



Переклад резюме дипломованого психолога Клаудії Шедліх, Федеральне управління захисту населення та ліквідації наслідків катастроф

**П'ять основних елементів негайної середньострокової
інтервенції при масових травмах: емпіричні дані**

**Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J.,
Friedman, M., Gersons, P.R., de Jong, J.T.V.M., Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y.,
Norwood, A.E., Pynoos, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.I., Shalev, A.Y., Solomon, Z.,
Steinberg, A.M., Ursano, R.J. (2007). *Psychiatry* 70(4), 283-315**

До сьогодні не вдавалося досягти консенсусу на основі емпіричних даних щодо ефективності інтервенційних заходів у коротко- та середньостроковому періоді після катастроф (Gersons & Olf, 2005). Дослідження підтверджують, що традиційні інтервенційні заходи, як-от психологічний дебрифінг, не призводять до ефекту захисту й можуть навіть зашкодити безпосередньо потерпілим (Carlier, Lamberts, van Uchelen & Gersons, 1998; Litz & Gray, 2002; Mc Nally, Bryant & Ehlers, 2003; Rose, Bisson & Wessely, 2003). Можливе пояснення потенційно шкідливої дії дебрифінгу полягає в передчасній конфронтації з травматичним матеріалом, що може посилити надмірне збудження, а не зменшити його.

Внаслідок цього на практиці немає загальної концепції на основі емпіричних даних для психосоціальних інтервенцій на випадок катастрофи.

У контексті психосоціальної реабілітації найбільший інтерес викликає визначення саме тих «основних інтервенцій» для поліпшення резистентності до стресу та життєстійкості після екстремального досвіду, які в літературі зазначені як перспективні та добре вивчені (Layne, Warren, Shalev & Watson, in press). Проте, досить важко виділити з емпіричної літератури загальні результати щодо інтервенцій.

У публікаціях автори роблять підсумок свого бачення «найкращого досвіду» в контексті гострої та середньострокової реабілітації (починаючи з самого катастрофічного стану до декількох місяців після події) після великих катастроф та терористичних актів. За думкою авторів, конкретні керівництва не застосовні в зв'язку з гетерогенністю травматичних подій та постситуативних умов. Необхідна гнучкість, і заходи слід коригувати з врахуванням найрізноманітніших умов.

Зовсім не вірогідно, що в осяжному майбутньому можна очікувати проведення репрезентативних рандомізованих досліджень ефективності інтервенцій після катастроф, але суттєвим кроком у розробці успішних, плідних і довгочасних інтервенцій є те, що вони будуть підтверджені емпіричними даними та стандартами в опублікованих дослідженнях, які свідчать про їх валідність у надзвичайній ситуації катастрофи.

Є декілька чинників, через які стресові події можуть набути травматичний характер для індивіда та спільноти:

1. ситуаційні чинники: наприклад, травмування, біль, гротескні/ знівечені трупи, жорстокі вбивства в школах, перевантаження через психічні, соціальні та психологічні вимоги,
2. руйнування ресурсів,
3. втрата території або безпеки на власній території,
4. руйнування віри в справедливість, юстицію (порушення базових переконань).

У випадку багатьох катастроф та масового надходження поранених у зв'язку з тривалим насильством, довгостроковим шоком, відсутністю допомоги та вторинних втрат важко однозначно відокремити посттравматичний період від самої події.

Не можна розглядати реакції людей на катастрофи як патологічний стан або як попередню стадію патології, оскільки багато людей страждають від тимчасових стресових реакцій. Більшості людей потрібна спочатку підтримка, щоб бути здатними знову повернутися до нормального стану та відновити ресурси, а не традиційна клінічна діагностика та терапія.

