

Source -

https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_CBRN_Events_Psychological_Issues_Health_Providers_Need_to_know.pdf

Aspecte psihologice și comportamentale pe care furnizorii de servicii medicale trebuie să le cunoască atunci când răspund la un eveniment chimic, biologic, radiologic sau nuclear (CBRN)

Introducere

Un eveniment care implică o expunere sau o potențială expunere la agenți **chimici, biologici, radiologici sau nucleari** (CBRN) va provoca o stare de teamă și incertitudine. Deși agenții CBRN au fost utilizați ocazional cu intenții criminale, cum ar fi de către teroriști, în marea majoritate a cazurilor, expunerile sunt neintenționate și mai degrabă sunt rezultatul defectării sau deteriorării sistemelor concepute pentru a îngrădi și a proteja populația. Faptul că evenimentele CBRN sunt provocate de om crește probabilitatea de apariție a simptomelor psihologice și severitatea efectelor psihologice adverse. În urma unei expuneri extinse la un agent CBRN, tratarea reacțiilor psihologice și comportamentale acute va fi la fel de importantă ca și tratarea oricăror leziuni și boli asociate CBRN.

Expunerea la agenți CBRN este adesea o amenințare de temut, percepută ca fiind catastrofală, cu potențial de îmbolnăvire gravă, rănire sau deces. Radiațiile sunt invizibile, inodore și neștiute. Aceste elemente antrenează imaginarea celor mai nefaste scenarii. Adesea, oamenii trebuie să apeleze la personalul medical și la cercetători pentru a stabili dacă o persoană a fost sau nu expusă și/sau care este gravitatea expunerii. Expunerea la un agent CBRN poate să nu se manifeste imediat. Efectele expunerii la un agent CBRN asupra sănătății pot conduce, de asemenea, la efecte ulterioare asupra generațiilor viitoare, atât din punct de vedere fiziologic, cât și psihologic. Cei care au fost expuși sau anticipează o posibilă expunere resimt vulnerabilitate, anxietate și un sentiment de lipsă de control. Un alt element frecvent întâlnit în urma acestor evenimente, și anume lipsa de consens între experți asupra naturii evenimentului, poate spori starea generală de teamă și furie.

După un eveniment CBRN, există trei grupe de reacții psihologice: suferință, modificări comportamentale și tulburări psihiatrice. Starea de suferință în urma unui eveniment CBRN este comună și se manifestă prin tristețe, furie, frică, dificultăți de somn, tulburări de concentrare și neîncredere. Aceste simptome pot fi potențate dacă persoanele afectate sunt de părere că s-ar fi putut face ceva pentru a preveni expunerea sau că griile exprimate cu privire la pericolul expunerii nu au fost luate în considerare într-un mod adecvat și în timp util. Suferința psihologică după un incident CBRN se poate manifesta, de asemenea, sub forma unor simptome somatice pentru care nu se poate găsi un diagnostic (adesea denumite "SFMI" - Simptome idiopatice fizice idiopatice). Acești pacienți ar trebui să fie luați în evidență de către personalul medical generalist. Anumite persoane vor manifesta schimbări în comportament,

cum ar fi reducerea deplasărilor, izolarea la domiciliu, refuzul de a trimite copiii la școală, precum și o creștere a consumului de tutun și alcool.

Pentru majoritatea covârșitoare a oamenilor, suferința și simptomele psihologice și comportamentale legate de expunerea la evenimentul traumatic se vor diminua cu trecerea timpului.

Pentru alte persoane, însă, simptomele vor persista și vor afecta funcționarea în cadrul familiei și la locul de muncă, putând evolua către tulburări psihiatrice. În timp ce tulburarea de stres acut (TSA) și tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) sunt afecțiunile la care se gândesc cei mai mulți oameni în legătură cu trauma, des întâlnite sunt și depresia majoră, abuzul de substanțe, conflictele familiale și tulburarea de anxietate generalizată.

Este important să reținem că și persoanele fără antecedente psihiatrice sunt vulnerabile în fața afecțiunilor psihice după o expunere la factori CBRN.

Persoanele cu risc ridicat de a dezvolta tulburări psihiatrice sunt:

- Indivizii expuși în mod direct.
- Persoanele cu afecțiuni psihice existente.
- Persoanele care au suferit pierderi de resurse și al căror sistem de suport social a fost afectat în urma evenimentului.

