себе як такі, що здатні допомогти керівництву максимізувати зусилля з доступними ресурсами, а також мобілізувати системи набагато більші, ніж просто координація груп, та створити масштабні програми з покращення стану населення.

Рекомендації добре адаптуються до міжнародних і внутрішніх систем. У формі надання допомоги жертвам цунамі модель Мерсу складалась із 21 загальної рекомендації, які сприяли взаємодії між різними організаціями і зацікавленими сторонами (детально — в додатку 2 до цього розділу). Нещодавно практично той же набір рекомендацій застосовувався зі значним успіхом у рятувальній операції під час ураганів Катріна/Ріта (2005 рік), де їх представили в Департаменті освіти в Луїзіані, що зрештою безпосередньо сприяло успішному розробленню соціально-психологічної програми відновлення для понад 200 000 переміщених дітей шкільного віку [5].

Рекомендації моделі Мерсу найбільш ефективно застосовувались для полегшення здійснення заходів із поліпшення психічного здоров'я населення. Вони також були адаптовані для використання через масив дисциплін від біомедичної інженерії до надання первинної медичної допомоги.

З огляду на масштаби небезпек, які США має як країна, де у дуже великої кількості населення можуть спостерігатись психічні наслідки в результаті впливу стихійних лих [6], модель Мерсу тут вкрай необхідна.

освоєнню співпраці з іншими установами, силами, NGO, міжнародними організаціями і навіть країнами.

МОДЕЛЬ МЕРСУ: «ПОЛІТИКА ВІДКРИТИХ ДОЛОНЬ»

Модель Мерсу призначена для здійснення масштабних, координованих змін у зруйнованих або фрагментованих унаслідок великих катастроф системах шляхом забезпечення спільного керівництва з метою відновлення робочого стану системи. Модель має назву «Політика відкритих долонь» на знак поваги до Лао-Цзи, чия цитата починає цей розділ.

У ній докладно викладені способи і методи роботи в середовищі рятувальної операції, де американські агентства не мають ні повного контролю, ні ресурсів, щоб впливати на односторонні дії або повне виконання місії.

Замість цього стратегія в таких випадках збільшує вплив операції завдяки ефективному

Це досягається таким шляхом:

- проведення першочергових заходів у сфері охорони здоров'я і втручання на системному рівні;
- забезпечення істотної підтримки керівництва системи охорони здоров'я, пошкодженої в умовах хаосу і важкого часу;
- пошук і заохочення спільних підходів, а не односторонніх дій;
- оцінка потреб системи, швидке визначення найкращого розміщення обмежених ресурсів для максимізації системного впливу;

- партнерські відносини з найбільш перспективними і винахідливими агентствами;
- забезпечення установ-партнерів інструментами з нарощування потенціалу;
- робота з установами-партнерами з концепціями програми шляхом її реалізації;
- виконання всього зазначеного вище в терміни, виміряні днями, а не тижнями або місяцями.

В Індонезії ця модель була використана для сприяння координації у наданні допомоги установам і уряду Індонезії з подолання наслідків стихійного лиха, відновлення інфраструктури і підтримки програми допомоги дітям. Завдяки цій роботі було створено широкий спектр допомоги жертвам цунамі, що в підсумку становило 200 000 дітей шкільного віку по всій провінції Ачех. Не менш важливо те, що цей підхід навчив місцеві агентства методів, які дозволяють самостійно розробляти і надавати власні програми без будь-якої підтримки ззовні.

У межах операції з ліквідації наслідків стихійного лиха після урагану Катріна модель Мерсу використовувалась, щоб допомогти Департаменту освіти Луїзіани відновити свою робочу точку опори і створити по всьому штату систему психологічних заходів для студентів, що постраждали від урагану. В Індонезії цей процес, від початкового задуму до реалізації, було завершено всього за 9 днів. У Луїзіані це зайняло 12 днів. Усього безпосередньо до операцій щодо роботи з населенням в Індонезії було залучено сім офіцерів; чотирьох офіцерів було призначено до Департаменту освіти в Луїзіані. Цей підрозділ більш конкретно описує індонезійську місію, але читач має розуміти, що ця операція складається з безлічі місій з аналогічними проблемами керівництва й управління.

Підхід місії Мерсу далекий від політики «закритого кулака» — «або по-моєму, або ніяк»; це керівництво «відкритої долоні», створене, аби допомогти витягнути людей і систему з безладу та підготувати на випадок інших катастрофічних руйнувань. Місія Мерсу використовує керівні підходи, описані в моделі Роберта Стемберга (Robert Sternberg) WICS («wisdom, intelligence, and creativity, synthesized» — «мудрість, розум

і творчість у поєднанні») [7], що створена для досягнення спільного партнерства з метою загального блага. Наступні ситуації з надання допомоги при ліквідації стихійних лих будуть мати багато подібних проблем з управлінням, що були присутні при ОУА, а також інші, що не представлені тут. Таким чином, розуміння переходу від хаосу до прозорості, від недовіри до співпраці мають вирішальне значення для розуміння кінцевого успіху місії. Зокрема, було ухвалено рішення та підходи щодо декількох ключових питань, що в разі іншого виконання призвели б до провалу місії. Для подальшого планування важливо в повній мірі оцінити, наскільки крижкими були ситуації і як легко місії могли провалитись. Саме віра команди в те, що підхід успішного управління втілений у моделі «відкритих долонь» Мерсу, сприяла цим переходам і мала вирішальне значення для остаточних успіхів міжнародних місій.

Ще один важливий аспект підходу управління передбачає участь команди ОУА на борту госпітального судна Мерсу і роботу по всьому світу задля підтримки нової програми за межами їхнього традиційного робочого спектра. Міжнародні організації з надання допомоги, багато з яких ніколи не працювали або з підозрою ставилися до працівників США в уніформі, також набули великого значення, оскільки ці організації надавали багато ресурсів, що мали вирішальне значення для успішної реалізації програми. Крім того, науково-дослідні інститути і програми з усього світу надавали великі обсяги інформації, часто в режимі реального часу, за допомогою електронної пошти та інших цифрових технологій на підтримку навчальних зусиль команди, незважаючи на значні відмінності часових поясів [8].

У цій операції Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб з надання допомоги команда Центру з профілактики і контролю захворюваності й Центру управління діями в надзвичайних обставинах полегшила використання інноваційної, швидкої платформи сортування психіатричних хворих — PsySTART («psychological simple triage and rapid treatment» — «просте психологічне сортування та швидке лікування»). Це дало змогу використовувати швидко платформу для

сортування хворих в ураженому районі. Подібна робота почала емпіричну валідацію цього безсимптомного підходу, щоби швидко визначити рівень ризику при масових нещасних випадках. Коли результати сортування PsySTART об'єднують для формування оцінки чисельності населення, вони можуть використовуватись як загальна метрика підходів для моделі Мерсу з використанням показників, заснованих на фактичних даних ризику [9, 10]. Модель Мерсу і система

швидкого психічного сортування PsySTART тепер є ключовими елементами навчальної ініціативи для нових активів — команди ліквідації надзвичайних ситуацій USPHS, — створеними після урагану Катріна.

Підхід моделі Мерсу починався без усіх цих елементів на місці. Як оцінювалися люди і процеси, визначалися і скеровувалися зусилля — це справжня історія успіху дій команди Мерсу та команди USPHS; ці зусилля продовжують розвиватися.

СЛУЖБА СУСПІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я США ТА МІСІЯ МЕРСУ: «ВІДПРАВЛЯЙТЕСЯ НА ЗАХІД І ТВОРІТЬ ДОБРО»

Наказ про загальне завдання полягав у тому, щоб «відправлятися на захід і творити добре». Це означало, що фактично операції будуть розроблені на підставі виявленого тоді, коли госпітальне судно Мерсу прибуде на станцію. Визначення місії значно залежало від ресурсів, що були наявні на місці, пріоритетних потреб місцевого індонезійського народу, а також ресурсів, які команда госпітального судна Мерсу змогла привезти на місце операції з надання допомоги. Не було жодних завдань місії, адже можна було лише передбачити та здогадуватись про можливі потреби; до прибуття в район операцій не було наявної точної інформації.

Команда госпітального судна отримала наказ місії розробити власні завдання в непередбачуваних обставинах та інтегрувати їх з більшою місією Військово-морських сил, яка розвивалась та змінювалась іноді щохвилинно. Щоб відповідати вимогам місії, команда госпітального судна підготувала кілька оперативних можливостей.

Планування на випадок надзвичайних обставин містило прямі клінічні послуги для персоналу судна і тих пацієнтів, які будуть прийматися на станції; місії з екологічного стану довкілля; місії стосовно біомедичної техніки та стосовно психічного стану населення. Перші три оперативні можливості були одразу очевидні та чітко зрозумілі. Остання ж — ні. Деякі працівники команди госпітального судна хотіли надавати допомогу «за межами судна», тобто зійти на берег та рухатись за межі надання прямої допомоги, щоби включи-

ти більш масштабну місію щодо суспільного здоров'я населення [11].

Надаючи пряму медичну допомогу, команда госпітального судна також приносила унікальний досвід для місцевих органів щодо створення програм надання допомоги в разі надзвичайних ситуацій, методів спільної роботи з широким колом операцій з надання допомоги, а також можливості легко інтегрувати операційні системи і структури надання допомоги вже на місці. Однак дехто з представників керівництва вважав ці методи надто незвіданими, а дехто — марними. Надзвичайно важлива підтримка цих можливостей надійшла від контр-адмірала Вільяма Вандервагена (William C Vanderwagen), начальника команди госпітального судна та представника міністра охорони здоров'я і соціального забезпечення на станції, та капітана Левеліна (DM Llewellyn), начальника лікувального закладу. Від початку вони говорили про підтримку підходів [12] до населення на підставі рекомендацій команди охорони психічного здоров'я госпітального судна. Довіряючи досвіду та порадам команди, вони дозволили місії йти вперед, попри те що такі методи були поза межами нормального робочого спектра лікувального закладу та базувались на попередньо не перевіреніх впровадженнях. Контр-адмірал Вільям Вандерваген, зокрема, надавав вирішального значення цьому підходу для будь-якої масштабної операції з надання допомоги, спрямовував команду розвивати його і виступав за нього всупереч думці керівництва з Вашингтона на користь лікувального закладу.

Первинні оцінювання і співпраця

Персонал госпітального судна Мерсу прибув до Банда-Ачеха першим гелікоптером і розпочав оцінювання та діяльність зі співпраці. Оперативна оцінка і початкові зусилля зі співробітництва в сфері надання послуг для населення тривали 5 днів. Протягом цього часу індивідуальні зустрічі були заплановані з понад десятком NGO й урядовими агентствами, що займаються психосоціальною діяльністю; відбулося відвідування місцевих шкіл з метою визначити потреби шляхом отримання інформації безпосередньо від вчителів та директорів. Також члени команди Мерсу брали участь у різних зустрічах з представниками понад 50 громадських організацій і установ, які забезпечували надання психологічних медичних послуг в провінції.

Дуже швидке оцінювання виявило:

1. Потреби були значно більшими, ніж хто-небудь із команди бачив раніше.
2. Загалом понад 200 агентств/сил/NGO працювали в цій сфері з різними можливостями, обмеженими лише координацією, і з дуже різними підходами до надання допомоги.
3. Команда госпітального судна перебувала безпосередньо в зоні операції протягом невідомого й, імовірно, дуже короткого проміжку часу, можливо лише кількох днів.
4. Із 17 офіцерів госпітального судна для операцій на березі лише семеро могли надавати допомогу у сфері психічного здоров'я; решта персоналу була потрібна для інших місій із надання медичної допомоги на кораблі.

Медичні працівники охорони психічного здоров'я, на відміну від інших працівників на борту судна, зіткнулися з неоднозначною ситуацією, адже із трьох ключових початкових точок прийняття рішення тільки перші дві перебували під їхнім безпосереднім контролем:

1. Що можливо зробити за дні, а не тижні з огляду на величезні масштаби потреб?
2. Що слід запропонувати і кому?
3. Чи хтось потребуватиме допомоги, яку може запропонувати персонал охорони психічного здоров'я?

Настрій у сфері охорони психічного здоров'я був особливо крихким, особливо для членів ко-

манди госпітального судна Мерсу. Переважне почуття серед NGO в Банда-Ачеху полягало в тому, що госпітальне судно Мерсу запізнилося з наданням допомоги. Вважалося, що вони тут лише для того, щоб взяти участь у заходах піару («зв'язків із громадськістю») та, імовірно, намагатимуться «стати керівною ланкою» замість того, щоб «бути частиною та співпрацювати» з наявними програмами. Також очікувалося, що західні психологічні/психіатричні втручання використовуватимуться практично без урахування глибоко укорінених духовних і традиційних систем вірувань, які можуть бути несумісними з ними. Від початку робоче середовище було не надто привітливим, і персонал Мерсу та їхні послуги сприймалися прохолодно і стримано.

Ситуація почала змінюватися з критичної точки обміну, яка з тих пір стала відомою міжнародним колегам із команди США як «інцидент дипломатичних штанів». У цьому конкретному випадку керівництво продемонструвало «політику відкритої долоні», приділивши особливу увагу саме успіху місії, а не особистим досягненням.

Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) та Австралійське Агентство з міжнародного розвитку (AusAID) були саме тими організаціями, з якими команда Мерсу вбачала найбільший потенціал при співпраці і в масштабі впливу для цих програм. Високопрофесійні, досвідчені та шановані у сфері надання допомоги, вони мали ресурси, інфраструктуру й персонал і знаходились там протягом тривалого часу. Було проведено три зустрічі з різним персоналом цих установ протягом перших кількох днів після прибуття. Перші дві зустрічі, де обговорювалось багато ідей і можливостей для співпраці, виявилися вельми обнадійливими. Під час третьої зустрічі, однак, з'явилися тривожні зміни, особливо стосовно допомоги ЮНІСЕФ персоналу госпітального судна.

Команда госпітального судна зіткнулася з критично важливим моментом прийняття рішення. Це стало моментом усвідомлення, що істотно змінило результат всієї місії з охорони психічного здоров'я. Озираючись назад, варто визнати, що на прийняття команди США впливали тонкі зміни в голосі, фізичній поставі і міжособистісній дистанції; вони виявилася настільки ж важливими

для успіху місії, як і слова, якими обмінювались члени команди та їхні міжнародні партнери. Наступний приклад з практики демонструє важливість подальших розмов у цих обставинах.

Приклад з практики 39.1. Після закінчення формальної зустрічі, коли лише кілька членів команди госпітального судна Мерсу знаходились разом, очевидне питання, яке висіло в повітрі, було озвучено:

– Можливо, команда госпітального судна зробила щось образливе?

Співробітники ЮНІСЕФ ввічливо відповіли:

– Чому сьогодні ви одягнені у форму?

Їм відповіли, що члени команди одягнені у форму співробітників Служби суспільної охорони здоров'я Сполучених Штатів. Керівник групи охорони психічного здоров'я продовжував пояснювати, що, хоча команда носила цивільний одяг на попередніх зустрічах, вони одягли форму саме в цей день, тому що лідер команди мав тільки пару цивільних штанів, які він забруднив гідравлічною рідиною гелікоптера, і, не бажаючи бути неввічливим, вирішив носити чисту форму замість брудних цивільних штанів. Його команда вирішила наслідувати його приклад. Відповідь на наступне питання, проте, була трохи складнішою.

– Ви військові?

Їм пояснили, що, хоча команда була призначена ВМС США для цієї гуманітарної місії як офіцери госпітального судна, вони входили до складу Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб та взагалі вважають за краще боротися з хворобою, а не з людьми.

Партнери з ЮНІСЕФ відповіли посмішками полегшення.

– Ми краще обрали би брудні штани, – сказали вони, – адже це суперечить нашому [ЮНІСЕФ] статусу – працювати зі збройними силами, тільки якщо це є абсолютно необхідним.

– Отже, вдягатимемо брудні штани.

Опісля цієї розмови напруга зникла. З'явилися задоволення, співпраця було затверджено, почалися серйозні операції. З розумінням того, що вони стали символом співпраці, керівник групи госпітального судна носив «дипломатичні» (тобто брудні) штани, коли сходив на берег упродовж місії.

Добррозичливий гумор і згладжування гострих моментів були втілені в моделі поведінки і підходів; хоча, здавалося б, вони є вторинними при реалі-

зації програм. Проте це були саме ті процеси, які створили міжособистісне середовище для здійснення програм. Оскільки міжнародне співтовариство з надання допомоги, зокрема провінції Ачех, розглядало персонал США з деякими побоюваннями, пов'язаними із залученням США, надзвичайно важливим було показати себе відкритими, неупередженими і здатними до самопожертви; таким чином завоювати довіру до програми підтримки та допомоги США. Важливість цих підходів і процесів неможливо перебільшити. Сполучені Штати сприймали через людські обличчя і підтримку, допомогу — через підходи, які охопили всю широту послуг, що надавались у всіх лікувальних закладах. У випадку програм для населення працівників із досвідом вітали як друзів, а якщо досвід був відсутнім, то важливими ставали взаємини.

Розроблення програми та її впровадження

Наступним критичним рішенням керівництва було інтегрувати команду госпітального судна з охорони психічного здоров'я (сім осіб) з командою із п'яти осіб, як спершу і планувалось ЮНІСЕФ та AusAID, та створити єдину команду управління. Ця команда, своєю чергою, обирала і розробляла програми, щоб навчати людей надавати психосоціальну допомогу дітям шкільного віку в кожній школі провінції.

Колективний план передбачав для команди госпітального судна один тиждень, щоб:

- розробити тренувальний розклад;
- тренувати персонал ЮНІСЕФ/AusAID щодо впровадження розкладу;
- підготувати і поширити необхідну документацію;
- скерувати персонал 45 урядових і неурядових організацій щодо остаточної програми підготовки 40 контактних годин, що охоплюють 43 області.