У докладному мета-аналізі автори визначили п'ять інтервенційних принципів, які можуть вважатися керівництвом на основі емпіричних даних для розробки інтервенційних практик та програм після катастроф та масового насильства:

1. сприяння відчуттю безпеки (Promote sense of safety);
2. сприяння заспокоєнню (Promote calming);
3. сприяння відчуттю самоефективності та колективної ефективності (Promote self-efficacy and collective efficacy);
4. сприяння контакту та зв'язку (Promote connectedness);
5. сприяння надії (Promote hope).

На основі цих принципів автори встановили та сформулювали нижче наведені рекомендації:

1. Сприяння відчуттю безпеки

Природа катастроф полягає в тому, що люди змушені впоратися з ситуаціями, у яких їх життя або життя дорогих їм людей знаходиться у небезпеці та/або вони вимушені переживати або боятися втрат – реальної або ідеальної цінності.

Негативні посттравматичні реакції (гостра стресова реакція, ПТСР, тривожний розлад, депресії тощо) мають тенденцію ставати персистентними та переходити в хронічну форму за умов існування тривалої загрози. Дослідження в різних культурах показали, що – незалежно від обсягу катастрофи – з часом посттравматичні стресові реакції зменшуються, коли стає можливим знову забезпечити безпеку. Навіть якщо загроза все ще існує, ті індивіди, які протягом місяців після події знову змогли відновити відчуття відносної безпеки, мають менший ризик переходу ПТСР у хронічну форму, ніж ті особи, які цього не досягли.

Тривала загроза впливає також і на нейропсихологічні та когнітивні процеси. Дослідження підкреслюють, що як для людей, так і для тварин суттєвим є відновлення відносної безпеки для того, щоб зменшити біологічні аспекти посттравматичної стресової реакції, яка виникає разом з тривалим страхом. При тривалій зазрозі також відбувається подальший розвиток та погіршення когнітивних процесів, які ускладнюють відновлення. Після події необхідна коригуюча інформація, щоб люди могли реально оцінити майбутню загрозу.

Втілення інтервенційних стратегій, які можуть сприяти психологічному відчуттю безпеки,

можна здійснювати на індивідуальному рівні, у групах, організаціях або спільноті/громаді. При цьому слід сприяти безпеці в відносному розумінні, оскільки в ситуації катастрофи ще неможливо досягти повної безпеки. Але й у ситуаціях, які роблять повну безпеку неможливою, стабілізація відчуття безпеки сприяє здатності людей справлятися з ситуацією.

Заходи сприяння відчуттю безпеки, які розглянули автори:

До заходів на індивідуальному рівні або в невеликих групах належать терапевтичні стратегії, наприклад, припинення посттравматичної генералізації подразників, під час якої невинні образи, люди або речі асоціюються з небезпечними стимулами. До методів експозиційної терапії, які використовують у цьому контексті, належать, наприклад, уявлена або реальна конфронтація, порівняння з реальною дійсністю та повторне поєднання різних стимулів з відчуттям безпеки.

Надзвичайно важливою потребою людей є отримання інформації про те, що родичі та друзі вижили та знаходяться в безпеці. Тому заходи повинні першочергово вдовольняти цю потребу.

Інтервенції, спрямовані на стабілізацію відчуття безпеки, повинні враховувати аспект соціальної системи. Хоча соціальна підтримка має надзвичайно позитивний вплив, у випадку великих катастроф можна також спостерігати й протилежну дію. Якщо немає інформації стосовно того, що відбувається, люди схильні до обміну плітками та жахливими історіями. Цей вид соціальної «підтримки» показує позитивну кореляцію з психічним навантаженням. *Рекомендовано* обмежити такий обмін щодо травми, наприклад, шляхом надання докладної інформації.

Сприяння відчуття безпеки охоплює також захист від поганих новин, сенсаційних повідомлень та пліток та від інших міжособистісних факторів, які можуть посилити очікування загрози.

Якщо, наприклад, новини нечітко сформульовані або оформлені, вони можуть підсилити страх та дезорієнтувати людей стосовно того, чого від них очікують.