Mai multe dezastre tehnologice, atacuri teroriste și utilizarea de arme noi în cadrul operațiunilor de război au avut drept consecință copleșirea cabinetelor medicale, clinicilor medicale și a spitalelor de către pacienți simptomatici și asimptomatici, care solicitau evaluare și îngrijire pentru o posibilă contaminare în urma unui eveniment CBRN. O parte dintre acești pacienți vor fi diagnosticați cu o afecțiune legată de expunere, alții vor avea afecțiuni diagnosticabile care nu au legătură cu expunerea, iar un număr ridicat de pacienți vor avea simptome pentru care nu se poate găsi nicio etiologie. O estimare foarte prudentă a raportului dintre pacienții care nu au fost expuși și cei expuși, consultați într-un cadru medical, este de 4 la 1. În perioada imediată expunerii, mulți pacienți care nu au fost expuși se vor teme că au fost expuși, deoarece vor atribui în mod greșit semnele și simptomele de excitație autonomă pe seama expunerii temute la agentul CBRN. Pe termen mai lung, pacienții se vor prezenta la furnizorii de asistență medicală primară cu multiple acuze somatice pentru care nu se poate stabili nicio etiologie. Anexa A prezintă o serie de strategii pentru gestionarea acestor pacienți.

I. Furnizorii de servicii medicale și asistența psihologică după un eveniment CBRN

În urma unui eveniment CBRN, există o mare probabilitate ca oamenii să se adreseze furnizorilor de asistență medicală pentru informații și îndrumare. De exemplu, în urma atacurilor cu antrax din 2001, aproximativ 77% dintre respondenții aparținând unui eșantion reprezentativ

american au declarat că ar avea cel mai mare nivel de încredere în propriul medic ca sursă sigură de informații.

Furnizorii de servicii medicale joacă un rol crucial în determinarea modului în care pacienții și populația generală vor reacționa la un eveniment CBRN. Un răspuns medical bine organizat și eficient va genera un sentiment de speranță și de încredere, va reduce frica și anxietatea și va sprijini continuitatea funcțiilor de bază ale comunității.

Cadrele medicale sunt și ele, de asemenea, sub amenințarea stării de frică și teroare. Absenteismul, fuga, refuzul de a primi pacienți și alte comportamente generate de frică au fost raportate în urma izbucnirii unor epidemii de boli infecțioase (cum ar fi epidemia de ciumă pneumonică din Surat, India) și în alte cazuri de agenți noi sau necunoscuți, care pun viața în pericol.

Unii furnizori de asistență medicală sunt copleșiți de îngrijorarea pentru siguranța lor personală. Uneori, la fel ca și alții, cadrele medicale au fugit de responsabilitățile lor de asistență medicală în timpul evenimentelor CBRN care implică risc de contaminare sau de transmitere de la persoană la altă. Mulți dintre cei care își abandonează responsabilitățile o fac pentru că simt că trebuie să își protejeze familiile de expunere sau simt nevoia de a evacua zona pentru siguranța lor personală.

Asigurându-ne că furnizorii de asistență medicală înțeleg agentul CBRN și contra-măsurile de protecție putem reduce la minim riscul de abandonare a rolului profesional. Poate cel mai important este faptul că furnizorii de asistență medicală sunt mai predispuși să ofere îngrijire pacienților dacă au convingerea că propriile lor familii vor primi îngrijire în absența lor. Disponibilitatea contactului telefonic permanent cu familiile și delegarea de personal pentru a asista familiile furnizorilor de a, ajutându-i să se concentreze asupra misiunii lor.

II. Triaajul și tratamentul inițial

Triaajul și tratamentul reprezintă o etapă dificilă și importantă. De exemplu, în accidentul cu Cs-137 din 1987 din Goiânia, Brazilia, 8,3% dintre primele 60.000 de persoane examinate au prezentat semne și simptome compatibile cu efectele acute ale bolii de expunere la radiații: înroșirea pielii, vărsături, diaree etc., deși nu fuseseră expuse.

Expresia "boală închipuită" și alți termeni peiorativi similari nu ar trebui folosiți. Atunci când sunt folosite etichete care sugerează că "totul este doar în mintea lor", pacienții se simt stigmatizați și simt că îngrijorările lor legate de sănătate nu sunt luate în serios. Folosirea unor astfel de etichete contribuie la neîncrederea în comunitatea medicală și la pierderea credibilității acesteia. În situațiile care necesită un triaj, terminologia non-stigmatizantă, cum ar fi "risc ridicat", "risc moderat" și "risc minim", transmite o preocupare și o monitorizare continuă, ceea ce poate avea efect liniștitor asupra pacienților.

Profesioniștii din domeniul sănătății mintale, în cazul ideal psihiatrii, datorită pregătirii lor medicale, ar trebui să fie parte integrantă a echipelor care efectuează depistarea inițială și

triajul. Referirea la un specialist în sănătate mintală este de obicei resimțită ca fiind stigmatizantă. Pacientul poate avea impresia că medicul a omis vreun semn important de contaminare și că îl expediază prematur.