Індонезійські колеги не мали певності, чи команда госпітального судна спроможна розробити й упровадити подібну програму за такий короткий час, особливо з індонезійськими перекладачами. Команда запевнила, що впорається. Програма дозволить створити мережу інструкторів, які змо-

жуть продовжити роботу ще довго після того, як місія Мерсу буде завершена. Окрім того, її можна впровадити протягом короткого періоду, хоча де-хто у приватному порядку вважав, що це був занадто короткий проміжок часу.

Перший важливий крок у розвитку програми передбачав збір, оцінку та підготовку необхідних матеріалів. Використовуючи електронну пошту, інтернет та величезну віртуальну міжнародну команду з наукових та неурядових організацій, команда США майже повністю покладалась на надану інформацію з електронних ресурсів всього світу. Ця інформація була отримана протягом 24 годин опісля першого запиту та мала близько 500 сторінок документації щодо тренувань та заходів втручання.

Наступний критичний момент стався під час планування, коли команди госпітального судна, ЮНІСЕФ/AusAID/Ачех оцінювали тренувальну інформацію. Спочатку концепція місії закликала співробітників госпітального судна надавати навчання з індонезійським перекладом. В індонезійську групу планування, проте, входили професори психології й соціального профілю та інші фахівці вузького профілю. Більшість цих співробітників мали вчений ступінь, були жителями провінції й були дуже здібними тренерами та координаторами.

У розмові під час зустрічі припустили, що кількість навчальної інформації, можливо, потрібно скоротити наполовину, щоб забезпечити достатній час для перекладу під час презентацій. Можливість втрати такої кількості інформації привела до істотної зміни підходу: а що, як міжнародна команда дасть індонезійським членам всю інформацію, співпрацюватиме з ними, доки вони створять власну програму навчання, і наставлятиме їх, щоб вони передавали її індонезійською для індонезійців?

Це був, мабуть, найважливіший і найпотужніший зсув в підході протягом усієї місії. «Чорна хвиля» спустошила людей в провінції Ачех. Життя, нерухомість, інфраструктура і нормальний спосіб життя були знищені. Після фізичного знищення довіри спільноти також була зруйнована арміями персоналу іноземної допомоги, що обрушилися на провінцію і почали «робити справи для» жертв, а не «робити справи разом із» спільнотою. Доки

члени команди США не знайшли інший погляд на свій підхід, вони брали участь у такому ж самому руйнівному процесі.

З новою стратегією почала зростати довгострокова потужність програми, і члени команди США були прийняті як колеги, а не зовнішні «експерти». Новий підхід надав механізм для індонезійського народу; так вони змогли взяти на себе відповідальність за психосоціальну допомогу своїй провінції, починаючи зі своїх дітей. Ця зміна зробила індонезійську команду головною. Міжнародна команда, тобто всі інші, стала їхньою командою підтримки. Тепер членам команди США довіряли, і таким чином із незваних гостей вони перетворились на радо прийнятих радників та співпрацівників.

Були додані два дні до часу підготовки, щоб врахувати ці зміни в підході. Ще два індонезійські посередники уклали контракти на допомогу з ЮНІСЕФ. Ця міжнародна група почала розвивати те, що зрештою стало відомо як «конвеєрна лінія» для вибору змісту програми, її негайного перекладу та сортування для поширення. Весь зміст тренувальної програми створювали саме у такий спосіб менш ніж за 5 днів.

Найважливіший аспект моделі медико-санітарної дипломатії, який виник з цієї місії, полягав у тому, що саме модель сприяла різноманітним групам людей з усього світу стати комплексною командою. Значною мірою подібне відбулося як прямий результат зміни в підході. Консенсус став стандартом для програм розвитку: були створені ролі, і люди заповнили їх, виходячи з потреб програми, не обов'язково з професійних можливостей; а ті члени команди, які незабаром мали їхати, трохи відступали та підтримували тих, хто мав лишитися.

Останні приготування й остання перешкода

Коли другий статут Мерсу був сформульований («Ми не «профі з Довера»») [13], мались на увазі члени команди госпітального судна. Його змінили, щоб включити «Ми не профі з Джакарти» після того, як останні члени індонезійської команди прибули зі столиці і весь тренувальний

розклад був близький до провалу за два дні до моменту, коли він мав бути зроблений.

Один із нових членів хотів спробувати зовсім інший підхід до кількох аспектів тренування. Індонезійських членів міжнародна команда зустріла з порадами щодо дій. Потім вони зустрілися всією командою, щоб вирішити проблеми, розповісти новим членам про те, чому програма саме така, і привітати їх у процесі. Це спрацювало, консенсус було досягнуто. При цьому були внесені незначні, але дуже корисні корективи, і програма завершилась розподіленням ролей, які чітко окреслили і узгодили. Найголовніше, що команда прийняла нового члена, долучила нові ідеї, не втрачаючи загального підходу, і зробила це без зміни загального узгодженого підходу,

що було особливою рисою всього процесу. Самі тренування стали кульмінацією короткого, але інтенсивного періоду розвитку, наповненого глибоким хвилюванням і новим духом сподівань на навчання персоналу та близько 90 осіб з усієї провінції Ачех, які самі стали тренерами. Навчання зібрало широке коло урядового і неурядового персоналу зі всієї північної частини Суматри, надало їм докладний зміст і мережу людей, на яких вони могли покластися, і вселило впевненість у тому, що вони можуть поширити це навчання після повернення до себе додому. На момент написання цього розділу програми і далі працювали, а Університетська лікарня Абідін в Банда-Ачеху для їхньої підтримки виділила місце.

ВИСНОВКИ

Описана в цьому розділі програма виникла з керованого підходу госпітального судна США. Потім, серед безладу з надання допомоги, вона була видозмінена кількома установами міжнародного співробітництва: від програми надання допомоги зовнішніми «експертами» перейшла до однієї сформованої і поширеної програми для населення Індонезії. Команда, що створювала програму, залучила багато тих, хто безпосередньо постраждав і зазнав значних особистих втрат, тоді як інші знали тільки те, що бачили до прибуття через засоби масової інформації. Кілька членів групи не мали ніякого попереднього досвіду з надання допомоги, хоча інші володіли багаторічним досвідом такого роду діяльності. Деякі агентства з надання допомоги ніколи раніше не працювали разом і не працювали безпосередньо з ВМС США або госпітальним судном; деякі рівні підозри щодо мотивів і можливостей надання допомоги були високими. Учасники разом прийшли до духу спільної справи. Це є найкращим свідченням того, що в моменти великих потрясінь, коли особисті інтереси спрямовані на підтримку більшого блага, люди згуртовуються. Саме це забезпечує масштабний успіх.

Успіх цієї програми також демонструє значні переваги, що можуть стати результатом, коли спокійні, але поінформовані принципи керівни-

цтва зрозумілі і відповідно вживаються. За відсутності підходу «політики відкритих долонь» не було б співпраці і подальшої програми. Майбутні місії і їхні командири зіткнуться з аналогічним хаосом і невідомим. Але деякі зі статутів, розроблених у моделі Мерсу, можуть стати в пригоді при розробці чіткої спільної роботи, необхідної для здійснення змін в масштабі системи охорони здоров'я унаслідок великих пожеж або катастрофічних надзвичайних ситуацій. Додаток 2 до цього розділу містить ці статuti саме в такому вигляді, у якому вони були написані командою госпітального судна під час рятувальної операції, як було повідомлено у звіті про результат роботи. Оперативні підходи, такі як швидка платформа для сортування пацієнтів PsySTART, також можуть бути використані як інструменти для досягнення цих цілей. Вони особливо ефективні, коли надання допомоги та ланки реагування розподіляються між установами і силами, а не повністю «належать» до певної структури команд. Ці випадки становлять переважну більшість міжнародних зусиль з надання допомоги. Тому підходи команди Мерсу створені, щоб максимізувати ефективність за допомогою більш тісної співпраці, де командування і управління буде або контрпродуктивно, або відкинуто іншими установами, що беруть участь у наданні допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Tzu L, Wieger L, Bryce D. *Tao-Te-Ching: The Classic Chinese Work in English Translation*. New York, NY: Random House; 2005.
2. US Department of Health and Human Services. What is the commissioned corps? United States Public Health Service Web site. Available at: <http://www.usphs.gov/aboutus/questions.aspx#whatis>. Accessed August 18, 2010.
3. Perez J, Coady J, DeJesus E, McGuinness K, Bondan, S. Operation Unified Assistance population-based programs: US Public Health Service and international team. *Mil Med*. 2006;1:553–558.
4. Magnitude 9.1–off the west coast of northern Sumatra 2004 December 26 00:58:53: UTC. US Geological Survey Web site. Available at: <http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eqinthenews/2004/usslav/#summary>. Accessed September 30, 2010.
5. McGuinness KM, Coady JA, Perez JT, Williams NC, McIntyre DJ, Schreiber MD. Public mental health: the role of population-based and macrosystems interventions in the wake of Hurricane Katrina. *J Prof Psychol: Res Pract*. 2008;39(1):58–65.
6. Norris F, Murphy A, Baker C, Perilla J. Severity, timing, and duration of reactions to trauma in the population: an example from Mexico. *Biol Psychiatry*. 2003;53(9):769–778.
7. Sternberg R. A systems model of leadership: WICS. *Am Psychol*. 2007;62(1):34–42.
8. Reissman D, Schreiber M, Klomp R, et al. The virtual network supporting the front lines: addressing emerging behavioral health problems following the tsunami of 2004. *Mil Med*. 2006;1:S40–S43.
9. Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkrab M, et al. Thailand Post-Tsunami Mental Health Study Group. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA*. 2006; 296:549–559.
10. Schreiber M. Learning from 9/11: toward a national model for children and families in mass casualty terrorism. In: Daneli Y, Dingman R, eds. *On the Ground After September 11: Mental Health Responses and Practical Knowledge Gained*. New York, NY: Haworth Press; 2005: 605–614.
11. Coady J, Perez J, Schreiber M. The way forward: innovations in disaster mental health. *Calif Psychol*. 2007;40(2):41–44.
12. Schreiber M, Gurwitch R, Coady J, Perez J, Wong, M. *Toward a National Model for Children and Families in Mass Casualty Events*. New York, NY: Springer Publishing; in press.
13. Hooker R. *M*A*S*H*. New York, NY: Simon & Schuster; 1969.

НАДАННЯ ДОПОМОГИ В РАЗІ ЗЕМЛЕТРУСУ

Великі землетруси мають достатній потенціал, щоб вважатись одним із найбільш катастрофічних стихійних лих, що стосуються людства; про це свідчать недавні землетруси в Бамі, Ірані, Пакистані та Перу. Землетруси значних розмірів викликають ланцюг подій, які серйозно впливають на здоров'я населення і медичну інфраструктуру регіону. Прискорений процес урбанізації в сейсмічно активних районах світу різко підвищує уразливість цих регіонів. У всьому світі щороку стається понад мільйон землетрусів, причому на дев'ять країн припадає 80 % землетрусів зі смертельними наслідками (Китай, Японія, Пакистан, Чилі, Росія, Туреччина, Перу, Іран та Італія [1–6]). У Сполучених Штатах найбільшу кількість землетрусів зазнає Аляска [1, 2].

На смертність і захворюваність у разі землетрусу впливають численні чинники, зокрема природні, структурні та індивідуальні. Поштовхи викликають особливе занепокоєння, адже можуть відбуватись протягом тривалого періоду часу. Наприклад, під час землетрусу Норсрідж, в Каліфорнії, сталося більше 14 000 поштовхів протягом наступних 5 років [3]. Зсуви і грязьові потоки після землетрусів становлять значну частину захворюваності та смертності. Небезпечні матеріали (хімічні, біологічні, радіоактивні) підвищують ризик після землетрусу через прискорений темп урбанізації. Після землетрусу Лома Пріета в Каліфорнії в 1989 році токсичні матеріали стали причиною 20 % травм. Повені (через структурні пошкодження гребель) і пожежі стали додатковими причинами смертності та захворюваності внаслідок землетрусів [7–9].

Структурні чинники, що впливають на рівень травмувань або смертності, містять обвалення будівель. Фактично близько 75 % смертельних наслідків від землетрусів спричинені обвалами погано зведених або несейсмостійких будівель [10–12]. Індивідуальними чинниками ризику є вік, здоров'я й емоційна стабільність. Демографічні чинники, що мають підвищений ризик смертності та травматизму, – це особи у віці старше 60 років, діти віком від п'яти до дев'яти років і хронічно хворі люди [12]. Підвищена вразливість цих груп полягає у відсутності мобільності, загостренні наявних захворювань, а також нездатності протистояти сильним травматичним ушкодженням. Відчуття перебування в пастці, розміщення мешкан-

ців у будівлі, їхня поведінка під час землетрусу та час до моменту порятунку є чинниками, що впливають на смертність і захворюваність.

Логістична підтримка є одним із найважливіших елементів ліквідації наслідків стихійних лих у районах, де переважають військові. Медична допомога при масових ураженнях під час землетрусів складається з чотирьох елементів: 1) пошук та порятунок, 2) сортування та первинна стабілізація, 3) остаточна медична допомога, 4) евакуація [13]. Вимоги до пошуково-рятувальних робіт та надання медичної допомоги, а також необхідність зовнішньої допомоги з боку військовослужбовців і цивільних команд є значно більшими при землетрусах порівняно з іншими стихійними лихами через серйозність поширення пошкоджень і складність травм.

Психологічні травми й інші несприятливі психологічні наслідки часто стають побічними ефектами внаслідок землетрусів із ряду причин. Землетруси відбуваються практично без попередження порівняно з ураганами (відстеження шторму можливе за кілька днів) або навіть торнадо (часто за кілька годин завдяки метеорологічній інформації). Відсутність попередження позбавляє жертв часу, щоб вжити психологічні та фізичні захисні дії; це підсилює почуття втрати контролю над деструктивною подією. Землетруси створюють жертвам серйозну загрозу щодо особистої безпеки, підвищують їхню уразливість перед обличчям майбутніх психологічних симптомів. Один із важливих висновків стосовно медичної допомоги полягає в необхідності налаштувати команду, спираючись на функціональні можливості, а не на професійні звання. Здатність до втручання у галузі психічного здоров'я має вирішальне значення, і команди охорони психічного здоров'я сьогодні включені в більшість цивільних і військових груп з реагування на надзвичайні ситуації в Сполучених Штатах.

Землетруси – основна причина повного спектра травм, як фізичних, так і психологічних; вони часто потребують зовнішньої медичної та громадської допомоги в разі надзвичайної ситуації. Зрештою, ліквідація наслідків стихійних лих буде найважливішим чинником у зниженні смертності та захворюваності через землетруси.

ПОДЯКА

Цей додаток був створений Сюзан Міллер Бріґс (Susan Miller Briggs), лікарем, доктором філософії, доцентом кафедри хірургії Гарвардської медичної школи, директором Міжнародного інституту травматології та стихійних лих, Massachusetts General Hospital, Бостон, штат Массачусетс.

ЛІТЕРАТУРА

1. Noji EK, ed. *The Public Health Consequences of Disasters*. New York, NY: Oxford University Press; 1997. 642 *Combat and Operational Behavioral Health*
2. Hays WW. Perspectives on the international decade for natural education. *Earthquake Spectra*. 1990;6:125–143.
3. Prager EJ. *Furious Earth: The Science and Nature of Earthquakes, Volcanoes, and Tsunamis*. New York, NY: McGraw-Hill; 1999.
4. Perez E, Thompson P. Natural hazards: causes and effects. Lesson 2—earthquakes. *Prehosp Disaster Med*. 1994;9:260–271.
5. US Geological Survey. *Scenarios of Possible Earthquakes Affecting Major California Population Centers, With Estimates of Intensity and Ground Shaking*. Menlo Park, Calif: USGS; 1981. Open-File Report 81-115.
6. Blake P. *Peru Earthquake, May 31, 1970. Report of the CDC Epidemiologic Team*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention; 1970.
7. Showalter PS, Myers MF. Natural disasters in the United States as release agents of oil, chemicals, or radiological materials between 1980–1989: analysis and recommendations. *Risk Anal*. 1994;14:169–182.
8. Durkin ME, Thiel CC, Schneider JE, et al. Injuries and the emergency medical response in the Loma Prieta earthquake. *Bull Seismological Soc Am*. 1991;81:2143–2166.
9. Hayes BE, Freeman C, Rubin JL, et al. Medical response to catastrophic events: California's planning and the Loma Prieta earthquake. *Ann Emerg Med*. 1992;21:368–474.
10. Colburn AW, Murakami HO, Ohta Y. *Factors Affecting Fatalities and Injury in Earthquakes. Engineering Seismology and Earthquake Disaster Prevention Planning*. Hokkaido, Japan: Hokkaido University; 1987. Internal Report.
11. EQE Engineering. *The October 17, 1989 Loma Prieta Earthquake: A Quick Look Report*. San Francisco, Calif: EQE Engineering; 1989.
12. Coburn AW, Spence RJS, Pomonis A. *Factors Determining Human Casualty Levels in Earthquakes: Mortality Prediction in Building Collapse*. Reston, Va: US Geological Survey; 1992.
13. Briggs SM, ed. *Advanced Disaster Medical Response Manual for Providers*. Boston, Mass: Harvard Medical International; 2003.