Може бути проблематичним, що інформація в ЗМІ може частково мати політичні цілі. Це особливо важливо для відчуття безпеки тоді, коли політика прагне наганяти страх

(наприклад, погляд президента Буша на тероризм допоміг йому бути переобраним).

Інформація в ЗМІ може по-різному ускладнювати відновлення відчуття безпеки в суспільстві, а також ЗМІ можуть зашкоджувати процесу відновлення («dose-response-effect»). До небезпек належать:

- помилково вселяти відчуття безпеки,
- розповсюджувати неясну інформацію по всьому світу, щоб підвищити свої рейтинги,
- повторна трансляція загрозливих образів.

Хоча й важко визначити кореляцію між переглядом ЗМІ та страхом, є когерентні результати, які вказують на те, що подача інформації в ЗМІ впливає на страх у спільноті. Це особливо небезпечно для дітей, оскільки вони часто не можуть зрозуміти, що подія вже залишилася в минулому, коли вони бачать образи в засобах масової інформації.

Проте, це не означає, що взагалі не можна вплинути на подачу інформації в ЗМІ. На випадок катастрофи буде доцільним для відповідних агентств (наприклад, АРА) пройти підготовку та навчання з метою належної обробки та надання інформації та стратегій.

Рекомендації авторів:

- Слід сенсифікувати, проінформувати та провести інструктування засобів масової інформації, що шляхом подання інформації можна сприяти очікуванню безпеки в громаді. Зі стратегічної точки зору, слід вселяти відчуття відносної безпеки та життєстійкості, а не відображати тривалу загрозу.
- Слід звернутися до засобів масової інформації з проханням у майбутньому не наводити всі можливі сценарії розвитку подій.
- Слід підтримувати осіб, у яких зі споживанням новин зростає психічне навантаження, у спробі обмежити перегляд новин та уникати інформації з графіками, фільмами або фото. Сюди також входить і роз'яснення для батьків, що треба спостерігати, контролювати та обмежувати те, наскільки їх діти стикаються з новинами.

2. Сприяння заспокоєнню

По-перше, якщо люди реагують надмірним збудженням або онімінням на переживання

катастрофи, це не повинно відразу викликати занепокоєння. Але слід спостерігати за тим, чи такі стресові реакції відчутно та протягом тривалого часу не впливають негативно, наприклад, на сон, прийом їжі або рідини, здатність приймати рішення та справлятися з повсякденними задачами. Багато досліджень указують на те, що тривалий високий рівень страху, підвищена схильність до емоційного реагування, а також прискорене серцебиття збільшують ризик виникнення розладів, пов'язаних з травмою (ПТСР, депресія, тривожний розлад).

Симптоми підвищеного збудження можуть – незалежно від реальної ситуації та об'єктивної інформації – мати великий вплив на те, наскільки загрозливим сприймається оточення. Спостерігається тенденція розглядати також і нейтральні або позитивні стимули як загрозливі, що в результаті призводить до реакцій уникнення. Наскільки виразними будуть реакції уникнення після катастрофи, залежить від індивідуальних рис та можливостей родини ефективно з салютогенетичною спрямованістю взаємодіяти в соціальному контексті.

З точки зору *психотерапевтичних методів*, це означає, що існує необхідність разом з потерпілими розробити та втілити стратегії заспокоєння. Також і в межах експозиційної терапії не відбувається конфронтації з травмою до того, як пацієнт не буде в змозі самостійно заспокоюватися та контролювати негативні спогади. Можна використовувати такі вправи для заспокоєння:

- вправи на дихання;
- розслаблення м'язів;
- йога;
- образи та музика в поєднанні з розслабленим станом;
- психофармацевтичні засоби (антиадренергічні препарати, антидепресанти, анксиолітики);
- терапія стресової вакцинації (Stress Inoculation Training, SIT);
- скорочена форма експозиційної терапії.

Для усіх потерпілих – як осіб з сильними стресовими реакціями, так і осіб з меншим психічним навантаженням – центральним принципом інтервенцій з метою заспокоєння є повернення до «нормальних» стресових реакцій. Ключовим у цьому контексті є психонавчання, надання інформації та роз'яснення для вцілілих, а також техніки когнітивно-поведінкової терапії.