Înființarea unui "Centru de servicii extinse de îngrijire în situații de urgență" (CSEISU) oferă un mijloc important de monitorizare a pacienților care rămân temători și care nu sunt liniștiți de rezultate negative. În cazul în care un pacient este diagnosticat greșit, pacientul poate fi însoțit înapoi la serviciul de urgență. Pacienții cu probleme fizice minore care nu se pot întoarce acasă pot fi trimiși aici. În mod ideal, se vor găsi sarcini simple pe care pacienții le pot îndeplini în timp ce se află în CIESU, care îi vor ajuta să iasă din rolul de pacient și să își recapete sentimentul de control.

III. Intervențiile psihologice inițiale

Intervențiile psihologice rapide, cum ar fi primul ajutor psihologic (PAP), sunt furnizate în primele ore, zile și săptămâni de la expunerea la un eveniment CBRN. PAP se bazează pe un set de principii de non-vătămare care includ: calmarea stării de excitație și reducerea fricii, consolidarea sentimentelor de siguranță, creșterea sentimentului de apartenență, restabilirea sentimentului speranței și împuternicirea persoanelor și a comunității. În cadrul unui eveniment CBRN, un element critic al PAP este asistența medicală de calitate. În plus, principiile PAP pot fi promovate prin intermediul următoarelor elemente:

Primul ajutor psihologic

- Reducerea stării de agitație fiziologică - încurajați odihna, somnul și normalizarea ritmurilor de alimentație/somn/lucru.
- Oferiți alimente și un adăpost într-un mediu sigur.
- Îndrumați supraviețuitorii către serviciile/ sprijinul disponibil.
- Înlesniți comunicarea cu familia, prietenii și comunitatea.
- Oferiți sprijin pentru localizarea celor dragi.
- Menținerea familiilor împreună și facilitarea reuniunilor cu cei dragi.
- Furnizați informații și încurajați comunicarea și autoeducarea.
- Observați și ascultați-i cu atenție și atitudine încurajatoare pe cei mai afectați.
- Diminuați expunerea la amintiri ale evenimentului traumatic.
- Recomandați o reducere a expunerii la imagini și sunete excesiv de traumatizante prezentate în mass-media (de exemplu, oameni care sar din clădiri, relatări ale victimelor).
- Educați pacienții să confrunte zvonurile cu sursele de informare oficiale.
- Folosiți structurile comunitare existente pentru a încuraja comportamentul de socializare și educația (de exemplu, instituții religioase și întreprinderi).
- Distribuți pliante și administrați site-uri web.
- Încurajați discuțiile și căutarea surselor normale de suport social ale pacienților, cum ar fi familiile, prietenii, vecinii și colegii de muncă. Acest lucru va încuraja discutarea temerilor, sprijinul interpersonal și detectarea timpurie a simptomelor persistente.
- Oferiți reevaluarea diagnosticului dacă simptomele persistă.
- Educați cu privire la recuperarea naturală preconizată, care pentru majoritatea oamenilor are loc în timp.

- "Debriefingul" este o intervenție acută controversată. În Anexa B este analizată mai în detaliu.

IV. Îngrijirea medicală: Evaluare și diagnostic

- În general, aspectele psihologice și comportamentale ale unui eveniment CBRN sunt mult mai importante decât aspectele legate de tratarea bolilor fizice.
- Depresia, doliul, conflictul familial și somatizarea vor fi afecțiuni psihiatrice mai frecvente decât tulburarea de stres posttraumatic (TSPT).
- Se poate observa o creștere a consumului de tutun și de alcool, cel puțin pe termen scurt.
- Tulburările de somn, hipervigilența, scăderea capacității de concentrare și starea de nesiguranță vor fi simptome timpurii comune de suferință psihologică. Acestea ar trebui abordate prin informare, consiliere și, poate, prin utilizarea pe termen scurt a medicației cu efect hipnotic pentru refacerea somnului.
- Incertitudinea cu privire la efectele asupra sănătății ar trebui recunoscută și nu minimizată în comunicarea cu pacienții și cu publicul.
- Principiile de îngrijire medicală și de gestionare a pacientului cu simptome inexplicabile din punct de vedere medical (SIPVM) includ:
 1. Evaluarea și înregistrarea cu atenție a specificului acuzelor pacienților.
 2. Stabilirea unei programări de monitorizare, mai degrabă decât a unei recomandări de tipul "revenirii dacă există o problemă".
 3. Se consultă personalul medical de conducere, după caz.
 4. Se asculta cu atenție temerile și preocupările pacientului.
- Pacienții nu procesează sau nu își amintesc cu precizie informațiile atunci când sunt foarte speriați. Ar trebui să se utilizeze pliante privind agentul CBRN de interes care rezumă punctele-cheie și care oferă instrucțiuni cu privire la modul în care se poate obține un follow-up.
- Mulți oameni nu vor fi siguri dacă au o boală cauzată de agentul (agenții) CBRN (în cazul expunerilor la radiații, până la 50% dintre cei din zonele contaminate).
- Oricine va fi preocupat de daunele aduse materialului său genetic și de potențialele prejudicii pentru generațiile viitoare. Atunci când copiii sunt expuși, temerile părinților sunt amplificate, iar copiii au nevoie de îngrijiri și intervenții adecvate nivelului de dezvoltare.
- Evenimentele de viață negative care apar după un eveniment CBRN sporesc riscul de afecțiuni psihiatrice, alte boli medicale și leziuni.
- Stresul este diminuat prin întărirea autoeficienței și prin furnizarea de informații care pot fi utilizate pentru a se asigura protecția propriei persoane și a familiei.
- Valoarea psihologică a distribuirii de mijloace de protecție (medicamente, substanțe antidot,, dispozitive etc.) poate fi substanțială.
- Pacienții care se prezintă la furnizorii de asistență medicală primară cu plângeri somatice multiple pot avea o afecțiune fizică dar acuzele pot fi și o expresie a suferinței psihice, depresiei sau a demoralizării. Diagnosticul diferențial precis și managementul acestor persoane vor necesita educarea furnizorilor de îngrijire primară.
- Lipsa informațiilor de bază privind starea de sănătate a populațiilor expuse va duce la atribuirea eronată a simptomelor la expunerea la agenți CBRN de către indivizi și comunități.