МОДЕЛЬ MERCY

Мерсу (судно та концепція) була неперевіреною можливістю, що прибула на місце безпрецедентної події. Надзвичайне спустошення, хаос, багато потреб, мало інформації про загальний хід рятувальної операції та, що також важливо, мало відомостей на місцях і між установами про нас: хто ми і що ми могли б зробити. Ми не знали самі, що ми могли б зробити. Був присутній страх, особливо серед міжнародної спільноти в галузі охорони психічного здоров'я, що ми збиралися втручатися або іншим чином діяти в односторонньому порядку без співпраці чи координації. Міжнародне співтовариство з надання допомоги, у тому числі наші організації США, дивились на нас із підозрою. Західні психологічні методи не були цілком зрозумілі або значною мірою прийняті, і наша репутація — реальна чи надумана — полягала в тому, що ми прийшли на кілька днів, оглянемо обмежене число пацієнтів (здебільшого аби потрапити до засобів масової інформації, ніж для реального надання допомоги), отримаємо наші фотографії, привітаємо себе, а потім підемо. Як команда ми припустили, що таке могло б статись, і поклялися не робити нічого подібного. Модель Мерсу почалась із цієї обіцянки. Інструкції були сформовані таким чином:

1. «Відправляйтесь на захід і творіть добро...». Це була суть наказу місії, поки корабель не прибув на станцію: наша всеосяжна заповідь повинна була сприяти більшому добру, а не нашій конкретній ролі при наданні допомоги.
2. Ми не «профі з Довера» — цитуючи з книги M*A*S*H [1]. Тут принцип полягає в співпраці, а не в незалежних діях. Власне «я», особисте володіння інформацією та підходами необхідно залишити біля дверей гелікоптера.
3. Ми тут, щоб навчатись у людей і навчитись їхньої культури, ми тут, щоб допомогти, тому що чим краще ми розуміємо, тим краще ми можемо прислужити.
4. Ми працюємо на установи на березі та разом із ними — не навпаки. Ми не працюємо незалежно один від одного, окрім випадків, коли ми маємо можливості, корисні для підтримки тих людей, що вже на місці, або коли з ними мають працювати агентства, з якими ми працюємо.
5. Щодо охорони психічного здоров'я, зважаючи на обмежений час, персонал і ресурси, ми концентруємо увагу на підходах до населення в цілому, аби максимізувати розвиток програми, її проникнення та вплив. Допомогати системі надання психологічної допомоги та потребам інфраструктури — наша основна мета, але не прямий обов'язок. Ми реагуємо на катастрофу безпрецедентного масштабу. Ми можемо обмежити наш загальний вплив лише за допомогою надання прямих послуг або використовувати наші обмежені ресурси та персонал, щоб шукати шлях максимізації та прагматичної роботи нашої системи. Це у певному плані новий підхід, але не безпрецедентний.
6. На початковому етапі робота буде полягати в оцінці інфраструктури охорони психічного здоров'я, програм, агентств і служб, далі — у розвитку взаємин з установами, а не у розробленні програм незалежно від них. Побудова взаємин з іншими агентствами — найбільш важливий крок всього процесу; без них не буде самої програми. Нові відносини з агентствами можуть зустрічатись з підозрами; ми маємо нести цей підхід як можливість, а не як загрозу.
7. Спільне керівництво, консенсусний підхід: координація, а не контроль, розвиток, а не власність, притягати увагу спільноти на інших, а не на себе, а також співпрацювати в команді та командами. Домагатися консенсусу, де це можливо, і покладатись на інших, коли виникає конфлікт або відмінності ставлять під загрозу процес. Використовувати місцевий підхід, коли такий існує. Це прості концепції, хоча їх виконати вкрай важко; вони не повинні бути недооціненими чи втраченими.
8. Ми не обіцяємо нічого, що не можемо виконати, крапка.
9. Члени команди роблять те, що необхідно зробити, незважаючи на їхні посади чи професійний досвід.
10. Заохочувати повагу до різних людей, професій, світоглядів та релігійних вірувань.

11. Необхідно знаходити й вітати «мудреців і старійшин», адже мовне і культурне керівництво мають важливе значення. Ми вчитимемося стільки ж, скільки і навчатимемо.
12. Формування міжнародної команди має вирішальне значення; позитивні міжособистісні стосунки, формування груп, сприяння, заохочення і співпраця є основними завданнями.
13. Увага спрямовується на спрощення процесу створення програм, а не на інструкції; таким чином розвиток програми відбувається за рахунок дій. Завдяки цьому процесу виникають нові керівники, і люди мають більше можливостей.
14. Створювати інструменти для розробки програм і демонструвати, як їх використовувати, а не просто давати програму.
15. Концентруватись на підходах для середнього медичного персоналу і недипломованих фахівців, а не професіоналів, тому що їх надто мало, щоб зробити якусь істотну різницю, або взагалі немає. «Середній медичний персонал» — це знавці культури, також вони сприяють роботі програми. Вони несуть цінні й необхідні навички для тренувань і повинні мати можливість застосовувати програми на практиці.
16. Ми міжнародна команда з місцевою присутністю. Ми у прямому сенсі місцева присутність міжнародної команди та довіри знань, що складається з найкращих працівників із ліквідації наслідків катастроф у світі. Використовуючи цифрові й інші технології, ми всі діємо разом і працюватимемо разом як всесвітня віртуальна команда.
17. Програми мають бути сформульовані щонайшвидше, бути чіткими і обмеженими за часом: ми не знаємо, як довго ми будемо на станції чи в будь-якому іншому призначеному місці, і ми не починатимемо щось, що ми не зможемо закінчити. Таким чином, ми працюватимемо якомога швидше, щоб забезпечити самостійну розробку програм.
18. Мобілізувати місцевий інтелектуальний потенціал і функціональні можливості, коли є слушний випадок; надалі підтримувати його за допомогою програм і максимально поширювати загальний процес, особливо там, де не було застосовано такий підхід раніше. Це було особливо актуально в провінції Ачех, де була обмежена інфраструктура, проте інфраструктура була розвинена після цунамі. Це дало можливість підтримувати нову мережу і можливості такими шляхами, які в іншому випадку не були б можливими.
19. Використовувати програму, створюючи лінійний підхід до максимізації спільної роботи і швидкості розвитку та роботи програми. Саме під час цього процесу виникають стосунки і довіра між організаціями та людьми. Ми робили те, що ми обіцяли зробити, і ми сприяли активній співпраці, а не пасивному прийняттю з метою розвитку програми:
 - а. Консенсус групи щодо специфіки програми: ми почали з питання: «Якби ми могли зробити що завгодно, якою була б програма?» Спираючись на цей ідеал, ми запитували себе: «Як це зробити?» — та мобілізували мережу як в провінції Ачех, так і міжнародну, щоб наблизитись якомога ближче до ідеалу. Цього ми навчилися від AusAID (Australian Agency for International Development — Австралійське агентство з міжнародного розвитку) та ЮНІСЕФ (United Nations Children's Fund — Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй).
 - б. Збір контенту: збір інформації якомога більше та якомога швидше в заданих областях, потім необхідно зменшити цю інформацію до обсягу довідкового матеріалу, з якого можна вибрати підсумок.
 - в. Логістична та ресурсна підтримка: де, як, хто, фінансування, механізми підтримки, подорожі, охорона, місцеві переміщення та розміщення тощо. Повністю керується AusAID та ЮНІСЕФ.
 - г. Редакційний/програмний: злагоджена співпраця має базуватись на певному змісті, вся отримана інформація, нарешті, буде використана в презентаціях.
 - г. Підготовка медіаданих: взяти відібрану інформацію та конвертувати її в належний формат, PowerPoint, довідкові документи тощо для учасників.
 - д. Переклад: взяти остаточну навчальну інформацію та перекласти її, передусім з

- англійської індонезійською мовою; долучити її до презентації навчального плану і довідкової документації.
- е. Підготовка інструкторів: огляд матеріалів з інструктором і пояснення щодо доцільності інформації та методу.
 - є. Презентація: наскільки це можливо, використовувати місцевих інструкторів та людей для програми. Ми будемо підтримувати і контролювати за необхідності, але це їхня «вистава», а не наша. Ми допомогли створити, але їм «виступати».
20. Оцінка: наразі оцінка проводиться членами ЮНІСЕФ, AusAID, Karinivasu і Центром консультації при кризових ситуаціях для жінок (Women's Crisis Counseling). Оцінка охоплюватиме досвід інших міжнародних агентств у роботі з командою охорони психічного здоров'я та її ролі в співпраці.
21. Нинішня співпраця: якщо програми можуть бути обмежені за часом, то гарні взаємини — ні. Це величезний і цілком реальний потенціал для постійної підтримки та співпраці, особливо з технологіями й цифровими можливостями, щоб обслуговувати і підтримувати їх. Необхідно планувати та сприяти їхньому розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Hooker R. *M*A*S*H*. New York, NY: Simon & Schuster; 1969.

Розділ 40

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СЕРЕД УВ'ЯЗНЕНИХ ОСІБ

РІЧАРД ТОЄ^I · МАРШАЛ СМІТТ^{II}

ВСТУП

ПІДГОТОВКА І ТРЕНУВАННЯ КОМАНДИ

Підготовка до розгортання

Клінічний процес при догляді за ув'язненими

Переміщення підрозділу

ЕФЕКТИВНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕКЛАДАЧІВ

СТВОРЕННЯ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ

Принципи психологічної програми управління та надання допомоги

Розподіл і видача лікарських засобів

Обмін даними з іншими сторонами

ОСОБЛИВІ КЛІНІЧНІ ПРОБЛЕМИ

ГОЛОДУВАННЯ: УНІКАЛЬНА КЛІНІЧНА ПРОБЛЕМА

Оцінка

Втручання

Консультації

ВИСНОВКИ

¹ Доктор філософії, підполковник, Медичний корпус, Армія США, Резерв особового складу Армії США; командир роти, 883-тя медична рота (Контроль бойового стресу), 495 Summer Street, Boston, Massachusetts 02210; у минулому – консультант бригади психічного здоров'я, 804-та Медична бригада, Fort Devens, Massachusetts.

¹¹ Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр Ландштуль, CMR 402, Vox 1357, APO AE 09180; у минулому – начальник амбулаторного відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр Ландштуль.

ВСТУП

Збройні сили США забезпечують належну медичну допомогу для ворожих військовополонених та інших осіб, затриманих під час операцій. Доктрини і міжнародні договори вимагають, щоб ув'язненим надавали «відповідний догляд» для запобігання погіршенню їхнього стану. Обсяг операцій з охорони здоров'я для затриманих визначається по-різному залежно від змісту діяльності на місці тимчасового утримання, тривалості затримання індивіда, культурних норм і ситуаційних чинників, що впливають на проблему утримання, а також наявності ресурсів у місці утримання.

Під час операції «Іракська свобода» надання послуг з охорони психічного здоров'я для ув'язнених вперше зіткнулося з критичною ситуацією в 2003 році. Тоді виявили, що місцевих психіатричних хворих випустили на вулиці сили противника, які відступали, і що коаліційні війська захопили та затримали багатьох із них в установах міста Умм-Каср. Виникла нагальна необхідність відрізнити психічно хворих від ворожих бойовиків, які вдавали з себе хворих; таким чином стало необхідне втручання військових медичних працівників з охорони психічного здоров'я. У той час ув'язнені військовослужбовці з серйозними психічними захворюваннями, які не брали участі

у військових діях, були направлені на лікування до місцевих медичних закладів. У 2004 році операції щодо ув'язнених стабілізувались, інспектори неурядових організацій (NGO) висловили стурбованість тим, що особи з сильними психічними розладами, яких утримували під арештом, отримували допомогу від представників NGO, а не від ліцензованих працівників охорони психічного здоров'я, і що надання медичної допомоги не відповідало стандартам. На момент підготовки цього тексту три окремі медичні сили зі збільшеними групами працівників охорони психічного здоров'я працювали в операціях із надання медичної допомоги ув'язненим в Іраку. Цей розділ розкриває основні положення операцій з надання психологічної допомоги ув'язненим та відображає набутий досвід перших двох груп особового складу 115-ї Оперативної медичної групи (Task Force Medical 115 — TF MED 115) та 344-ї Оперативної медичної групи (TF MED 344). Щоб допомогти підрозділам, яким доручено складну роботу — застосувати наявні підходи, — розділ обговорює найважливіші заходи місії та загальні проблеми в процесі підготовки і виконання місії з надання медичної та психологічної допомоги ув'язненим.

ПІДГОТОВКА І ТРЕНУВАННЯ КОМАНДИ

Підготовка до розгортання

Період до розгортання — напружений час для всіх учасників. Уся увага учасників місії сконцентрована на загальних тренувальних завданнях; наголос команди робиться на сприянні переходу військовослужбовців із «домашнього середовища»

в бойове оточення. Попри це, кожне зусилля має бути направлене на чітко спрямоване тренування для персоналу щодо роботи з ув'язненими під час розгортання. Підготовка у період до розгортання має містити як мінімум чотири основні компоненти: 1) перегляд чинних федеральних і державних поправок Міністерства оборони (МО), політи-

ки охорони здоров'я і процедур; 2) встановлення зв'язку з підрозділом персоналу на поточний момент на місці подій; 3) огляд інформації про культуру, притаманну країні, що приймає, 4) оз-найомлення з установою для догляду за ув'язненими.

Більшість працівників охорони психічного здоров'я МО ніколи не працювали у виправних установах, тим більше у медичних установах, що перебувають під вартою, тому огляд поточної виправної політики та процедур є обов'язковим. Медична допомога, що надається ув'язненим, подібна до медичних послуг, які надаються пацієнтам під контролем Федерального бюро в'язниць, агентства Департаменту юстиції США. Стандартизовані сценарії роботи (SOPs — Standard operating procedures) бюро в'язниць надають модель, що використовується для створення військових протоколів надання допомоги. Ці різноманітні SOP [1, 2] спрямовані на основні теми, зокрема запобігання суїцидам, розподіл ліків і процедури перевірки, всі ключові елементи місії з догляду за затриманими. Якщо дозволяє час, персонал повинен розглянути питання про відвідання місцевих виправних установ, щоб поговорити з медичним персоналом про надання допомоги у виправному середовищі установи.

Можливо, найважливішим кроком у підготовці до розгортання є налагодження спілкування з персоналом, який замінюється. Його значення важко перебільшити. Персонал на місці розгортання запровадив SOP, які будуть придатні для більшості цілей. Персонал розгортання має отримати і проаналізувати їх, щоб ознайомитися з поточними операціями й отримати максимум із попереднього досвіду ще до початку розгортання та прибуття у країну. Працівники, які перебувають на місці розгортання, можуть надати інформацію про оточення, зокрема про розміщення в населеному пункті, рекреаційні об'єкти, матеріали, що необхідно привезти, та наявні ресурси. Спілкування може бути ускладнене через різницю часових поясів, але існує кілька каналів: електронна пошта, телефон або навіть відеоконференція, якщо це можливо. Обмін контактною інформацією приносить користь усім; для підрозділу, що від'їжджає, процес навчання нової команди має особливе значення. Більшість підрозділів дуже

горді своєю організацією та цінують зацікавленість і готовність інших прийняти їхні відгуки, взаємодію та досвід. Зміни в наявних протоколах, безсумнівно, будуть необхідні, але поточні SOP забезпечують гарний початок роботи.

Якщо жодна психологічна група системи охорони здоров'я раніше не була в країні і місія полягає в створенні першої програми охорони психічного здоров'я на окупованій місцевості, особливо важливо розуміти стандарти, за якими оцінюватиметься система охорони психічного здоров'я, а також дізнатися, які активи будуть доступні для підтримки місії. Хоча програма повинна забезпечити ув'язненим відповідну допомогу, сприйняття того, що є «відповідною» допомогою, може сильно різнитися. Тому важливо якомога швидше виявити, які послуги та рівень догляду призначені. Загальні положення МО США, стандарти Бюро в'язниць США та загальні стандарти в межах району операцій (AO — Area of operations) можуть допомогти визначити цей рівень та прийняти рішення.

У більшості випадків ув'язнені є представниками іншої культури, ніж типовий пацієнт-військовослужбовець. Культурні відмінності можуть стати перешкодою для встановлення взаєморозуміння і надання медичної допомоги пацієнтам. Непорозуміння між пацієнтом і лікарем може призвести до розчарування в уже напруженій обстановці, так що важливо, щоб працівники охорони здоров'я були знайомі з загальними місцевими звичаями і правилами. Подібну інформацію можна знайти в інтернеті, у підручниках і в інших історичних джерелах. Якщо це можливо, варто провести брифінг представника конкретної культури, це було б дуже корисно. До розгортання в 2005 році TF MED 344 користувалася широкими культурними брифінгами іракських емігрантів, що зробило перехід в нове оточення набагато більш гладким, ніж це могло би бути в іншому випадку.

Окрім того, брифінг медичного працівника щодо культури безцінний. Назви ліків і соціальне значення різних форм лікування можуть відрізнятися. Важливо знати деякі культурні відмінності в тому, як медицина практикується; наприклад, сприйняття психічних захворювань може сильно різнитися між культурами. Розуміння де-

яких з основних відмінностей і уявлень підвищує ефективність навіть основних методів лікування; попри це, важливо оцінити якість вихідної інформації. Наприклад, TF MED 344 неодноразово повідомляли, що іракці з сільської місцевості вважають психічні проблеми зі здоров'ям ознаками злоякісного впливу і що місцевий персонал досить недосвідчений і з підозрою ставиться до психічних проблем зі здоров'ям. Насправді виявилось, що місцеві мали гарні знання про психічні захворювання і протоколи. Один неграмотний фермер, затриманий під час зачистки його населеного пункту, подякував працівникам охорони здоров'я за проявлений інтерес до його психічного стану. Він визнав, що був пригнічений, але заявив, що вважає за краще поговорити зі своїм місцевим священнослужителем щодо почуття втрати через смерть своїх синів у цьому конфлікті.

Культурні проблеми і явища безмежні, і немає жодного способу, щоб бути повністю підготовленими до ситуації на місці подій. Наприклад, загальновідомо, що психоз часто представляється по-різному в різних культурах. Коли співробітники TF MED 344 зустрілися з ув'язненим, стурбованим тим, що бачив курку, яка розмовляє, постало питання про те, був це психоз чи симуляція. Звичайно, серед населення США симуляція була більш імовірною. Розмова з перекладачами та іншими затриманими особами не виявила жодних ознак того, що кури мали будь-яке особливе значення в цій культурі. Окрім того, інші особи з психозом в таборі, як правило, мали слухові галюцинації без візуальних проявів. Поки не було можливості впевнитись у наявності подальших кількох пацієнтів із подібними галюцинаціями, явище «курки, яка розмовляє» було вирішено вважати симуляцією. На противагу цьому виявилось, що надзвичайно велика кількість випадків самотравмувальної поведінки мала кілька попередніх культурних причин, у тому числі прийняття екскоріацій як релігійного ритуалу та історії покалічення серед ув'язнених під час режиму Саддама Хусейна з метою уникнення ще більш озвірілого ставлення охоронців.