Позитивні емоції (радість, гумор, інтерес, задоволення, любов) допомагають ефективно впоратися з ситуацією. Тому може бути доцільним підбадьорити осіб до активності з метою посилення позитивних емоцій. Відповідно також слід зменшити перегляд, прослуховування або перечитування інформації, яка може викликати негативні емоційні стани. Проблематичним при цьому є той факт, що у випадку катастрофи люди вважають, що необхідно бути пильними та поінформованими.

Рекомендації авторів:

- Особи з менш вираженим тривожним станом повинні обмежити перегляд новин до одного разу вранці, одного разу після обіду та одного разу ввечері (але не перед засинанням).
- Особам з тривожним станом у важкій формі слід попросити друзів та членів родини розповідати їм про новини.

Умови, в які потрапляють люди після катастрофи, здаються їм неможливими до подолання. Вирішальну роль відіграють при цьому підтримка та надання невеликих порцій проблеми, з якими можна впоратися, навчання та структурування з метою подолання з фокусом на проблемі. Завдяки цьому збільшується відчуття контролю, виникає можливість досягнення невеликих перемог та поступово зменшуються реальні проблеми, з якими стикаються люди. Також допомагає звернення уваги на можливості вирішення проблем, відстежування наявних ресурсів, які можна доцільно використати. Таким чином можна позитивно вплинути на концепцію «я», зменшити депресію та страх та сприяти професійній адаптації.

Слід підкреслити, що важливим аспектом такої інтервенції є заспокійлива дія зростаючого відчуття можливого контролю та прогнозування.

Серед заходів, які можна вважати несприятливими, автори називають:

- бензодіазепіни, хоча вони й мають заспокійливу дію, але в довготривалому періоді обумовлюють збільшення ризику ПТСР (слід бути надзвичайно обережними з особами, у яких були тривожні розлади ще до травми та які відповідно проходили попередню терапію з використанням бензодіазепінів),
- алкоголь,
- брехня або «вигадки» для заспокоєння населення, оскільки вони зменшують

довіру.

Більшість наведених інтервенцій проводять у індивідуальній формі, але їх можна також перенести на групи та громади.

- Психонавчання є «серцем» ряду інтервенцій після катастроф, спрямованих на заспокоєння. Нормалізація та підтвердження очікуваних та інтенсивних емоційних реакцій, а також сприяння здатності вцілілих переносити та регулювати ці стани – це важливі інтервенційні цілі на всіх рівнях (засоби масової інформації, церкви, школи, робочі місця).
- До технік, які можна показувати в презентаціях, на інтерактивних веб-сайтах або в комп'ютерних програмах, належать гігієна сну, керівництво стосовно використання засобів масової інформації, техніки розслаблення. Це особливо важливо, оскільки після катастроф у людей виникає страх виходити з дому.
- Одночасно важливо говорити про ознаки важких дисфункцій, щоб люди не недооцінювали симптоми, та надавати інформацію, де можна отримати професійну допомогу.

Намагаючись заспокоїти, не можна недооцінювати, що занепокоєння та страхи людей пов'язані з реальними страхами/ умовами. Для великої більшості найкращою протиотрутою будуть заходи, які надають безпосередню допомогу в вирішенні ситуаційних умов. Не можна вважати психологічні інтервенції заміною заходів, які спрямовані на безпосереднє зниження загрози або надання необхідних матеріальних ресурсів.

3. Сприяння самоефективності та колективній ефективності

Салютогенетичне значення відчуття можливого контролю та впливу у відношенні позитивного результату/ наслідку являє собою ще один з найкраще досліджених конструктів (Skinner 1996).

Самоефективність (Self-Efficacy) визначається як індивідуальне переконання/ сприйняття того, що дії в результаті саморегуляції думок, емоцій та поведінки загалом призводять до позитивного результату (Bandura, 1977; Carver & Scheier, 1998).