V. Educația pacientului

- Educația susținută cu privire la riscurile și contra-măsurile de protecție va contribui la diminuarea stării de teamă, îngrijorare și suferință.
- Furnizorii de asistență medicală trebuie să se aștepte la întrebări privind siguranța alimentelor și a apei și dacă locuințele lor sunt contaminate.
- Informați pacienții că distresul este universal și că este posibil să întâmpine reacții comune, cum ar fi tulburările de somn, pierderea poftelor de mâncare și scăderea puterii de concentrare, care ar trebui să se rezolve în următoarele câteva săptămâni. Dacă aceste simptome persistă sau încep să afecteze capacitatea lor de funcționare la locul de muncă sau acasă, pacienții trebuie să revină la cabinetul medical.
- Temerile și preocupările legate de contaminare și de consecințele pe termen lung asupra sănătății pot continua să fie puternice timp de luni sau ani de zile. Este important să răspundeți cu precizie și cu empatie și să recunoașteți deschis aspectele care nu vă sunt cunoscute.
- Imaginile și istoricul asociat diverselor expuneri, precum și proximitatea față de evenimente recente (radiații și energie nucleară, focare infecțioase etc.) pot accentua temerile.
- Pacienții ar trebui avertizați se aștepte să audă păreri contradictorii din partea experților și, în mod ideal, instruiți cum să le analizeze critic.
- Cadrele medicale ar trebui să înțeleagă temele principale care provoacă disensiuni cu privire la consecințele pentru sănătate ale agentului CBRN și să fie pregătite să le explice pacienților într-un mod foarte direct și simplu. Nelămuririle cu privire la efectele asupra sănătății ar trebui să fie recunoscute și nu minimizezate în comunicarea cu pacienții și cu publicul.
- Trebuie dezvoltate metafore simple sau alte mesaje pentru a explica idei științifice complexe, pentru ca furnizorii de servicii medicale să le folosească cu pacienții lor (precum și să apară în campaniile mass-media).
- Se poate întâmpla ca cei expuși sau care călătoresc din zonele contaminate să fie stigmatizați. Acest lucru va afecta relocarea și intrarea elevilor noi în sistemele școlare.
- Educația în domeniul sănătății în sistemele școlare, programele de educație a părinților și a profesorilor și formarea asistenților medicali școlari pot diminua nivelul de anxietate din comunitate.
- Mediile de comunicare socială vor fi o sursă de informare pentru mulți pacienți. Comunicarea bazată pe frică și dezinformarea se vor dezvolta rapid în urma unui eveniment CBRN. Pacienții ar trebui încurajați să folosească surse de informare de încredere. Cei care gestionează un eveniment CBRN ar trebui să utilizeze mediile de comunicare socială ca un mecanism de furnizare de informații către public, care să fie precise, permanente și actualizate în mod regulat.

VI. Probleme speciale (copii și femei însărcinate)

- Îngrijorarea părinților în legătură cu copiii lor va fi ridicată. Acest lucru va fi valabil atât pentru copiii expuși, cât și pentru cei care nu au fost expuși.
- Relatările părinților privind suferința, temerile și grijile copiilor conțin atât observații reale, cât și fricile părintelui.