Оскільки культурні проблеми незліченні, є важливим розпізнати універсальний характер психічного захворювання. Наприклад, один із пацієнтів TF 344 повідомив, що Бог розмовляв із

ним і сказав, що всі невірні помруть. Таке повідомлення, безумовно, могло бути відображенням соціально-політичного контексту конфлікту. Проте інші жителі табору не сприймали заяви пацієнта і були стурбовані з приводу його добробуту і безпеки. Пацієнт дійсно був хворий на психоз і добре реагував на антипсихотичні препарати. Інший ув'язнений мав довгу історію самотравмувальної поведінки. Він зміг знайти якийсь гострий предмет і проковтнув його. Поведінка чоловіка погіршувалась відповідно до наданої йому уваги. Був поставлений діагноз: гранична саморуйнівна поведінка; хворий надзвичайно потребував психологічної допомоги та медичного скерування.

Надання допомоги в таборах тимчасового утримання істотно відрізняється від розгортання в будь-якій іншій передовій оперативній базі або операційному центрі. У таборі тимчасового утримання ворог перебуває не тільки за межами периметра, але й в межах установи. Це має два головних ефекти. По-перше, протоколи безпеки передбачають точне місце в повсякденних операціях. По-друге, персонал коаліції стикається з однозначно стресовим завданням — щоденна взаємодія з ворогом створює цілий ряд психічних проблем зі здоров'ям, які можуть вплинути на роботу.

Питання безпеки завжди важливі під час розгортання на ворожій території. У догляді за затриманими безпека, безсумнівно, важлива. Доступ до пацієнта зазвичай вимагає спеціальної перевірки і допуску, а час має бути спланованим, щоб були можливі кілька перевірок безпеки. Пацієнтів не оглядають у приватному порядку. «Амбулаторна» взаємодія може відбуватись через бар'єр безпеки. Озброєні охоронці супроводжують госпіталізованих хворих або тих, кого оглядають в клініці. Клінічний розклад має бути узгоджений із розкладом перевезення, охоронцями та тюремним персоналом. Щоденні операції переривають підрахунком «по головах», перевітками на зникнення осіб або операціями з управління натовпом. В АО Іраку ув'язненим замість імен присвоювали номери, що ускладнювало можливість відстеження випадків, особливо через те, що ув'язнених постійно переміщували з одного табору до іншого з метою підвищення рівня безпеки.

Медичний персонал і працівники тюремних установ підпадають під негативний вплив через

необхідність щоденно взаємодіяти з ворогом. Вони не можуть ставитися до супротивника агресивно і мають забезпечувати співчутливе ставлення навіть при загрозі або зневажливому ставленні від ув'язненого. Вони не можуть встановити дружні або довірливі взаємини з особами, яких вони часто бачать щодня. Стрес через догляд за ув'язненими спричинює дратівливість, гнів і невдоволення, які рідко можна зустріти в інших медичних центрах. Управління стресом є важливою частиною місії охорони психічного здоров'я.

Клінічний процес при догляді за ув'язненими

Клінічний процес догляду за ув'язненими також помітно відрізняється від інших клінічних операцій. Може виникнути потреба оновити знання персоналу з базової клінічної оцінки і коротких методів консультування, але команда незмінно потребує підготовки до операцій в місцях тимчасового утримання. Навчання має бути спрямоване на огляд, оцінювання, очікування втручання, кризове реагування та координацію допомоги.

Кожний новий ув'язнений перевіряється на психологічні чинники ризику для здоров'я, це частина їхнього первинного медичного огляду. Коротке опитування через перекладача охоплює випадки попереднього лікування і поточні психологічні проблеми зі здоров'ям. Знайомство з процесом огляду і з типовими реакціями ув'язнених на опитування про їхній психічний стан є обов'язковими. Огляд після прибуття є досить об'ємною роботою, проте він повинен протікати відповідно до ритму табору для інтернованих. Знайомство з процесом огляду і з типовими реакціями ув'язнених на опитування щодо їхнього психічного стану є обов'язковими. Огляд після прибуття є досить об'ємною роботою, проте він має протікати відповідно до ритму табору для інтернованих. Кількість може різнитися від 50 оглядів на тиждень до 150 на день, з невеликим проміжком часу після попереднього повідомлення, залежно від темпів операцій в цьому місці. Виникає спокуслива ідея призначити одну або дві людини для огляду, оскільки цей процес за своєю суттю відрізняється від інших клінічних операцій і може бути

виконаний найкращим чином персоналом, який має досвід з цієї процедури. Навіть коли процес завершено, кожен член команди має бути в змозі закінчити огляд-опитування для забезпечення максимального потенціалу, а також щоб не затримувати рух ув'язненого до табору.

Огляд після прибуття виявляє ув'язнених, які потребують подальшого огляду. Ув'язнені також можуть бути передані для оцінки військовою поліцією, медичною командою, іншими ув'язненими або шляхом самозвернення. В Абу-Грейб в 2004–2005 роках, після встановлення систематичних покращень в слідчому ізоляторі, для працівників охорони здоров'я було нормою наново оглядати десяток осіб і розподіляти їх щотижня. Персонал мав нормально сприймати проведення функціональної оцінки, що приводила до первинної постановки діагнозу і розміщення в непристосованих умовах із використанням перекладача для опитування. Чіткі критерії для огляду і розподілу необхідно встановлювати і використовувати на практиці до розгортання. Мобілізаційна підготовка на місці, швидше за все, охоплює лише «типові» випадки, які досить ускладнені в їхньому уявленні і в ролі навчальної моделі нереалістичні та некорисні. Замість цього навчання повинне зосередитися на оцінці тривожних неврозів та ситуаціях, що їх провокують, ідентифікації симуляцій і диференціальної діагностики розладів адаптації та глибоких депресій. Не можна очікувати, що пацієнт буде надійним інформатором; отримана інформація спотворюватиметься при перекладі; оточення створюватиме неясності, за яких типова модель оцінки не є дієвою. Працівники охорони психічного здоров'я мають покладатися на психічні ознаки і звіти про функціональні порушення з наданих документів так само, як і на звіт пацієнта.

Поточний огляд значної кількості пацієнтів є складнішим при догляді за ув'язненими, ніж в клініці або в умовах виправних установ. Пацієнти не мають регулярного призначення на огляд у лікаря; вони розкидані по всій території табору з колючим дротом, і їх часто переміщують з міркувань безпеки. Спільні зусилля мають спрямовуватися на розвиток і підтримку системи слідкування та спостереження за пацієнтами. Після того, як встановлено продовжуваний догляд, слід

визначити і контролювати чіткі критерії оцінки результатів для кожного конкретного випадку. Визначення критеріїв результату, можливо, будуть частиною цього процесу і нагадуватимуть звичайну клінічну практику.

Одне з найпоширеніших питань, що ставлять працівники охорони здоров'я за межами цих установ, — це чи дійсно військові «проводять терапію з тими хлопцями». Імовірно, більшість втручань мають у складі управління лікуванням, психологічне втручання, а також освіту або коротке психологічне консультування як підтримку, а не психотерапію як таку. Серед багатьох чинників, що погіршують створення терапевтичної довіри, є можлива короткотривалість догляду, а також культурні питання і питання конфіденційності, що заважають поглибленому лікуванню в більшості випадків. Проте, як і в будь-яких умовах, підходи до лікування мають бути скориговані з метою задоволення потреб людини.

Догляд за ув'язненими може бути короткотривалим і цілодобовим. Клінічна команда чергує в будь-який час. Хоча установа забезпечена фізичними заходами безпеки, щоб тримати агресивних і суїцидальних затриманих у безпеці, персонал місця утримання під вартою цінує впевненість, що за викликом консультанти з охорони психічного здоров'я нададуть допомогу, якщо затримані матимуть проблеми під час їхньої зміни. Лікарі-клініцисти повинні реагувати на кожен виклик, навіть якщо ситуація під контролем. Поширеною проблемою є загроза самопокалічення для отримання привілеїв у таборі. В Іраку, де багато історичних чинників сприяли самостійній ескоріації, були поширені виклики до затриманого, який робив неглибокий надріз поперек грудей із загрозою подальшого самоскалічення, якщо його вимоги не будуть задоволені. У Сполучених Штатах така поведінка може бути ознакою серйозної патології, але і в цьому оточенні така поведінка, радше, крайній приклад маніпулятивної або примусової поведінки з боку затриманої особи.

І, нарешті, команда охорони психічного здоров'я не буде працювати в ізоляції. Затримані, які одержують психологічну медичну допомогу, також перебувають під опікою медичної бригади. Деякі працівники охорони здоров'я надають

перевагу призначенню власних психотропних засобів, а деякі використовуватимуть психотропні ліки за правилами, проте для інших цілей, таких як управління болем. Неурядові організації часто беруть участь у координації соціальних послуг для ув'язнених. Необхідно встановити протоколи для координації закупівель ліків, а також координації догляду з командою охорони здоров'я, у тому числі закупівель медикаментів, ведення обліку та управління контактами соціального обслуговування. Команда охорони психічного здоров'я має спробувати на практиці ці протоколи перед входом в оперативну зону.

Переміщення підрозділу

Можна зробити деякі кроки для оптимізації процесу заміни підрозділів у слідчому ізоляторі. Підрозділ, що замінюється, імовірно, знати-ме про заміну принаймні за один або два місяці до переміщення. Якщо підрозділ, який прибуває, не зв'язався в цей період з підрозділом, який вибуває, підрозділ, що замінюється, має зв'язатись через керівництво та встановити робочі стосунки із заміною. Додатково для успішної передачі управління проводиться підготовка ув'язнених приблизно протягом місяця, що буде корисним для мінімізації перерв у роботі. Заміна повинна прибути завчасно, щоб співробітники змогли продемонструвати наявні процедури принаймні за тиждень до початку роботи.

Це кадрове переміщення зазвичай згадується як «ліве сидіння / праве сидіння при їзді». Щоб успішно налаштувати роботу нового підрозділу, рекомендується розподіляти співробітників з подібними ролями та обов'язками в пари з персоналом, який буде переміщено протягом декількох днів; це дозволяє новачкам пристосуватися до навколишнього середовища, побачити повсякденну роботу і ставити питання. Необхідно призначити дату надання обов'язків новому персоналу спершу в супроводі персоналу, який буде переміщено. Оптимально новий переміщений підрозділ повинен мати бодай один або два дні, щоб працювати незалежно до відправлення підрозділу, який вибуває, навіть попри те, що такий графік може зіткнутися з певними проблемами. І в TF MED 115,

і в TF MED 344 деякі медичні бригади були готові відмовитися від своїх обов'язків у день прибуття заміни. Інші, відчуваючи гордість та відповідальність, не почували себе комфортно, стоячи в стороні, тоді як новий персонал брав на себе обов'язки і вивчав усі аспекти роботи.

Зміни, як правило, відбуваються протягом одного року, і за цей час встановлюється певний контакт між персоналом і ув'язненими. Затримані розмовляють поміж собою та з медичним і немедичним персоналом. Вони часто мають деяке уявлення про те, коли відбуватимуться заміни персоналу; також їм відомо, що підрозділи зазвичай змінюються приблизно кожні 11–12 місяців. Ув'язнені мають активну зацікавленість щодо заміни і можуть ставити детальні питання. Вони зрозуміють процес заміни і, можливо, спробують з'ясувати, коли саме новий підрозділ розпочне роботу. Деякі цінують турботу і догляд, який вони отримали, і будуть занепокоєні з приводу майбутньої заміни і припинення роботи нинішнього підрозділу. Проте потрібно не забувати про безпеку: ув'язнені

не повинні мати дані, конкретні дати або будь-яку іншу інформацію, яка може бути використана як загроза для безпеки. Персонал має відповідати розпливчасто і запевнити ув'язнених, що догляд за ними триватиме; жодна інформація про переменування військ не повинна бути розголошена.

Підрозділи, що готуються до відбуття, часто з меншим інтересом і ентузіазмом ставляться до завдань реінтеграції й управління поточними завданнями. Персонал повинен підтримувати оперативну спрямованість: підрозділ, що відбуває, несе відповідальність за підготовку ув'язнених і підрозділу, що прибуває, до успішного, плавного переходу. Ефективний процес припинення роботи і добре спланований процес «лівого/правого сидіння» дасть підрозділу, що відбуває, можливість піти, знаючи, що місія, яку вони провели і поліпшили, буде передана людям, яких вони змогли навчити. Підрозділ, що прибуває, буде спиратися на наявні процедури та покращувати їх для оптимізації допомоги, яка надавалась протягом попередньої зміни.

ЕФЕКТИВНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕКЛАДАЧІВ

Спілкування з ув'язненими має велике значення для ефективної оцінки та їхнього лікування. Більшість ув'язнених не говорять англійською, і, якщо медичний персонал не володіє мовою затриманого, використання послуг перекладача має значення для отримання якісної історії хвороби. У деяких випадках для гарантування заходів безпеки перекладачів навмисно випробовують у різних місцях і службах, обираючи небагато осіб, що робить неможливим їх повне навчання. Подібний підхід може стати джерелом розбіжностей. Часто після знайомства з медичною командою перекладачі можуть поводити себе фамільярно і просити виняткового доступу до їхніх послуг. Це не є хорошою практикою. Під час роботи TF MED 344 не менше трьох досвідчених і, очевидно, дружних перекладачів було відсторонено від служби: двоє передавали інформацію ворожим елементам, а одного було переміщено за постійні прохання позбавитись форми. Безперервні питання про планування відпустки або іншу особисту інформацію, що може бути

нормою в інших умовах, не є ознакою надійного перекладача.

Малоймовірно, що багато перекладачів матимуть досвід у галузі охорони психічного здоров'я або глибокі знання термінології з охорони психічного здоров'я. Деякі культури мають різне розуміння таких термінів, як «галюцинації» або «марення», тому питання щодо цих симптомів можуть бути втрачені при перекладі і таким чином зробити огляд неефективним. Інші концепції можуть бути поширені в тій чи іншій культурі, деякі питання розглядаються як образливі або нешанобливі. Перекладачі можуть мати власні думки стосовно проблем пацієнта і не доклатимуть зусиль, щоб точно передати питання. Крім того, персонал повинен знати, що найняті перекладачі можуть бути традиційними ворогами затриманого населення: вони можуть походити з сусідніх країн, що перебувають у конфлікті, або дотримуватись різної політики.

Персонал потребує певного часу, щоб познайомитись із перекладачами і з'ясувати їхнє ро-

зуміння термінології охорони психічного здоров'я, а також оцінити їхню здатність передавати інформацію затриманим. Перекладачі повинні розуміти важливість кожного поставленого пацієнту питання та самостійного надання відповідей. Необхідно використовувати найманих перекладачів, коли це можливо, але недоступність перекладачів не повинна перешкоджати успішному виконанню місії. За відсутності найманого перекладача можуть знадобитись ув'язнені, які вільно володіють англійською мовою. Тюремний персонал може рекомендувати ув'язнених, які довели свою ефективність і, можливо, надавали

допомогу в інших випадках. Хоча лікарі спочатку можуть бути проти залучення ув'язненого в ролі перекладача, допомога надійного ув'язненого є надзвичайно ефективною і корисною. Ув'язнені можуть почувати себе комфортніше, відкриваючись іншому ув'язненому, якого вони поважають і яким захоплюються, аніж найманому перекладачу, якому вони не довіряють. Встановлення взаєморозуміння з ув'язненими має велике значення для успішного лікування, а іноді робочі взаємини з одним із ув'язнених, що говорить англійською, спроможні сприяти ефективним терапевтичним стосункам.

СТВОРЕННЯ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ

Важливо пам'ятати, що здебільшого у цьому оточенні діагноз є функціональним: мета не обов'язково полягає у визначенні етіології й характеру розладу, а скоріше в розробці ефективного лікування. Міжнародні стандарти надання медичної допомоги в цих умовах конкретизують лікування психічних розладів, які призводять до нездатності піклуватися про себе або підвищеного ризику погіршення функцій чи здоров'я; варто зробити наголос на функціональні порушення. Функціональна недостатність є одним із найважливіших компонентів при прийнятті рішення про надання догляду, особливо якщо ресурси обмежені. З цією метою персонал має:

- діагностувати, зважаючи лише на наявні дані;
- розробити процедури з використанням критеріїв, які максимізують функціональний результат і зроблять його якнайбезпечнішим;
- спиратися на результати моніторингу для коригування і, зрештою, титрувати лікування.

Діагностика і лікування в умовах ув'язнення вразливі для багатьох проблем, що не відчутні в інших умовах: мовні і культурні бар'єри для створення гарної комунікації; тонкощі щодо культурних чинників, пов'язаних зі значенням психічного захворювання для затриманого; тиск в місцях позбавлення волі, щоб придбати наркотики чи

заручитись увагою або, навпаки, задля відчуження від табору; групова динаміка, що впливає на поведінку особи. Відсутність надійної інформації, можливість необ'єктивного перекладу й упередженого ставлення тюремного персоналу до психічних захворювань і хворих ув'язнених безмірно ускладнюють ситуацію. Доступна інформація містить особисті звернення ув'язнених, повідомлення від третіх осіб (ув'язнених з табору чи тюремного персоналу), записи медичного персоналу, що надають допомогу під час ув'язнення, огляд і функціональну оцінку. Оскільки переклад може бути ненадійним, медичне опитування повинно спиратись на спостереження за поведінкою більшою мірою, ніж до цього звикла значна частина лікарів.

Принципи психологічної програми управління та надання допомоги

Створення програми управління психологічними проблемами або проведення консультацій — надзвичайно важлива частина успішної місії надання психологічної допомоги ув'язненим. Військова поліція має справу з психічними проблемами щодня і часто звертається до команди охорони психічного здоров'я за порадою і підтримкою. Деякі ув'язнені перевіряють межі дозволеної поведінки, на що потрібно ефективно реагувати, аби завадити іншим діяти аналогічним чином. Часто

неприйнятна поведінка трапляється для досягнення вторинних цілей, тому команда охорони психічного здоров'я може навчити співробітників виправних установ проведенню відповідних заходів для вирішення проблеми без переваг для ув'язненого (який своєю поведінкою спричинює поширення подібної поведінки в інших ув'язнених). Психологічна програма управління поведінкою може розширити можливості співробітників виправних установ і значно зменшити неадекватну поведінку затриманих.

Співробітники тюремної служби режиму у виправних установах мають одне з найскладніших робочих місць серед військових. Штатний персонал може мати досвід роботи у виправних установах і використовувати свій попередній досвід і підготовку для ефективного управління неадекватною поведінкою. Інші не мають досвіду роботи в таких установах і можуть працювати в середовищі з ув'язненими вперше після дуже обмеженого навчання. Стикаючись із ворожим ставленням ув'язнених, більшість тюремного персоналу щодня виконує надзвичайну роботу з підтримання порядку і дисципліни. Коли в'язні поводять себе так, що становлять загрозу для себе або інших, персонал місця утримання викликає медичну бригаду охорони психічного здоров'я для допомоги. Для полегшення роботи команди медичному персоналу необхідно встановити робочі стосунки з працівниками виправної установи на початку розгортання. Працівники охорони психічного здоров'я мають проінформувати пенітенціарний персонал щодо найбільш поширеної поведінки, пов'язаної з психічними захворюваннями; необхідно заохотити їх звертатись по допомогу до працівників охорони психічного здоров'я, якщо вони мають занепокоєння чи не впевнені щодо того, як впоратись із конкретною ситуацією. Тюремний персонал цінить наявність можливості зателефонувати фахівцям охорони психічного здоров'я, якщо їм потрібна допомога. Часто поведінку можна контролювати шляхом простого видалення затриманого з його оточення або даючи затриманому можливість деякий час побути на самоті, далеко від інших ув'язнених. Крім того, команда охорони психічного здоров'я відповідає за навчання тюремного персоналу, щоб вони могли визначити, коли затриманий має психічний

розлад I осі або коли має розлади особистості, затримку психічного розвитку (психічний розлад II осі); персонал місця ув'язнення повинен зв'язатися з медичною командою для огляду психічного стану. Хороший клінічний огляд допоможе визначити основну проблему і прийняти відповідне рішення щодо врегулювання ситуації.

Первинні проблеми осі II розповсюджені серед осіб, що перебувають у виправних установах, тому вони також можуть виникнути і в ув'язнених. Найпоширеніші причини для імітації психічного розладу передбачають вторинну користь; наприклад, бажання отримати більше сигарет, бути переміщеним у приміщення з кондиційованим повітрям, а також безліч інших причин, які приносять задоволення ув'язненому або зменшують його страждання. Неадекватна поведінка може містити самоагресію, наприклад порізи, ковтання колючого дроту, суїцидальні погрози, суїцидальні жести, імітацію апоплексичного нападу або інших станів, які зазвичай вимагають переміщення з місця ув'язнення і огляду в умовах медичного стаціонару. Така поведінка може бути значно зменшена за наявності медичної або психічної команди охорони здоров'я, котра оцінює ув'язнених в їхньому життєвому просторі та приймає рішення про їх переміщення тільки за медичними показаннями. Проте контакт із групою охорони психічного здоров'я на місці може стати метою ув'язненого.

Попри деяку схожість виправних установ, догляд за ув'язненими є унікальним, і загальні клінічні припущення щодо етіології мають припускати можливість імітації. Хоча деякі ув'язнені рідко себе або загрожують самогубством, щоб їх перемістили до іншого місця, поведінка інших здатна мати більш згубну мету. Наприклад: відволікти увагу, щоб створити загрозу іншому затриманому або навіть вбити його; відволікти увагу тюремного персоналу, щоб побудувати тунель чи подати сигнал до бунту. Часом може й не бути жодних очевидних причин для такої поведінки. Якось 2005 року затриманих привезли до Абу-Грейб з іракської в'язниці. Усі вони були обстежені як з медичної, так і психічної точки зору; більшість із них знаходились у поганому стані через суворі умови іракської в'язниці. Працівники охорони здоров'я дещо здивувались, що більшість ув'язнених були

задоволені поверненням до Абу-Грейб, де їх обстежували та сортували впродовж місяців перш ніж повернути іракцям. Один із цих людей був надзвичайно задоволений і голосно виражав своє вдовolenня через повернення до відносного комфорту американської установи позбавлення волі, проте впродовж години після повернення до табору зімітував апоплексичний напад.

Наявність визначеної зони спостереження, розташованої в установі позбавлення волі, дає медичному персоналу змогу надавати допомогу затриманим і обмежує потребу в транспорті поза установою. Додатково до спостереження основна медична допомога, зокрема накладання швів, перев'язки, перевірка життєво важливих показників, забезпечення лікарськими засобами, а також інші необхідні заходи, які не потребують транспортування до лікарні, можуть бути надані у місці позбавлення волі. Визначена зона повинна розташовуватися поблизу командного пункту тюремного персоналу або в іншому місці, де за затриманими можуть спостерігати постійно, але в межах установи ув'язнення і якомога ближче до житлового сектору; так що навіть безпосередній контакт з командою охорони психічного здоров'я може бути обмеженим у випадку підозри симуляції для отримання цього контакту. TF MED 115 впералась із самотравмувальною поведінкою одного ув'язненого, суворо обмеживши доступ пацієнта до лікарні; необхідна була постійна підтримка медичних команд невідкладної допомоги, яких викликали для перев'язки ран середньої тяжкості, яких завдав собі ув'язнений. Таким чином, цей план виправдав себе.

Розподіл і видача лікарських засобів

Деякі ув'язнені з психічними захворюваннями потребують лікарських засобів, інші — ні. Тому для ефективного лікування відповідних захворювань деяким ув'язненим необхідно призначати відповідні лікарські засоби. Психічні захворювання серед ув'язнених відображають хвороби серед населення в цілому і містять розлади настрою, тривожні неврози, психотичні розлади, розлади через вживання психоактивних речовин, розлади особистості та інші перераховані в Діагностично-

му та статистичному довіднику психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders). Багато лікарських препаратів, які зазвичай використовуються і наявні в Сполучених Штатах, не доступні по всьому світу, так що культурна обізнаність може відігравати важливу роль у призначенні відповідних препаратів. Конкретного ув'язненого могли ефективно лікувати психотропними препаратами до затримання, і його варто залишити саме на такому лікуванні. Крім того, якщо лікування необхідне, воно має тривати і після звільнення ув'язненого; асортимент ліків, доступних у місцевій економіці, слід уважно розглянути, щоб отримати впевненість у доступності та безперервності лікування. В іншому випадку показання, протипоказання, побічні ефекти, а також керівні принципи призначення лікарських засобів певного класу залишаються тими ж, як і за інших обставин.

Залежно від кількості ув'язнених і кількості осіб, які потребують ліків, видача може бути складним і трудомістким процесом. Необхідно приділяти увагу запобіганню накопичення та розглянути питання про потенційну летальність або медичні ускладнення. Якщо це можливо, потрібно обирати ліки, які можна приймати щодня, а не частіше, це забезпечить дотримання умов медичного призначення і зменшить затребуваність персоналу, що розподіляє ліки.

Кожен співробітник, який відповідає за видачу ліків, має пройти навчання з правильної техніки розподілу. Методика, по суті, така ж, як та, що практикується в багатьох в'язницях США: кожна доза розподіляється окремо; кожен прийом ліків має проходити на очах медичного працівника для запобігання обману чи накопичення. Дії мають бути послідовними, щоб гарантувати, що пацієнт отримує ліки правильно і насправді проковтує їх (додаток 40.1).

Ця процедура необхідна для будь-яких ліків, і кожний пацієнт має виконувати встановлені правила. Накопичення ліків може стати серйозною проблемою, а зловживання психотропними речовинами є поголовним серед ув'язнених. Медичні працівники, у тому числі працівники охорони психічного здоров'я, мають пройти тренування стосовно цих проблем, а їхнє керівництво має проводити вибіркові перевірки для забезпечення

дотримання процедури. Медичний персонал психічної охорони здоров'я повинен взяти на себе провідну роль у цьому процесі. Ув'язнені інколи протестують на початковому етапі, але при продовжуваній процедурі підкорюються без вагань. Крім того, процес взаємодії з ув'язненими двічі в день покращує терапевтичний альянс: деякі з них вважають цю взаємодію надзвичайно сприятливою і визнають клінічну користь від взаємодії, хоча цей процес може бути трудомістким і дуже вимогливим до медичного персоналу. Співробітники можуть по черзі видавати ліки. Це також допомагає запобігти «вигоранню» і допомагає персоналу краще пізнати ув'язнених.

Деякі в'язні можуть лікуватись іншими лікарськими препаратами, які призначили різні працівники охорони здоров'я. Необхідно постійно переглядати медичну карту або перевірити призначені ліки для кожного ув'язненого, щоб впевнитись у відсутності протипоказань або несумісності ліків. Медичні працівники повинні обговорити потенційні побічні ефекти кожного лікарського засобу з кожним в'язнем і впевнитись, що кожен з них дав інформовану згоду перед початком лікування. Програма надання інформації про ліки корисна для підготовки ув'язнених до можливого звільнення, коли вони, імовірно, отримують запас препаратів на кілька днів.

Обмін даними з іншими сторонами

Від початку розгортання необхідно налагодити взаємодію з медичним персоналом охорони психічного здоров'я в інших місцях утримання під вартою. Ув'язнені часто передаються з одного місця розташування до іншого, залежно від правових питань, пов'язаних із їхньою справою. Зв'язок між таборами для затриманих забезпечує ефективну передачу ув'язнених з психічними проблемами зі здоров'ям і покращує продовження безперервного лікування. Заклад, що отримує ув'язненого, повинен підготуватись шляхом перегляду відповідних медичних записів, отримання відповідних ліків і обговорення будь-яких проблем зі співробітниками, які лікували ув'язненого. За відсутності робочих взаємин між співробітниками команди, що передають чи от-

ПРОЦЕС ВИДАЧІ ЛІКІВ ДЛЯ УВ'ЯЗНЕНИХ

- Перевірити особу пацієнта шляхом порівняння посвідчення особи ув'язненого або пов'язки на руці особи, яка прийшла на лікування (продаж пов'язок в обмін на послуги – поширений випадок); не надавати ліки особам, які не пройшли ідентифікацію.
- Надавати ліки лише одноразовими дозами; не давати ув'язненим, які потребують ліків двічі на день, однією дозою зранку.
- Попросити ув'язнених протягнути руку і покласти ліки на їхню долоню.
- Переконатись, що в них є вода для полегшення ковтання ліків.
- Уважно спостерігати за тим, як ув'язнені кладуть таблетку до рота та ковтають її.
- Опісля того, як ув'язнені проковтнули, попросити їх відкрити рот і витягти язик, щоб перевірити, чи дійсно вони проковтнули ліки. Попросити ув'язнених показати відкриті долоні, щоб впевнитись у тому, що вони не приховали ліки в руці.
- Переконавшись, що ув'язнені дійсно прийняли ліки, їх можна виводити з відділення.

римують ув'язнених, можуть бути невідготовленими, і це може вплинути на догляд за пацієнтами. Спілкування між співробітниками на різних територіях має відбуватися на регулярній основі, оскільки переміщення часто бувають раптовими і несподіваними. Частота може бути визначена на підставі ступеня важкості захворювання пацієнта і потреби надання допомоги. Команда, що отримує пацієнта, повинна отримувати інформацію про нього до його переведення. Проблеми виникають тоді, коли в'язні, прибуваючи на нове місце, сповіщають, що вони приймали психіатричні препарати або отримували психіатричне лікування, і немає жодних відомостей про лікування. Часто ув'язнений може не знати, що йому призначені ліки. Без знання діагнозу і результатів попереднього лікування ефективний план лікування може бути перерваний, затриманий повинен буде пройти огляд та оцінку і знову розпочати процес лікування. А це є розчаруванням як для ув'язненого, так і для персоналу охорони психічного здоров'я.

ОСОБЛИВІ КЛІНІЧНІ ПРОБЛЕМИ

Найпоширенішими синдромами при догляді за ув'язненими є ситуативні реакції на захоплення і судовий вирок, страх перед іншими ув'язненими, страждання, пов'язані з відділенням від родини, і реакції на неминучу бездіяльність, пов'язану із ув'язненням. У в'язнів часто присутня гостра тривога відразу ж опісля прибуття в місце позбавлення волі або місця утримання до суду. Вони часто скаржаться на втому, пригнічений настрій або симптоми, пов'язані з хронічним безсонням і бездіяльністю. Розуміння цих ситуаційних чинників може зменшити гіпердіагностику та надмірне використання ліків у цієї групи пацієнтів.

Особи, які перебувають в ув'язненні, часто намагаються встановити контроль, отримати особливі привілеї або зменшити нудьгу способами, які притягують увагу команди охорони психічного здоров'я.

Агресія до інших, незвичайна поведінка, така як купання в стічних водах, а також суїцидальні заяви або парасуїцидальна поведінка можуть бути типовими ознаками психічного захворювання, але в цьому контексті часто стають маніпулятивними проявами або перевіркою. Голодування та інші дії серед ув'язнених детально обговорюються нижче через їхній незвичайний політичний характер. Диференційний функціональний діагноз та навчання пенітенціарного персоналу управління поведінкою є важливими інструментами в управлінні цими потенційно негативними проблемами.

Когнітивні розлади є особливою проблемою в догляді за ув'язненими. Первинні розлади, які можуть бути присутніми, містять весь спектр цих хвороб: порушення розвитку, включаючи розумову відсталість; придбану гостру або хронічну черепно-мозкову травму; метаболічні, судинні або інші інвазивні ураження чи пов'язану з віком деменцію. Усі вони виникають через особливі обставини, що впливають на здатність ув'язненого функціонувати, і викликають особливі зобов'язання персоналу з догляду за в'язнями. На жаль, більшість інструментів, призначених для виявлення когнітивних порушень, нечутливі до культурних чинників і до освітньої депривації, що робить їх непридатними в цьому оточенні; навіть

якщо вони ефективні, необхідні послуги неупередженого перекладача.

Недоторканність приватного життя і конфіденційність є проблемами в системі охорони психічного здоров'я, що виникають постійно. Попри доброзичливе ставлення до права ув'язненого на конфіденційність, у цьому оточенні навіть право відмовитися від лікування може бути спірним, якщо поведінка в'язнів спричиняє істотний ризик для них самих або для інших. Персонал охорони психічного здоров'я має законний інтерес до психічного стану ув'язнених із серйозними емоційними або когнітивними проблемами, як і пенітенціарний персонал, відповідальний за табір для військовополонених.

Цілком імовірно, що інші ув'язнені знати-муть про психічні проблеми зі здоров'ям пацієнта, особливо якщо порушується його поведінка. Опитування повинно проводитися публічно, чи принаймні за присутності охоронця. Виправдана повага до людської гідності й недоторканності приватного життя завжди необхідна, але в цьому оточенні конфіденційність в найбільш строгому тлумаченні малоімовірна і не повинна бути об'єктом.

Медична документація — це ще одна особлива клінічна проблема у військових умовах місць позбавлення волі. Міжнародні стандарти вимагають єдиної форми медичних документів, які супроводжують пацієнта та можуть бути доступними для перегляду пацієнтом (або його представником) чи контролюючим органом, таким як Міжнародний Червоний Хрест. Ця очевидно проста вимога ускладнюється, як правило, розосередженням місць позбавлення волі. Установою для зберігання медичної документації буде лікарня, а не табір, що вимагає технічного забезпечення можливості внесення робочих записів. У нинішньому конфлікті ув'язнені ідентифікуються за номером, а не за іменем через неясність у встановленні особи, а також для захисту людини. Це також ускладнює ідентифікацію пацієнта і його медичних документів. Часте переміщення ув'язнених з міркувань безпеки або через юридичні причини ще більше ускладнює дотримання стандартів медичної документації.

ГОЛОДУВАННЯ: УНІКАЛЬНА КЛІНІЧНА ПРОБЛЕМА

Психологічні консультації щодо голодування є особливою або командно-спрямованою оцінкою, що потребує участі працівника охорони психічного здоров'я рівня доктора для відповідності критерію, еквівалентному догляду за ув'язненими. Залучений військовий психолог, психіатр або соціальний працівник рівня доктора повинен бути інформований про міжнародні стандарти для лікування тих, хто голодує, і політики щодо голодування; а також про культурні чинники, що впливають на рішення ув'язненого голодувати. Якщо це взагалі можливо, він має проконсультуватися з керівником об'єкта, з військовим прокурором, а також з основним лікарем затриманого, щоб визначити контекстуальні та ситуаційні питання, перш ніж вступати в контакт із затриманим або виносити рекомендації для команди.

Існує сильна міжнародна налаштованість на підтримку голодуючих, яка спирається на історію застосування голодовок на знак протесту проти репресивних політичних режимів. Міжнародна медична спільнота підтримує самовизначення затриманих і забороняє примусове годування [6, 7]. Проте не всі голодування мають однаковий ступінь легітимності [8]. Особи, які відмовляються від харчування для протидії, зустрічаються набагато частіше, ніж політичні голодні протести. Такі випадки мають набагато більше шансів швидкого припинення без негативних наслідків.

Типовий протокол голодного страйку [9] вимагає, щоб працівник охорони психічного здоров'я оцінював стан ув'язненого на початку голодного протесту та щоденно під час голодування. На додачу до ускладнень через ворожу природу місць позбавлення волі, крос-культурні аспекти оцінки у військовому контексті роблять це завдання складним. Оскільки оцінка буде тривати протягом голодування, працівник охорони здоров'я повинен бути поінформований про типовий хід голодовки та її вплив на емоційний і когнітивний статус індивіда.