- Este importantă evaluarea directă a copiilor și a adolescenților pentru determinarea sănătății mintale a lor, având în vedere nivelurile ridicate de anxietate ale părinților.
- Femeile însărcinate și femeile cu copii mici vor avea un nivel ridicat de îngrijoare în urma unui incident CBRN. Este posibil ca femeile însărcinate să solicite avortul pentru a evita posibilele malformații ale fătului. Vor fi necesare educație și consiliere specială.

VII. Sănătate publică și sănătate mintală

- Crearea unui registru de evidență clinică și o supraveghere adecvată a sănătății sunt intervenții psihologice importante. Pacienții ale căror date de contact sunt înregistrate într-o bază de date se vor simți mai siguri pentru că vor beneficia de monitorizare.
- Programele legate de renunțarea la fumat reprezintă programe importante de intervenție în domeniul sănătății publice.
- Materialele informative privind tehnicile și activitățile de gestionare a stresului și a fricii ar trebui să fie disponibile pentru a fi distribuite.
- Serviciile de informare în domeniul sănătății publice pentru persoanele în vârstă sunt importante, deoarece suferința acestora poate accentua izolarea la domiciliu. Vor fi necesare programe de comunicare la domiciliu pentru acest grup și pentru cei cu nevoi medicale cronice care nu se pot deplasa.
- Temerile familiilor cu privire la efectele genetice asupra generațiilor viitoare vor fi ridicate.
- Oamenii își vor dori să se îndepărteze de zonele contaminate atât imediat, cât și pe termen lung.
- Multe persoane vor considera că guvernul sau autoritățile locale ar trebui să plătească pentru relocarea lor și pentru costul bunurilor pierdute.
- Cine furnizează informațiile privind riscurile este la fel de important sau poate chiar mai important decât materialul propriu-zis, pentru ca informațiile să fie crezute și să inspire încredere.
- Contaminarea surselor de aprovizionare cu alimente, în special a laptelui și a alimentelor importante pentru etnii specifice (de exemplu, renii din Norvegia în urma dezastrului de la Cernobîl), creează nevoi educaționale acute și pe termen lung și potențiale necesități de monitorizare a sănătății.
- Comunitățile contaminate pot manifesta coeziune sau furie, lipsă de încredere și diminuarea serviciilor sociale din cauza suferinței și a pierderilor economice.
- Relocarea familiilor este complicată și necesită o atenție deosebită față de nevoile familiale și dreptatea socială. Este important să se maximizeze alegerea familiilor. Unele familii

(aproximativ 10%) nu vor dori să se mute în urma evenimentelor după care se recomandă acest lucru.

- Așteptați-vă la îngrijorare cu privire la distribuirea echitabilă a resurselor de sănătate pentru cei afectați sau despre care se crede că vor fi afectați (alimente, asistență medicală etc.). O percepție a inechității va sublinia disparitățile sociale și ar putea să dezbine comunitățile.
- Motivele care stau la baza prioritizării serviciilor trebuie să fie explicate populației și trebuie să fie acceptabile și pentru cei desemnați ca având o prioritate mai redusă.
- Așteptați-vă și planificați o supraveghere continuă a sănătății timp de luni sau ani de zile.
- Temerile legate de expunerea la agenți CBRN pot mobiliza atât eroismul, cât și comportamentul de evitare în rândul personalului de intervenție de urgență. Acestea pot avea atât efecte semnificative pozitive cât și negative asupra performanței.
- Distribuția mecanismelor de protecție trebuie supravegheată îndeaproape pentru a se preveni abuzul și exploatarea.
- Stresul în zonele contaminate și în jurul acestora este sporit de nevoia, adesea prezentă, de a rămâne în acea locație din cauza accesibilității locurilor de muncă sau a incapacității de a-și vinde locuința. Acest lucru va avea costuri de sănătate psihologică pe termen lung și, posibil fiziologică.

ANEXA A Comunicarea între furnizorii de asistență medicală primară și pacienți: Strategii de educație după un eveniment CBRN

Context

- Teamă de expunerile provocate de un eveniment CBRN îi poate face pe mulți indivizi să dezvolte griji persistente legate de sănătate sau să asocieze în mod arbitrar simptomele idiopatice cu expuneri benigne sau improbabile.
- Un procent mare din populația generală va vizita în fiecare an furnizorul de asistență medicală primară, ceea ce face ca asistența medicală primară să fie un cadru esențial pentru diseminarea de informații exacte privind riscurile pentru sănătate a unei expuneri CBRN.
- Chiar și în condiții normale, o proporție considerabilă a pacienților din asistența medicală primară se prezintă pentru asistență cu simptome fizice inexplicabile din punct de vedere medical (de exemplu, oboseală și dureri idiopatice).
- Prin urmare, sunt necesare planuri de comunicare și educație pentru furnizorii de asistență medicală primară care lucrează cu populații care solicită asistență medicală, pentru a asigura asistență și îngrijire medicală corespunzătoare.