Оцінка

Затриманий, який бере участь у голодуванні, не може відмовитися від виправданого огляду. Ситуа-

ція є аналогічною при оцінюванні особи, підозрюваної у деменції, яка не хоче проходити медичне оцінювання: цей огляд проводиться в інтересах пацієнта. Попри це, важливо спробувати отримати інформовану згоду на цей і наступні огляди за умови встановлення розумних робочих стосунків із пацієнтом. Повинні бути визначені мета, масштаби і обмеження огляду, межі взаємин із медичним працівником, роль конфліктів, які можуть розвиватися, а також питання конфіденційності медичної документації. Якщо затриманий відмовляється відповідати на питання, нагляд і дані з паралельних джерел інформації набувають вирішального значення у встановленні дієздатності особи. В одному із таких випадків у театрі воєнних дій лікарю був наданий фіксований протокол опитування, що дозволило оцінити короткочасну, довгострокову і процедурну пам'ять; для цього використовувались спеціальні запитання. Психолог спостерігав за пацієнтом по замкненому контуру телевізійної системи, щоб забезпечити клінічну оцінку когнітивного статусу пацієнта.

Відповідні чинники первинної оцінки дієздатності пацієнта швидко визначають наявність психічного розладу, що впливає на судження і прийняття рішень. Проблеми з імпульсивним управлінням призводять до розладів поведінки. Когнітивний розлад включає розумову відсталість, черепно-мозкову травму чи недоумство, примус або вплив на інших і неточну оцінку ситуативної інформації. Особиста історія, записи з медичної установи і клінічне спостереження під час огляду є важливими інструментами оцінки пацієнта. Стандартні когнітивні інструменти навіряд чи будуть доступні, що робить психометричну оцінку деменції або когнітивного розладу важкими. Останні два перераховані чинники, примус або вплив на інших і неточність оцінки ситуативної інформації, є менш доступними для історичного огляду або прямої оцінки, але є важливими проблемними ділянками. Команді TF MED 344 вдалося уникнути одного голодного страйку, що лише починав зароджуватись, шляхом уточнення процесу судового перегляду для ув'язненої особи.

Первинний огляд має уточнити, чи затриманий хоче брати участь у голодуванні. Мовні

проблеми і плутанина на полі бою можуть створювати помилкові висновки. Так, зокрема, один затриманий був переданий до третинного табору інтернованих з приводу голодування на початку 2006 року; він відразу ж заперечив намір голодувати, коли його опитували у відділенні невідкладної допомоги, і почав їсти, як тільки йому вилікували шлунково-кишковий розлад і в нього пройшла нудота. У межах уточнення намірів працівник охорони психічного здоров'я обговорює з кожним затриманим, чи планує він голодувати до смерті або чи прийме він медичні поради і обмежить голодування, коли його здоров'я опиниться під загрозою.

Працівник охорони здоров'я має уточнити причину початку голодування ув'язненого. Однак працівник охорони здоров'я не бере участі в переговорах з ув'язненим щодо його вимог через цілу низку причин: збереження корисного нейтралітету із ув'язненим відокремлює проблему відмови від їжі від проблеми, яку ув'язнений хотів би довести до відома громадськості. Це є важливою стратегією в управлінні ситуацією голодування. В одній із типових ситуацій голодування ув'язнений починав кожну розмову з прохання побачити командира; на кожен запит надавалась відповідь, що командир знає про прохання, і психолог не зміг нічого зробити, щоб сприяти вирішенню цієї проблеми.

Обов'язково потрібна щоденна оцінка емоційного і когнітивного стану ув'язнених. Її має здійснювати основний лікар, який дозволить працівнику охорони психічного здоров'я переглянути будь-які медичні чинники, що можуть впливати на ув'язненого, і запитати основного лікаря про взаємодію з пацієнтом. Початкові огляди, як правило, не надто плідні, окрім допомоги в створенні моделі стосунків, а когнітивні й емоційні зміни малоймовірні протягом першого тижня голодування.

Наступні огляди містять оцінку тонких когнітивних змін, викликаних змінами харчування: наприклад, тенденція приймати більш ризиковані рішення, більш дратівлива поведінка і все більше опозиційних проявів, особливо в ситуаціях, пов'язаних із конфронтацією [10]. Незначні проблеми з пам'яттю або концентрацією можуть сигналізувати про початок делірії через зниження

метаболізму, лікарські засоби, зміни в харчуванні або дисфункції органів. Усі ці проблеми необхідно виявити якомога раніше, щоб уникнути швидкого когнітивного погіршення. Страйкарі, що голодують, із суїцидальним наміром або хворобливою ідеєю, деформацією орієнтації або зниженням інтересу до приємної діяльності можуть бути в стані пригнічення — це умова, за якої ув'язнені можуть дозволити лікування. Медичний огляд також оцінює довіру ув'язненого до лікаря, розуміння медичної інформації, яку йому надають, і його намір продовжувати голодування.

Когнітивні заходи чутливі до освітніх і культурних чинників і вразливі у практичному застосуванні (лише кілька методів були нормовані для використання в різних культурах). Їхнє повторне проведення на щоденній основі може призвести до втрати ефективності цих засобів так само, як інформація, яку вони здатні забезпечити, стає більш цінною. Працівник охорони психічного здоров'я повинен розробити протокол спостережень із використанням звичайних взаємодій в умовах утримання під вартою, щоб оцінити пам'ять, концентрацію, швидкість мови і координації рухів, а не покладатися на тести.

Документування результатів має вирішальне значення. Існує три можливі результати голодування: ув'язнений закінчує голодування добровільно, ув'язненого годують примусово або затриманий помирає від ускладнень, пов'язаних із відмовою від їжі. Особливо у випадках примусового годування або смерті усі заходи як основа для подальших медичних і управлінських рішень щодо медичної допомоги повинні бути чітко задокументовані та збережені.

Втручання

Працівник охорони психічного здоров'я не може співпрацювати примусово або зі стратегіями, що вводять в оману, чи погоджуватись зі стратегіями, які можуть бути сприйняті як жорстоке поводження із ув'язненим. Хоча було б розумним не надавати привілеїв або утримувати ув'язненого в ізоляції, щоб запобігти поширенню його ідей чи примусу, проте не можна обмежувати доступ до засобів особистої гігієни і фізичних вправ. Можуть бути корис-

ними презентація гарних страв і приємних ароматів, навмисний показ інших осіб, що їдять. Однак драгування їжею або надмірний її показ здатні сприйматись як насилля і, швидше за все, призведуть до зворотних результатів. Загрози або примусове годування спричинюють зворотні результати, створюють негативну атмосферу і вважаються примусовими в міжнародному співтоваристві.

При психологічному управлінні голодуванням необхідно зосередити увагу на обмеженні неадекватної уваги до ув'язненого під час голодування, щоб зменшити ненавмисне посилення небажаної поведінки. Лікувальний процес і адміністративні переговори повинні бути прозаїчними, без емоційного навантаження. Слід докласти зусиль, щоб відокремити лікування голодування і проблеми, підняті затриманим: особа, яка приймає рішення щодо вимог, повинна бути незалежною від медичного і тюремного персоналу, що працює із затриманим. Ці дві проблеми не варто пов'язувати в ході дискусій із затриманим.

Консультації

Військовий працівник охорони психічного здоров'я консультується зі штатним лікарем, щоб отримати вказівки стосовно різних аспектів ситуації голодування; часто ці методи не передбачені командуванням. Досвід поважних у цій галузі авторів підказав, що очікування команди можуть бути досягнуті через консультанта. Адже існує можливість, що працівник охорони психічного здоров'я має більш повне уявлення про мотивацію голодуючого або що він якоюсь мірою буде в змозі втрутитися і спонукати ув'язненого до завершення голодування. Чітке розмежування ролей і можливостей має особливе значення.

Медичні працівники мають велике значення у захисті як пацієнта, так і військового командування від несприятливих наслідків голодування. Дотримання ретельного балансу між консультуванням з догляду за голодуючим та врівноваженням конкуруючих етичних проблем, що часто пов'язані з цією ситуацією, а також визнання міжнародних стандартів медичної допомоги вимагають вдумливого підходу і консультування команди стосовно ефективних дій у такого роду ситуаціях.

Працівник охорони психічного здоров'я обговорює з лікарем доступну літературу про голодування та про норми поведінки, пов'язані з доглядом як за тими, хто голодує з термінальною метою, так і за тими, хто готовий звернутися по медичну допомогу, а також про важливість недопущення змагальних стосунків із пацієнтом. Лікар повинен встановлювати і підтримувати критерії оцінки для різних рішень, у тому числі інформувати пацієнта про його критичний стан і надавати дані, які є сигналом для команди про можливу неспроможність медичної допомоги.

Командування, імовірно, розгляне питання примусового годування на початку страйку, частково тому, що наслідки дозволу ув'язненому померти під вартою є екстремальними, і частково через обмеженість знань про ймовірний термін голодування. Однак підтримування життя ув'язненого за допомогою примусового годування може просто продовжити голодування, що несе власні медичні ризики і, можливо, не буде необхідне за станом здоров'я в перші тижні страйку. Добра медична порада має вирішальне значення для обмеження різкої реакції командування. Ефективні консультації стосовно підходів до вирішення питання голодного страйку дасть командуванню можливі методи дій, окрім методів примусу.

ВИСНОВКИ

Надання психіатричної допомоги в зоні бойових дій ворожим бійцям створює унікальні професійні й особисті проблеми. Немає жодної аналогічної ситуації в цивільному просторі.

Оскільки ця місія унікальна, важливо мати чітке розуміння клінічної місії і властивих їй систем-

них проблем до входу в зону операцій. Украй важливо розуміти весь політичний і гуманітарний вплив ролі працівника охорони психічного здоров'я в цій обстановці, щоб оцінити важливість місії та примирити складні й часто суперечливі емоції та реакції.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of Justice, Federal Bureau of Prisons. Program statements for medical, dental, and health policies (6000 series). Available at: <http://www.bop.gov/DataSource/execute/dsPolicyLoc>. Accessed July 8, 2010.
2. American Public Health Association. *Standards for Mental Health Services in Correctional Institutions*. 3rd ed. Washington DC: APHA; 2003.
3. US Department of the Army. *Enemy Prisoners of War, Retained Personnel, Civilian Internees and Other Detainees*. Washington, DC: DA; 1997. Army Regulation 190-8.
4. US Department of the Army. *Medical Support to Detainee Operations*. Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.46.
5. US Department of the Army. *The Law of Land Warfare*. Washington, DC: DA; 1956. Field Manual 27-10.
6. World Medical Association. WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers. Available at: <http://www.wma.net/en/3opublications/10policies/h31/index.html>. Accessed July 8, 2010.
7. English V, Gardner J, Romano-Critchley G, Sommerville A. Management of prisoners on hunger strikes. *J Med Ethics*. 2001;27:203-204.
8. Reyes H. Medical and ethical aspects of hunger strikes in custody and the issue of torture. International Committee of the Red Cross Web site. 1998. Available at: <http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/health-article-010198?opendocument>. Accessed July 8, 2010.
9. Oklahoma Department of Corrections. Hunger strikes. Operations Memorandum 140122. Available at: www.doc.state.ok.us/Offtech/op140122.pdf. Accessed July 8, 2010.
10. Fessler DMT. The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers. *J Med Ethics*. 2003;23:243-247.

Розділ 41

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ СПОЛУЧЕНОГО КОРОЛІВСТВА

Ніл Грінберг^I · Джеймі Хакер Хью^{II} ·

Марк Ерншоу^{III} · Саймон Веселій^{IV}

ВСТУП

ІСТОРІЯ

СУЧАСНА СЛУЖБА ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Оперативна організація

Судова справа Міністерства оборони щодо посттравматичного стресового розладу

Система управління ризиками травмування

СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА МАЙБУТНІ НАПРЯМИ ДІЙ

ВИСНОВКИ

- ⁱ Доктор медицини, командор, Медичний корпус, Збройні сили Сполученого Королівства; професор захисту психічного здоров'я, Королівський коледж, London, Weston Education Centre, Cutcombe Road, London SE5 9RJ; у минулому – старший викладач військової психіатрії, Академічний центр оборони психічного здоров'я, Королівський коледж, London.
- ⁱⁱ Доктор психології, директор клінічної психології оборони, Міністерство оборони, Об'єднана медична команда, Coltman House, Whittington Barracks, Lichfield, United Kingdom WS14 9PY; у минулому – старший викладач військової психології, Академічний центр захисту психічного здоров'я, London, United Kingdom.
- ⁱⁱⁱ Бакалавр гуманітарних наук, магістр, підполковник, Корпус медичних сестер Армії імені королеви Олександри, Міністерство оборони, St Georges Court, Bloomsbury Way, London, WC1A 2SH, United Kingdom; у минулому – науковий співробітник, Науковий центр захисту психічного здоров'я, London, United Kingdom.
- ^{iv} Доктор медицини, завідувач відділу, відділ психологічної медицини, Королівський центр військових досліджень у сфері охорони здоров'я, Королівський коледж, Weston Education Centre, 10 Cutcombe Road, London SE5 9RJ United Kingdom; у минулому – почесний викладач судової психіатрії, Інститут психіатрії, London, United Kingdom.

ВСТУП

Служба охорони психічного здоров'я Збройних сил (DMHS — Defense mental health services) Великої Британії насамперед заснована для громад і надає громадські послуги як для оперативних, так і для внутрішніх сил, що становлять 200 000 осіб

персоналу Збройних сил Великої Британії. Цей розділ розглядає історію військової служби охорони психічного здоров'я в Сполученому Королівстві Великої Британії та подає сучасні важливі процедурні й оперативні аспекти DMHS.

ІСТОРІЯ

Дотримуючись традицій як найстаріший вид Збройних сил Великої Британії, Королівський військово-морський флот першим створив відповідні послуги з управління, надання допомоги та лікування військовослужбовців, які страждають від психологічних проблем. У серпні 1818 року було відкрито психіатричну лікарню при Королівському військово-морському госпіталі Гаслар (Haslar) [1]. До сьогодні Королівський військово-морський департамент психічного здоров'я (DCMH — Department of Community Mental Health) працює при госпіталі Гаслар. З початком Першої світової війни, у 1914 році, військові британські психологи і невропатологи були відправлені в місця розгортання до Франції на підтримку британських військ. Працюючи в мобільних польових госпіталях і спостерігаючи за випадками захворювань у пунктах евакуації поранених та хворих, а пізніше у лікарнях для хворих із ще не встановленим неврологічним діагнозом (NYDN — Not yet diagnosed neurological), лікарі бачили велику кількість особового складу, що страждав від «військової контузії», «кардіоневрозу» і подібних синдромів. Таких хворих було визнано непридатними для подальших бойових дій, принаймні у найближчому майбутньому; їх евакуювали в тил або до Великої Британії [2]. Було створено велику кількість лікарень по всій Великій Британії,

включаючи Крейглокхарт [3], лікарню Сіл Хейн, перероблену із сільськогосподарського коледжу, та багатопрофільну лікарню № 2 сера Едвард Мепазе (Edward Marother) у Стокпорті [4]. Ці заклади проводили лікування контузії та інших розладів, аби повернути, якщо це можливо, бійців на фронт, щоб вони могли продовжувати боротьбу. Спеціалізовані навчальні курси з військової психіатрії впровадив Гордон Мот (Gordon Mott) в лондонській лікарні Модслі та в лікарні Магхулл в Ліверпулі. Спеціалізовані центри з лікування кардіоневрозу були також створені в Маунт-Вернон в Хемпстеді та Собраон Хауз в Колчестері.

Хоча Британське психологічне товариство і створили в Університетському коледжі Лондона в 1890-ті роки, під час Першої світової війни психологія була переважно експериментальною наукою. Це відбувалося за кілька років до того, як психотерапія та клінічна психологія стали окремими повноправними дисциплінами. Перші військові лікарі-психологи, такі як Чарльз Миєрз і Вільям Ріверз (Charles S. Myers and William H. Rivers), були здебільш лікарями-терапевтами. Пізніше Миєрз став консультуючим психологом Британських експедиційних військ, а Гордон Голмс (Gordon Holmes) — консультуючим неврологом. Миєрз створив чотири передові центри NYDN за зразком французької системи [5], а потім ще п'ять

передових центрів «кардіоневрозів» у Франції на додачу до лікарень у Великобританії. Ці заклади були створені задовго до того, як американський психіатр Томас Салмон побував у Франції в 1917 році та сприяв виникненню того, що відтоді почали називати «передовою психіатрією» [6].

Після Першої світової війни Великобританія створила мережу спеціальних цивільних лікувальних центрів і лікарень для лікування продовжуваних розладів, породжених війною, які сягнули апогею в 1921 році. (Водночас майже 15 000 стаціонарних і 3000 амбулаторних хворих і далі страждали від психічних розладів, пов'язаних із війною). Переважна більшість тих, хто працював протягом всієї війни у британських військових службах охорони психічного здоров'я, повернулися до громадської діяльності. Однак дехто залишився в службах, утворивши ядро лікарів-психологів, що працювали на початку Другої світової війни. Королівським військово-морським силам, Армії та новим Королівським військово-повітряним силам (RAF — Royal Air Force), сформованим між війнами з Королівської авіації Сухопутних військ (які спочатку були частиною Армії), були необхідні додаткові лікарі. Таким чином, неврологи і психіатри набиралися з чотирьох основних джерел (всі з Лондона): клініка Тевісток (Армія), лікарня Моудслей (Королівські ВМС), лікарня Святого Джорджа (Королівські ВМС) і лікарня Гая (Королівські ВПС) [7].

Уперше психологи залучалися для роботи щодо підбору персоналу. Якщо б не це, структура військової служби охорони психічного здоров'я Британської армії під час Другої світової війни була б такою ж, як і під час попередньої війни. Окрім передових лікарень, працювали лікарняні заклади по всій Великобританії. Серед них — невропатична лікарня № 4 в Бішопс Лейард, де психоаналітик Гадфілд (JA Hadfield) у клініці Тавісток одним із перших застосовував колективний гіпноз та зняття нервово-психічної напруги, та більш відомі центри у Норсфільді, у яких працювали засновники групової психотерапії Вілфрід Біон, Джон Рікман і Майкл Фолкес (Wilfred Bion, John Rickman, Michael Foulkes). Окрім того, передову психіатрію почали практикувати (випадково або за потребою, але все частіше спеціально і з чіткою метою) у Північній Африці, Італії та Північно-Західній Європі.