Triajul în materie de comunicare în asistența medicală primară

- După o suspiciune de expunere, este util pentru clinicile de asistență medicală primară să efectueze o evaluare de rutină a gradului de îngrijorare cu privire la boli legate de expunere, independent de expunerile concrete: "Vizita dumneavoastră de astăzi este legată de îngrijorarea cu privire la expunerea la (inserați numele agentului CBRN)?" la începutul fiecărei vizite.
- Este important să se determine expunerea la agenții CBRN pentru toți pacienții care vizitează asistența medicală primară, indiferent de motiv. În anumite contexte, acest lucru se va face prin utilizarea tehnologiei și poate implica, de asemenea, istoricul pacientului în ceea ce privește timpul și locul/locația într-o perioadă critică de timp, precum și simptomele.
- Pacienții care răspund "da" sau "poate" la chestionarul privind preocuparea lor legată de o boală asociată expunerii ar trebui să beneficieze de o evaluare suplimentară în cadrul asistenței medicale primare, pentru a elucida natura preocupărilor pacientului, precum și așteptările și obiectivele vizitei medicale. Aceste preocupări și așteptări ghidează triajul medical și intensitatea eforturilor de comunicare a riscurilor.
- Evaluarea simptomelor și a posibilelor boli după un eveniment CBRN va include simptome și tulburări fizice și psihologice. Sunt importante evaluarea tulburărilor de stres posttraumatic (PTSD), a tulburărilor depresive sau anxioase, precum și modificarea consumului de alcool sau de tutun.
- Pe baza acestei evaluări inițiale de asistență medicală primară a expunerii, a îngrijorării, a prezenței sau absenței simptomelor și a prezenței sau absenței bolii (fizice și psihiatrice), pacienții pot fi repartizați pe categorii pentru tratament, monitorizare, educație și consiliere privind riscul, simptomele, îngrijorarea și/sau rezultatele investigațiilor legate de boală.
- Adesea, furnizorul de asistență medicală primară are cele mai mari dificultăți de comunicare cu cei care sunt:

1. posibil expuși, dar fără vreo îngrijorare și fără simptome de boală
2. fie expuși sau neexpuși cu un nivel ridicat de îngrijorare, dar asimptomatici (fără simptome sau boală)
3. fie expuși sau neexpuși, cu un nivel ridicat de îngrijorare și simptome inexplicabile (de exemplu, fără boală).

Acești pacienți sunt adesea clasificați ca având SFIM (Simptome fizice idiopatice multiple).

Intervenții de comunicare pentru grupurile critice din asistența medicală primară

■ Persoană posibil expusă, însă fără nicio îngrijorare, fără simptome sau boală - Mulți pacienți vor nega sau vor neglija nevoile medicale personale. Presupunând că nevoile medicale sunt subacute, trebuie obținute informații de contact atente și introduse într-un registru local pentru a facilita monitorizarea, pentru a se asigura faptul că pacientul a fost tratat în mod adecvat leziunilor și expunerilor suferite.

■ Persoană expusă sau care nu a fost expusă cu niveluri ridicate de îngrijorare, dar asimptomatică - Unii pacienți amplifică îngrijorările și manifestă rezistență a asigurărilor repetate ale clinicianului. Într-o situație de dezastru colectiv, acești pacienți pot perturba furnizarea de îngrijiri medicale critice; planificați luând în considerare acești pacienți prin alocare de personal dedicat și a unei zone speciale pentru îngrijirea lor. Dezvoltarea unui registru de contacte atent, cu eforturi orientate pentru a asigura contactul și îngrijirea lor ulterioară, este o modalitate de a comunica compasiune și îngrijorare fără a ceda solicitărilor de efectuare de teste riscante sau inutile. Cercetările sugerează că un test negativ oferă doar o reasigurare tranzitorie (de exemplu, de la câteva zile până la o săptămână sau două) și uneori poate crește îngrijorările legate de boală, în special atunci când apar rezultate fals pozitive. Discutarea bazei preocupărilor pacientului și explorarea testelor de care pacientul crede că ar putea avea nevoie previne situația în care mulți pacienți vor avea sentimentul că medicul i-a expediat. Urmărirea în funcție de timp (vizite planificate mai degrabă decât "la nevoie") reduce îngrijorarea legată de boală, crește satisfacția față de procesul de îngrijire și poate atenua conflictele și îngrijorările legate de litigii ulterioare.

■ Fie că sunt expuși sau nu, cu niveluri ridicate de îngrijorare și simptome de neexplicat (fără boală, SFIM) - Ca și în cazul pacientului îngrijorat asimptomatic, pacientul cu simptome idiopatice poate perturba furnizarea de servicii medicale de urgență. Acești pacienți pot invoca mai multă anxietate din partea clinicianului, deoarece, spre deosebire de pacientul cu preocupări izolate, acești pacienți suferă adesea în mod vizibil, iar simptomele lor pot părea potențial catastrofale (de exemplu, durere toracică și transpirație). Pe lângă existența unei zone special dedicate lor, personal medical, un registru de contacte și eforturi de urmărire dublate în cadrul asistenței medicale primare, intervenția pentru pacienții preocupați de simptome inexplicabile ar trebui să includă broșuri, fișe informative și publicații despre abordările de autogestionare a simptomelor inexplicabile din punct de vedere medical. În timpul crizei acute, este util triajul acestor pacienți către o zonă distinctă de cea utilizată pentru îngrijirea persoanelor cu afecțiuni acute, dar zona nu ar trebui să fie etichetată sau percepută ca o zonă de "îngrijire psihiatrică" pentru pacienții "cu simptome închipuite", astfel încât să rămână maxim acceptabilă. Mulți dintre acești pacienți se tem că simptomele lor reprezintă un semn prevestitor al unei tragedii medicale iminente. Resentimentele pacienților pot genera ranchiună și pot duce la o "competiție" în care pacienții pot "ridica miza bolii" până se vor asigura de obținerea recunoașterii acestora pe plan medical. Prin urmare, pacienții cu simptome inexplicabile ar trebui să primească o validare timpurie și frecventă din partea clinicianului, asigurare că simptomele lor sunt importante și că vor fi urmărite rapid și cu atenție. Îngrijirea pacienților cu simptome inexplicabile este frustrantă pentru medicii de îngrijire primară, mai ales dacă medicul are impresia că "problemele minore" îi distrag eforturile de la îngrijirea mai acută. Utilizarea unui "ombudsman" sau a unui "avocat" la fața locului care poate ajuta pacienții cu

simptome inexplicabile să depășească barierele percepute în calea îngrijirii ajută la dezamorsarea impresiei pacienților că "nimănui nu-i pasă" și oferă medicilor un "program" pentru a reduce presiunea de a satisface nevoile acestor pacienți. Ombudsmanul poate face eforturi speciale pentru a se asigura că simptomele sunt recunoscute, "acceptate" și discutate cu atenție. Ca și în cazul pacienților îngrijorați, dar asimptomatici, monitorizarea în timp este esențială. Dacă simptomele persistă și explicațiile pentru simptome rămân neclare, unii dintre acești pacienți pot să nu aibă încredere în motivele clinicianului și să dezvolte "teorii ale conspirației" neverosimile. Sprijinirea acestor persoane poate reduce probabilitatea unor eventuale litigii, inclusiv procese colective.

ANEXA B Dezbateri despre informare (debriefing)

Magnitudinea deceselor și a distrugerilor în cazul dezastrelor și amploarea răspunsului necesită o grijă deosebită. Siguranța fizică și securitatea victimelor și a personalului umanitar trebuie să fie prioritare. După ce este asigurată siguranța, pot începe alte intervenții, cum ar fi ședințele de debriefing. Debriefing-ul este o intervenție primară populară în urma dezastrelor, în care grupuri mici de persoane implicate în intervenția în situații de dezastru, cum ar fi lucrătorii care se ocupă de operațiunile de salvare, se întâlnesc într-o singură sesiune de lungă durată pentru a împărtăși sentimentele și experiențele individuale. Eficacitatea debriefing-ului în prevenirea problemelor ulterioare de sănătate mintală este îndelung dezbătută. Dacă includeți debriefingul ca parte a unui plan de intervenție, ar trebui să aveți în vedere cel puțin următoarele aspecte.