Однак підтримка психіатрів була далеко не одностаійною; багато хто бачив їх в ролі п'ятої колони (підпільної групи, що прагнула підірвати авторитет уряду), а Уїнстон Черчилль називав психіатрів «джентльменами, що ставлять дивні питання» [8]. Все ще існували сильні упередження щодо пацієнтів із психічними захворюваннями. Госпіталь Королівських військово-повітряних сил в Матлоку (The RAF Neurological Hospital at Matlock) був створений як лікувально-реабілітаційний центр для пацієнтів із випадками «відсутності моральної стійкості» (LMF — «lack of moral fiber»), число яких зростало; це, ймовірно, адміністративна категорія, аніж діагноз. Ця категорія з'явилася після того, як мали місце 250 випадків «психологічного зриву» після Битви за Британію в 1940 році; до кінця війни категорія LMF містила близько 3000 подібних випадків на рік [9]. Вважається, що страх отримати ярлик LMF мав велике значення для підтримки мотивації пілотів Королівських ВПС літати, попри високий ризик бути збитими (рівень втрат у 50 % під час місії був звичайним явищем, особливо в перші дні війни) [10]. Сержантів із LMF розжалували до найнижчого рангу; вони розгрібали лопатами вугілля, чистили картоплю або навіть видобували вугілля. Офіцерів з LMF просили піти у відставку або переводили в адміністрації на канцелярську роботу. Багато з тих, кому вже надали категорію LMF, вже здійснили десять або більше бойових рейдів. Але було виявлено, що постановка діагнозу LMF була корисною для стимулювання постійних бойових польотів в умовах екстремального ризику.

На кінець 1943 року загальна кількість психіатрів в британській Армії становила 227 осіб, 43 — у Королівських ВПС і 35 — у Королівських ВМС [11–13]. Більшість із 35 військових психологів [14] працювали у відбіркових комісіях та створювали тести на професійну придатність, щоб гарантувати відповідність офіцерів необхідним стандартам. Ці тести відбору під час Другої світової війни містили «групу без лідера» — метод, за допомогою якого групу потенційних кандидатів в офіцери заохочували придумати план, щоб впрокатись з удаваним інцидентом без призначення лідера для вирішення проблеми (тобто щоб перевірити, чи є в групі «природний лідер»). Цей тест і сьогодні залишається основою для вибору кадрів

командного складу. На відміну від Великобританії, у Сполучених Штатах під час Другої світової війни рідко залучали працівників охорони психічного здоров'я для огляду на предмет вразливості до майбутніх психічних зривів. Ця політика тестування професійної придатності є значною «демократизацією» у відборі офіцерів відповідно до соціальних змін, що принесла війна для всіх верств суспільства. Проте під кінець війни всіх психологів демобілізували, залишивши на службі лише психіатрів.

Наприкінці 1960-х Великобританія розпочала розгортання значної кількості сил, щоб стримувати все більш нестабільну ситуацію в Північній Ірландії. Особливі вимоги цієї каральної операції проти повстанців — фактично асиметрична війна з невідомим і невидимим ворогом — мали негативний вплив на психічне здоров'я військовослужбовців. У Північній Ірландії «хвилювання» тривали до кінця 1990-х років. Хоча жодні конкретні докази не підтверджують те, що конфлікт був більш травматичним, ніж інші військові операції, багато з його ветеранів страждали від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних травм.

У 1982 році Великобританія знову вступила у війну, на цей раз за тисячі миль через Атлантику [15], щоб повернути Фолклендські острови, куди вторглась Аргентина. Хоча Королівські ВМС залучали у розгортання психіатрів під час конфлікту, загальний тягар для психічного здоров'я вважався малим. Проте деякі нинішні неофіційні дані свідчать про те, що морські піхотинці, які відпливли назад до Великобританії після війни, мали кращий психічний стан, ніж їхні колеги — десантники та військовослужбовці з інших підрозділів піхоти, яких переправляли додому повітрям. Ці історії показують, що морські піхотинці повернулись до свого звичного життя після розмов про пережиті події під час морської подорожі, адже офіційної підтримки психічного здоров'я упродовж шляху додому не було. На відміну від них, представники повітряно-десантних військ проявляли насильницьку і агресивну поведінку в себе вдома, тому що не мали необхідного часу, щоб «вийти зі стану стресу» [16]. Однак не було проведено жодних досліджень, щоб підтримати або спростувати ці твердження.

Наприкінці ХХ століття британські війська були розгорнуті на декількох фронтах. Продовжувалась операція «Прапор» — це назва розгортання в Північній Ірландії; ротація військ відбувалась із регулярними інтервалами: 3-місячний «надзвичайний» період, 6-місячні та 2-річні «постійні» періоди. Крім того, британські війська були розгорнуті в миротворчих і стабілізаційних місіях Організації Об'єднаних Націй та Організації Північноатлантичного договору в Боснії та Герцеговині, Косові та Македонії. Військові польові психіатричні бригади (FMHT — Field mental health teams) були розгорнуті в більшості цих операцій, часто на чолі з психіатрами під час початкових фаз «розгортання». Але все більше і більше вони покладались на добре підготовлених, висококваліфікованих і відносно автономних медсестер — працівниць сфери охорони психічного здоров'я, взятих із лікарень та амбулаторій [17]. Проте зменшення оборонних видатків і скорочення штатів призвели до закриття всіх військових госпіталів, крім трьох; але з тих пір й ці три закриті. На сьогодні немає жодного спеціалізованого військового госпіталю в Великобританії; медична допомога для військовослужбовців надається у військових підрозділах цивільних лікарень, які називають «військовими відділеннями лікарні».

На додачу до цих та інших миротворчих операцій (наприклад, в Лівані, Руанді та Сьєрра-Леоне) [18] Великобританія брала участь у двох великих нетривалих війнах, за якими слідували довгі та все більш складні операції у ворожих районах бойових дій Іраку й Афганістану. Вторгнення Садама Хусейна до Кувейту в 1991 році призвело до швидкого розгортання Збройних сил Великобританії: операція «Гренбі» була частиною багатонаціональної коаліції на чолі зі Сполученими Штатами, створеної, щоб звільнити країну від іракських сил. Психіатри і медичні сестри охорони психічного здоров'я британської Армії були розгорнуті в польових госпіталях як польові психіатричні бригади. Вони мали окремі завдання щодо надання інструктажів з охорони психічного здоров'я, психологічного опитування і оцінки психічного здоров'я відповідно до вимог по всьому театру воєнних дій. Команда охорони психічного здоров'я Королівських ВМС розгорнула госпітальне судно в Середземному морі, і психіатричні бригади Ко-

ролівських ВПС керували аеромединою евакуацією і поверненням додому жертв із проблемами психічного здоров'я. Це завдання продовжують виконувати і поза межами серйозного конфлікту, медсестри охорони психічного здоров'я Королівських ВПС у будь-який час готові супроводжувати військовослужбовців із проблемами психічного здоров'я та іншими захворюваннями назад до Великобританії з будь-якої точки світу.

Коли британські й американські війська ввійшли до Іраку в 2003 році (британський компонент вторгнення і окупації відомий як операція «Telic»), ФМНТ складались із психіатрів і армійських медсестер охорони психічного здоров'я, яких знову розгорнули з десантно-штурмовими і танковими бригадами Великобританії; вони були

частиною двох військових польових госпіталів. Знову ж Королівські ВМС надавали кваліфікованих працівників охорони здоров'я основному закладу прийому жертв — на допоміжне судно ВМС Великобританії «Аргус». Королівські ВПС продовжували працювати, як і раніше. Всі пацієнти з проблемами психічного здоров'я шляхом аеромедичної евакуації направлялись до психіатричної лікарні Герцогині Кенту (ДКРН — Duchess of Kent's Psychiatric Hospital) (від тих пір закрито) для оцінювання, лікування, а також, за необхідності, госпіталізації. Ті пацієнти, які потребували амбулаторного лікування, зокрема мобілізовані резервісти (які становили значну частину деяких підрозділів операції «Telic», особливо медичних підрозділів), були передані в мережу DСМН.

СУЧАСНА СЛУЖБА ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Метою DСМН є забезпечення військовослужбовців швидким доступом до кваліфікованого, ефективного, гнучкого лікування на підставі індивідуальних потреб [19]. Підхід DСМН покликаний сприяти відновленню і реабілітації військовослужбовців, забезпеченню швидкого повернення до виконання своїх обов'язків, коли це можливо, або підтримці і допомозі зробити плавний, безболісний і ефективний перехід назад до цивільного життя. Лікування, догляд і реабілітація надаються в безпосередній близькості від робочого середовища особи, щоб максимізувати професійне відновлення в тісній співпраці з первинними і вторинними медичними закладами надання допомоги. Чітке розуміння унікального характеру військової моралі, складу і завдання лежить в основі ефективного надання психіатричної допомоги військовослужбовцям. Надання такої допомоги є мультидисциплінарною справою і забезпечується, залежно від індивідуальних потреб, різними кваліфікованими фахівцями.

Збройні сили Великобританії підкреслюють, що управління стресом і щоденна гігієна психічного здоров'я є функціями структури командування, а не медичних або допоміжних служб. Ті ж принципи застосовуються для фізичних і психічних розладів, наприклад підтримка водного балансу скеровується командирами підроз-

ділів таким же чином, як і управління стресом. В обох випадках може бути необхідний експерт із конкретної сфери для надання відповідної інформації та тренування, однак експерт вузького профілю не бере на себе відповідальність за процес [19, 20].

Коли структура командування не в змозі продовжувати підтримувати персонал, існують три рівні охорони психічного здоров'я: 1) первинна медична допомога, 2) загальна охорона психічного здоров'я, 3) стаціонарна допомога. Надання психологічної допомоги відбувалось на базі госпіталю; зараз вона надається за місцем проживання відповідно до змін у цивільній Національній системі охорони здоров'я Великобританії. Надання догляду громадянам (так цей процес визначається в Національній службі охорони здоров'я) був ключовим елементом планування уряду Великобританії протягом останніх двох десятиліть. Вважається, що він добре підходить як для надання психологічної допомоги цивільним, так і військовослужбовцям. Звіт незалежної групи експертів став причиною закриття останнього військового стаціонару на початку 2004 року. Сьогодні будь-яке стаціонарне лікування надається незалежними організаціями, що мають право самостійно надавати послуги (зокрема, приватні психіатричні лікарні) на основі оплати за кожного пацієнта.

Військові протоколи підтримують використання стаціонарної допомоги за мінімально короткий проміжок часу, можливо тому, що громадське управління розглядається як ключ до ефективної професійної реабілітації.

Основна «робоча конячка» системи — це DСМН, який виконує всі функції фахівців охорони психічного здоров'я в межах DMHS. У Великобританії функціонують 15 DСМН з додатковими підрозділами в Німеччині, на Кіпрі і Гібралтарі. Цим відділам визначено завдання лікувати військовослужбовців, надаючи широкий спектр освітніх програм щодо психічного здоров'я, взаємодіяти з незалежними організаціями, що надають допомогу, а також сприяти звільненням за станом здоров'я в разі потреби. На сьогодні штат має близько 200 військових фахівців у галузі охорони психічного здоров'я в різних установах. Насамперед це військовослужбовці Королівських військово-морських сил, Армії чи Військово-повітряних сил. Проте соціальна робота і психологічні послуги забезпечуються державними службовцями. Більшість військовослужбовців (75 %) — медичні сестри, всі інші — психіатри, клінічні психологи та соціальні працівники. Зараз професійні психологи та профпатологи не є військовослужбовцями.

Політика і стратегія DMHS формується управлінням начальника військово-медичної служби Збройних сил через виконавчі та професійні консультативні комітети. У Великобританії начальник військово-медичного управління є керівником усіх трьох медичних служб і може бути членом будь-якої медичної служби. Керівник DMHS є радником-консультантом з питань оборони; кожна служба має радника-консультанта і старшого офіцера-керівника середнього медичного персоналу. Хоча догляд у DMHS є сумісним (тобто фахівці з психічного здоров'я від кожної служби зазвичай надають допомогу персоналу всіх трьох служб), кожна служба несе відповідальність за управління особовим складом і його професійне зростання.

Оперативна організація

В умовах розгортання активі військових працівників охорони психічного здоров'я складаються

із зареєстрованих медичних сестер охорони психічного здоров'я (їх також називають психіатричними медсестрами), а також психіатрів-консультантів. Консультанти-психіатри традиційно працюють тільки на початковому етапі оперативного розгортання; на більш пізніх стадіях психіатричні медсестри утворюють Військові польові психіатричні бригади (FMHT) з наглядом по телефону і виїзною службою від консультанта-психіатра. Досвід показав, що найбільш ефективні FMHT складаються з одного офіцера у званні від капітана до майора (або їх еквівалент) і одного військовослужбовця старшого сержантського складу. Ця структура допомагає усунути бар'єри щодо військових звань і зменшити упередження проти військовослужбовців системи охорони психічного здоров'я.

Оперативне планування передбачає оцінку втрат, що в поєднанні з розміром сил розгортання диктує, які активи працівників охорони психічного здоров'я необхідні в розгортанні. У більшості традиційних бойових сценаріїв війни FMHT складаються з психіатра і двох або трьох психіатричних медсестер, розгорнутих на позиції 2 (позиція 2 зазвичай розміщується в перев'язувальному пункті в районі на відстані 1-годинної поїздки по дорозі від бойових військ). Традиційно на позиції 3 розміщується (3–4 години часу в дорозі від лінії фронту) польовий госпіталь із подальшим доповненням персоналу охорони психічного здоров'я, включаючи консультанта-психіатра і психіатричних медсестер.

До періоду розгортання

До розгортання DСМН і FMHT необхідно оцінити з медичної точки зору військовослужбовців, яких понизили у званні або тих, хто проходить курс психіатричного лікування, щоб дати чітку вказівку командирам. Необхідно повідомити про стан здоров'я цих осіб, чи готові вони до розгортання, і якщо так, то вказати, чи існують обмеження щодо певних робіт і завдань. В ідеалі розгортання FMHT також допомагає в управлінні передоперативним стресом [5] і знайомить командирів підрозділів з тим, як вони мають підтримувати особовий склад в районі бойових дій. Таким чином буде з'ясовано механізм взаємодії (персонал охорони пси-

хічного здоров'я часто розгортають далеко від підрозділів, які вони підтримували в мирний час). Проведення офіційних брифінгів є обов'язковим для всіх військовослужбовців, які беруть участь у розгортанні. Такі брифінги призначені для надання не тільки фактичної інформації про стрес, але і детальної інформації про надання допомоги з охорони психічного здоров'я (і як отримати до неї доступ) під час майбутньої операції. Конкретні брифінги з таких питань, як обробка мертвих тіл чи поводження з військовополоненими, можуть бути проведені залежно від характеру майбутнього розгортання.

Під час розгортання

Команди прагнуть відвідувати всі підрозділи в районі бойових дій та оглядати пацієнтів за необхідності (зазвичай тих, хто звертається по медичну допомогу), а також взяти на себе роль сполучної ланки між лінійними підрозділами. Бойові дії іноді обмежують поїздки, заважають режиму роботи, і працівники охорони психічного здоров'я можуть вимушено затримуватись в одному місці та не мати змоги надати допомогу всім, хто її потребує. У цих випадках пацієнти можуть поїхати до ФМНТ, але таким чином вони будуть послідовно втрачати підтримку від своїх підрозділів.

Оцінка потенційних пацієнтів в районі бойових дій має приблизно відповідати графічному зображенню процесу на рис. 41.1, який пояснює порядок роботи відповідно до фундаментальної праці Голдберг і Хакслі (Goldberg і Huxley) щодо організації догляду за психічно хворими пацієнтами [21]. Психіатричні медичні сестри працюють з командирами підрозділів і медичним персоналом, щоб забезпечити професійні консультації з метою підтримання бойової сили, коли це можливо. Проте командири несуть остаточну відповідальність за призначення бойових обов'язків. Ці рішення засновані на низці чинників, включаючи оперативну обстановку, доступну підтримку підрозділу і розташування медичних і психіатричних активів.

Після розгортання

Відповідно до політики оперативного управління стресом після розгортання [20], фахівці DMHS допо-

магають вийти зі стану стресу. Інформація про рівень стресу надається командирі бригади для прийняття рішення про його зниження разом із медичними чи психіатричними консультантами. Політика начальника медичної служби визначає форми адаптації військ, які повертаються з театру бойових дій, з урахуванням її інтенсивності після розташування кожного підрозділу в зоні адаптації (з меншою загрозою бойових дій чи на іншій базі, такій як Кіпр) або в місцях постійної дислокації мирного часу.

Судова справа Міністерства оборони щодо посттравматичного стресового розладу

У 2002 році деякі колишні військовослужбовці подали в суд на Міністерство оборони щодо психологічної травми, пов'язаної з їхньою бойовою службою [22]. Позивачі не заперечували своїх завдань та бойових обов'язків. Але вони стверджували, що МО виявило недбалість і не змогло провести відповідний огляд і професійну підготовку до розгортання, як і належний післяопераційний догляд, що могло б запобігти або принаймні виявити і вилікувати їхні розлади до звільнення зі служби. Рішення щодо групового позову з приводу ПТСР виніс лорд-суддя Оуен 21 травня 2003 року. Це рішення було на користь МО практично за всіма основними позовами, хоча суддя й критикував міністерство з кількох питань. Він виніс рішення проти МО в чотирьох із шістнадцяти випадків, але ці випадки містили окремі факти і не були інституційно неефективними.