- Odihră, răgazul, somnul, mâncarea și apa sunt principalele instrumente de intervenție timpurie.
- Este important să încurajați procesele naturale de recuperare, cum ar fi discuțiile cu colegii de muncă, partenerii și prietenii. Acestea pot diminua izolarea și, prin urmare, pot facilita identificarea simptomelor persistente, crescând șansele de trimitere timpurie la un specialist.
- Nu s-a demonstrat că debriefing-ul previne PTSD. Pentru unele persoane, poate ameliora durerea, poate restabili unele funcții și poate limita dizabilitatea. În cazul altora, debriefing-ul poate agrava simptomele.
- Există o serie de abordări timpurii, altele decât debriefing-ul (de exemplu, continuarea monitorizării și reexaminarea, managementul de caz și rezolvarea problemelor, formarea sprijinului emoțional de cuplu, medicația pentru somn, psihoterapie intermitentă și oferirea de consiliere/educare). Acestea ar trebui să fie luate în considerare într-un plan de intervenție.
- Debriefingul în timpul unui eveniment traumatic în curs de desfășurare poate fi deosebit de problematic.
- Debriefingul este o oportunitate de educare cu privire la răspunsurile la traume, cum ar fi reacțiile emoționale la dezastru, reacțiile somatice, violența, abuzul de substanțe și stresul familial.
- În timpul unei ședințe de debriefing se oferă o ocazie importantă de identificare și triaj a persoanelor care au nevoie de asistență/intervenție suplimentară.
- Grupurile care se întâlnesc regulat sunt mai utile decât ședințele singulare.
- Discuțiile în grupuri omogene (de exemplu, un grup de pompieri) pot fi mai utile decât în grupuri eterogene (cu persoane străine).

- Persoanele care se confruntă cu dispariția unei persoane dragi pot avea dificultăți dacă sunt plasate într-un grup cu alte persoane care au supraviețuit unei experiențe cu potențial letal. Prin urmare, în general, este important să nu se amestece persoanele care au suferit o pierdere și cele care au suferit expuneri care au pus viața în pericol.
- Grupurile de debriefing cu persoane care au niveluri și tipuri diferite de expuneri pot "răspândi" experiența de expunere de la cei cu expunere ridicată la traume la cei cu expunere scăzută la traume, ceea ce duce la mai multe simptome la persoanele cu expunere scăzută.
- Persoane diferite pot avea relații diferite asupra evenimentelor și motive de îngrijorare distincte. În multe cazuri, membrii grupurilor tind să dorească să fie de acord cu toții asupra unei singure perspective. Într-un grup eterogen, acest lucru poate duce la izolarea și la stigmatizarea unor participanți.

Referințe bibliografice

- Bromet, E.J. (2014). Emotional consequences of nuclear power plant disasters. *Health Physics*; 106(2): 206-210.
- Bromet, E. J., Goldgaber, D., Carlson, G., Panina, N., Golovakha, E., Gluzman, S. F., Gilbert, T., Gluzman, D., Lyubsky, S., Schwartz, J. E. (2000). Children's well-being 11 years after the Chernobyl catastrophe. *Archives of General Psychiatry*; 57:563–571.
- Collins, D. L. (1992). Behavioral differences of irradiated persons associated with the Kyshtym, Chelyabinsk, and Chernobyl nuclear accidents. *Military Medicine*, 157(10): 548-552.
- Green, B. L., Korol, M., Gleser, G. C. (1999). Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *Journal of the American Academy of Children*; 38(4): 368–88.
- Ginzburg, H. M., Reis, E. (1991). Consequences of the nuclear power plant accident at Chernobyl. *Public Health Reports*; 106(1): 32–40. Ginzburg, H. M. (1993). The psychological consequences of the Chernobyl Accident — findings from the International Atomic Energy Agency study. *Public Health Records*, 108(2):185–192.
- Hiroko, H., Yamawaki, N., Uchiyama, K., Arai, S., Horikawa, E. (2014). Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(7):524-533.
- Ng, K-H., Lean, M-L. (2012). The Fukushima nuclear crisis reemphasizes the need for improved risk communication and better use of social media. *Health Physics*; 103(3): 307-310.
- Pastel, R. H., Kahles, G. R., Chiang, J. (1999). The medical and psychological consequences of radiation dispersal devices. *AFFRI White Paper on Medical and Psychological Effects of RDDs*, Armed Forces Radiobiology Research Institute.

Raphael, B. & Wilson, J.P. (Eds.), Psychological Debriefing. Theory, practice and evidence UK: Cambridge University Press, 2000.

Shultz, J.M., Baingana, F., Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. JAMA; 313(6): 567-568.

Towers, S. Afzal, S., Bernal, G., Bliss, N., Brown, S. (2015). Mass media and the contagion of fear: the case of Ebola in America. PLoS ONE; 10.1371/journal. pone.0129179.s001.

Ursano, R. J. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. New England Journal of Medicine; 346(2):130–132.

Vyner, H. M.: The psychological effects of ionizing radiation. Culture, Medicine, and Psychiatry; 7(3): 241–61, 1983.

Vyner, H. M. (1988). The psychological dimensions of health care for patients exposed to radiation and the other invisible environmental contaminants. Social Sciences Medicine; 27(10):1097–1103.

Weinberg, A., Kripalani, S., McCarthy, P. L., Schull, J. (1995). Caring for survivors of the Chernobyl: What the clinician should know. JAMA; 274(5):408–412. Yehuda, R. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. New England Journal of Medicine; 346(2):108–114.