При подальшому розгляді справи суддя дав зрозуміти, що МО зобов'язане гарантувати безпечні умови роботи для свого персоналу, коли це можливо практично. Це не означає, однак, що МО зобов'язане забезпечувати ці умови під час бою, де інтереси військовослужбовців підпорядковані військовій меті. Цей принцип відомий як «бойовий імунітет». Суддя визначив, що бойовий імунітет не обмежується присутністю ворога і містить всі активні операції проти ворога, коли військовослужбовці перебувають під загрозою нападу, у тому числі штурму і опору, наступу і відступу, переслідування чи уникнення, а також розвідки і обстрілу цілі. Імунітет поширюється на планування і підготовку до операції, в яких присутня

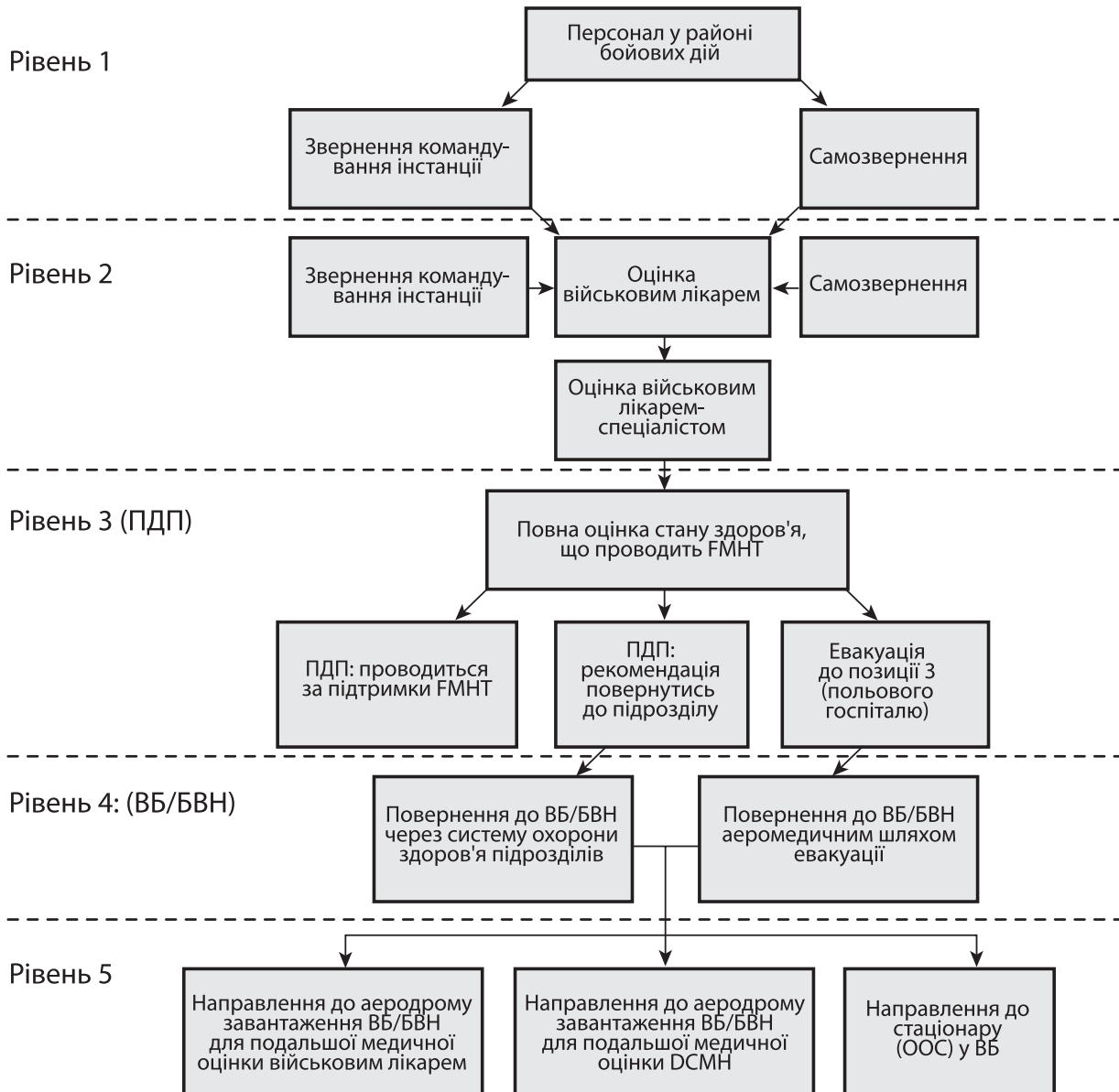


Рис. 41.1. Оперативна схема послідовності дій щодо психічного здоров'я

БВН: Британські війська в Німеччині
 DCMH: Департамент охорони психічного здоров'я
 FMHT: польова бригада психіатричної допомоги

ООС: організація обслуговування у стаціонарі
 ПДП: повернення до підрозділу
 ВБ: Великобританія

можливість атаки або опору, у тому числі при миротворчих або поліцейських операціях, коли персонал перебуває під загрозою нападу.

Ця справа була розпалена тим, що 16 профільних експертів із Великобританії, США, Ізраїлю

й Австралії давали свідчення в суді. Обговорювались такі теми, як огляд під час набору кадрів, обстеження до і після розгортання, потенційне використання дебрифінгу стресу критичних інцидентів, профілактична підготовка до стресових

обставин, брифінги щодо звільнення від стресу та допомога після розгортання. Жоден із цих заходів не був визнаний ефективним для профілактики або лікування психологічної травми [22]. Внутрішній звіт МО [23], забезпечуючи керівництво для майбутнього управління оперативними питаннями охорони психічного здоров'я, закликав ініціювати серйозну дослідницьку програму з навчання вертикалі управління розпізнавати ознаки стресу. Таким чином, з'явилась можливість допомогти тим, хто може «зламатись»; почали працювати над створенням стратегії обізнаності щодо стресу та зменшення упереджень до проблем з психічним здоров'ям. Також це заохочуватиме звертатися по допомогу тих, хто її потребує [6].

Система управління ризиками травмування

Наприкінці 1990-х років бригадир, який відповідав за елітну бригаду «командос» Королівської морської піхоти, яка часто входить до сил швидкого реагування Великобританії, поставив завдання визначити шляхи поліпшення психічного здоров'я своїх військ у відповідь на оперативний стрес. Перша програма дебрифінгу стресу критичних інцидентів була відхилена через міцну культуру морських піхотинців. Згодом було розроблено більш успішну програму оцінки взаємної підтримки та психологічного ризику під назвою «Система управління ризиками травмування» (TRiM — Trauma Risk Management), яку з тих пір використовує ціла низка британських організацій, у тому числі деякі з аварійно-рятувальних і дипломатичних служб.

Зараз програма повністю інтегрована в Королівську морську піхоту і в багато частин Королівських військово-морських сил і Армії та спрямована на навчання немедичного персоналу навичок, необхідних для виявлення військово-службовців, які можуть страждати від травматичного стресу. Програма TRiM навчає працівників охорони здоров'я надавати відповідну підтримку та діяти в ролі наставників при ліквідації наслідків потенційно травматичних подій і бойових дій. Таким чином, за необхідності, військово-службовці, які страждають від стресу, шукати-

муть допомогу в професійних джерел підтримки психічного здоров'я [24, 25]. Програма була вбудована в наявні системи управління персоналом. Наприклад, під час початкової підготовки молодих морських піхотинців навчають всебічно використовувати місцевість, стріляти, а також застосовувати TRiM підтримку. Потенційних працівників охорони здоров'я обирають до програми TRiM за їхні міжособистісні навички, досвід і здоровий глузд. Після навчання вони є основними психологічно-просвітницькими джерелами для своїх підрозділів. Крім того, у вимоги щодо просування по службі командування Королівської морської піхоти включає інформацію про TRiM, у такий спосіб впевнюючись, що всі морські піхотинці знають про цю систему та можуть її використовувати. Тренувальна програма отримала зовнішню сертифікацію, також її розглядали військові служби США [26] (проводилися підготовчі курси для персоналу США у Вашингтоні, округ Колумбія, в 2003 році і Сан-Дієго, штат Каліфорнія, в 2005 році). Система TRiM також стане складовою частиною програми Першої психологічної допомоги Збройних сил США, призначеної для застосування медичним персоналом Армії.

Одна зі стратегічних цілей програми TRiM — стати засобом для організаційних змін культури. Курс спрямований на зменшення упереджень проти проблем із психічним здоров'ям і створення оточення з обізнаних колег або наставників, які, імовірно, будуть більш прийнятними в ролі джерел підтримки, ніж працівники охорони психічного здоров'я. Опитування британських військових миротворців показали, що більше 90 % військово-службовців про свої проблеми розмовляли з колегами, у той час як лише 8 % обговорювали їх із медичними або соціальними працівниками [27].

Комплекс рандомізованих контрольованих досліджень провадиться в Королівських ВМС, щоб гарантувати, що TRiM не спіткає та ж доля, що і дебрифінг стресу критичних інцидентів. Випробування мають визначити будь-яку можливість потенційної шкоди, а також позитивні чи негативні культурні зміни на військових кораблях, що пройшли TRiM підготовку. Можливим позитивним результатом випробування буде збільшення звернень по допомогу, без збільшення кількості проблем із психічним здоров'ям.

СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА МАЙБУТНІ НАПРЯМИ ДІЙ

Королівський центр військово-медичних досліджень (КСМНР — The King's Centre for Military Health Research) є основною військово-дослідною установою охорони психічного здоров'я у Великобританії. Хоча багато інших наукових центрів проводять відповідні дослідження для дійсних і відставних британських військовослужбовців, жоден не має суто військової спрямованості. Центром встановлено тісні зв'язки з всесвітньо відомим Департаментом військових досліджень при Королівському коледжі Лондона і пропонує ступінь магістра в галузі військової психіатрії.

КСМНР щойно завершив 3-річне дослідження здоров'я близько 12 тисяч випадково відібраних військовослужбовців Великобританії щодо повторної появи проблем «синдрому війни в Перській затоці» і психіатричної травми внаслідок операції «Telic». Поки що результати не показують зростання багатосимптомних станів [28, 29]. Окрім того, військовослужбовці регулярних військ не відзначають особливого впливу служби в Іраку з точки зору виникнення посттравматичного стресу або загальних психологічних чи фізичних симптомів. Ветерани розгортань в Іраку п'ють більше алкоголю і показують більш ризиковані форми поведінки, ніж ті, хто не брав участі в розгортанні, але абсолютне збільшення ризику є незначним. Цей результат був іншим у резервістів, які мали значні зміни стану як психологічного, так і фізичного здоров'я. Однак абсолютне збільшення ризику також є низьким (подвоєння симптомів ПТСР приблизно від 3 % до 6 %). Проте дослідження спонукало МО спробувати мінімізувати цю проблему (через більш високий ризик, тому що охорона психічного здоров'я не надається військовою службою для ветеранів і резервістів).

За даними за період до розгортання разом із даними про розгортання в операції «Telic» КСМНР зміг змодельовати наслідки огляду щодо психічного здоров'я до розгортання (коли воно було проведено). Результати показали, що огляд перед розгортанням не зменшив би кількості післяопераційних психічних захворювань, але мав би значний несприятливий вплив на деяких військовослужбовців у розгортанні [30].

Інші дослідження вивчають вплив військової служби на сімейне життя, користь медичних заходів із протидії психічним захворюванням, а також наслідки потенційного впливу збідненого урану. КСМНР має намір досліджувати групи людей протягом багатьох років, щоб мати відповідні дані про здоров'я військовослужбовця Великобританії в XXI столітті. Попередні результати, які вплинули на стратегічну політику МО, містять висновки, що надання надто багато можливостей свідомого вибору може мати негативний вплив на готовність пацієнта виконувати рекомендації лікаря, його сумлінність і схильність до лікування [31] та що огляд щодо психічного здоров'я перед розгортанням, швидше за все, є неефективним [30].

Нещодавно був створений Академічний центр охорони психічного здоров'я, де невелика група співробітників МО з охорони психічного здоров'я намагається стимулювати дослідження DMHS. Центр також надає консультантам у сфері психіатрії та радникам начальника медичної служби регулярні доповіді про появу нових результатів досліджень, що можуть бути потенційно корисними для МО в галузі політики щодо охорони психічного здоров'я. МО все більше усвідомлює необхідність використання відповідних результатів наукових досліджень для прийняття майбутніх рішень.

ВИСНОВКИ

Військова психіатрія Великої Британії має багату історичну основу. Сучасний стан охорони психічного здоров'я значною мірою базується на громадській системі надання допомоги; оперативне забезпечення надається шляхом підтримки мережі інстанцій, які у військовій доктрині Велико-

британії відповідають за психологічний добробут військ. Кадровий склад військового, поліцейського та цивільного персоналу окремої служби DMHS забезпечує догляд для трьох видів Збройних сил. Віднедавна все більше уваги надається дослідженням, які містять корисні дані для інформування

та впливу на політику МО. Витримавши затяжну судову справу і скорочення Збройних сил, DMHS буде продовжувати концентрувати увагу на підтримці матросів, солдатів і льотчиків Збройних

сил Великобританії, а також персоналу та бойових командирів у їхніх місцях, забезпечуючи при цьому використання фактів досліджень для інформування та майбутнього практичного застосування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Jones E, Greenberg N. Royal Naval psychiatry: organisation, methods and outcomes 1900–1945. *Mariner's Mirror*. 2006; 92:190–203.
2. Johnson W, Rows RG. Neurasthenia and the war neuroses. In: McPherson WG, Herringham WP, Elliott TR, eds. *History of the Great War, Diseases of the War*. Vol 2. London, England: HMSO; 1923.
3. Salmon TW. The care and treatment of mental diseases and war neuroses ('shell shock') in the British Army. *Ment Hyg*. 1917;1:509–547.
4. Jones E, Wessely S. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*. Hove, UK: Psychology Press; 2005.
5. Myers CS. *Shell Shock in France, Based on a War Diary*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1940.
6. Salmon TW. Care and treatment of mental diseases and war neurosis ("shell shock") in the British army. In: Salmon TW, Fenton N, eds. *Neuropsychiatry*. Vol X. The Medical Department of the United States Army in the World War. Washington, DC: GPO; 1929: 497–547.
7. Shepard B. *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists 1914–1994*. London, England: Jonathan Cape; 2000.
8. Churchill WS. War cabinet minutes (TNA PREM4/15/2. December 1942). In: Jones E, Wessely S. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*. Hove, UK: Psychology Press; 2005.
9. McCarthy J. Aircrew and "lack of moral fibre" in the Second World War. *War Soc*. 1995;18:87–101.
10. Jones E. "LMF": The use of psychiatric stigma in the Royal Air Force during the Second World War. *J Milit Hist*. 2006;70:439–458.
11. O'Connor R. Work of Psychologists and Psychiatrists in the Services. TNA/WO32/11974, 5 December 1946. UK National Archives (Kew, Richmond, Surrey).
12. Rees JR. *The Shaping of Psychiatry by War*. London, England: Chapman and Hall; 1945.
13. Sandiford HA. Army Psychiatry Advisory Committee Minutes (TNA, WO32/13462, 5 July 1945). In: Jones E, Wessely S. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry From 1900 to the Gulf War*. Hove, UK: Psychology Press; 2005.
14. Hacker Hughes JGH. Unpublished MSc Dissertation. *British Naval Psychology 1937–1947: Round Pegs Into Square Holes?*: University of London. 2007.
15. Freedman L. *The Official History of the Falklands Campaign*. Vol II. *War and Diplomacy*. London, England: Frank Cass; 2005.
16. Hughes JG, Earnshaw NM, Greenberg N, et al. Use of psychological decompression in military operational environments. *Mil Med*. 2008;173(6):534–538.
17. Deahl MP, Gilham AB, Thomas J, Searle NM, Srinivasan M. Psychological sequelae following the Gulf War: factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *Br J Psychiatry*. 1994;165:60–65.

18. Hacker Hughes JGH, Champion BC, Cameron F, Devon M. Results of a survey on psychological health of British peacekeepers deployed during 2002. *European Psychother* [special edition]. 2003; 204.
19. Greenberg N, Temple M, Neal L, Palmer I. Military psychiatry: a unique national resource. *Psychiatr Bull*. 2002;26:227–229.
20. Surgeon General's Policy Letter 03/06. The Prevention and Management of Traumatic Stress Related Disorders in AFs Personnel on Operations. Ministry of Defence: London, England; 2006
21. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community*. London, England: Tavistock Publications; 1980.
22. McGeorge T, Hacker Hughes J, Wessely S. The MOD PTSD class action—a psychiatric perspective. *Occup Health Rev*. 2006;122:21–28.
23. Applegate D. Lessons learnt from the PTSD group actions. Service Personnel Board: a paper by the stress project leader. Ministry of Defence: London, England; 2003.
24. Jones N, Roberts P, Greenberg N. Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occup Med (Lond)*. 2003;53:469–475.
25. Greenberg N, Cawkill P, Sharpley J. How to TRiM away at posttraumatic stress reactions: traumatic risk management— now and the future. *J R Nav Med Serv*. 2005;91:26–31.
26. Keller RT, Greenberg N, Bobo WV, Roberts P, Jones N, Orman DT. Soldier peer mentoring care and support: bringing psychological awareness to the front. *Mil Med*. 2005;170:355–361.
27. Greenberg N, Thomas S, Iversen A, Unwin C, Hull L, Wessely S. Do military peacekeepers want to talk about their experiences? Perceived psychological support of UK military peacekeepers on return from deployment. *J Ment Health*. 2003;12:6:561–569.
28. Hotopf M, Hull L, Fear NT, et al. The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *Lancet*. 2006;367:1731–1741.
29. Horn O, Hull L, Jones M, et al. Is there an Iraq war syndrome? Comparison of the health of UK service personnel after the Gulf and Iraq wars. *Lancet*. 2006;367:1742–1746.
30. Rona R, Jones M, Hull L, et al. Would mental health screening of the UK armed forces before the Iraq War have prevented subsequent psychological morbidity? *BMJ*. 2006;333:983–984.
31. Murphy D, Hooper R, French C, Jones M, Rona R, Wessely S. Is increased reporting of symptomatic ill health in Gulf War veterans related to how one asks the question? *J Psychosom Res*. 2006;61:181–186.