У потерпілих зі схильністю до негативної генералізації спостерігається підвищений ризик втрати відчуття особистої компетенції того, що вони можуть впоратися з пережитим у катастрофі (Foa & Meadows, 1997; Schnicke, 1992). Тим самим, будь-яка терапія повинна бути націлена на подолання негативного бачення речей. Люди мають дізнатися, що вони спроможні подолати загрозу/ небезпеку та вирішити свої проблеми.

Заходи можна здійснювати індивідуально, в групах та/або спільноті.

Автори концентрують увагу на заходах когнітивно-поведінкової терапії, ціль яких полягає в тому, щоб бачити в індивіді фахівця своїх можливостей у вирішенні проблем та підтримати його в цьому. При цьому в першу чергу мова йде про те, щоб підтримати людей у відновленні своєї самоефективності на її рівні перед травмою, а не у розвитку останньої з нуля. Були розроблені та реалізовані відповідні програми в культурах/ країнах з низьким або середнім прибутком.

У межах психологічної реабілітації дітей та підлітків важливо посилювати як індивідуальну самоефективність, так і ефективність близьких осіб та соціальних представників. Метою повинно бути запобігання перериванню процесу розвитку. Доцільно розвивати у дітей та підлітків здібності вирішувати проблеми та регулювати емоції.

Самоефективність не може виникнути в умовах ізоляції, а лише в соціальному контексті. Люди у значних катастрофічних ситуаціях усвідомлюють, що вони разом «або впливуть, або потонуть».

Головне звернути увагу на можливість взаємної підтримки та сприяти їй. Таким чином можна зменшити сприйняття особистої уразливості та підбадьорити до підтримуючих дій. Родини являють собою головний соціальний капітал громади, та їх слід розглядати як первинну вісь інтервенцій. У випадку катастрофи часто родини необхідно представляти/ замінити професійною допомогою.

Заходи, які можуть посилити принцип ефективності на рівні громади, різноманітні та можуть охоплювати, наприклад, релігійні заходи, організацію зустрічей, співробітництво та налагодження зв'язків з місцевими психосоціальними фахівцями, а також поминання. Компетентна громада також гарантує безпеку через надання матеріальних ресурсів.

Автори називають два вирішальні аспекти:

1. Здатність впоратися з ситуацією базується на переконанні особистої ефективності. Люди повинні бути переконаними та дізнатися, що вони в змозі подолати небезпеку/загрозу та вирішити свої проблеми. Переконання в самоефективності, які не підкріплені тривалими успішними діями, швидко стають уразливими.
2. Але обов'язково слід зважити на те, що розширення можливостей без наявних ресурсів недоцільне та має деморалізуючий характер.

Самоефективність і колективна ефективність – це особистісні ресурси, які можуть послабнути через масову травму. За можливості слід підтримувати та посилювати ці ресурси, оскільки це сприяє процесу відновлення.

Відсутність розуміння зв'язку між переконаннями в ефективності, здатністю діяти, практичним репертуаром та доступом до ресурсів призводить до серйозних помилок інтервенцій. Наприклад, люди можуть помилково припустити, що проблема – в них самих та в тому, що вони зазнають невдачу, а не в тому, що умови являють собою величезне перевантаження. Інтервенції несуть з собою ризик недооцінити або переоцінити здібності людей.

Людям потрібний доступ до ресурсів, щоб підтримати віру в свої здібності досягати цілей.

Основними факторами ризику для населення є в цьому контексті, наприклад, бідність і належність до національної меншини, індивідуальними факторами ризику можуть бути, наприклад, виснаження ще до травми, попередні травми або психіатричні розлади в анамнезі.

Як правило, масові травми являють собою досвід, з яким не знайомі ані особи, які надають професійну допомогу, ані населення. Тому завжди з'являються прогалини в системі забезпечення, ресурси наявні в обмеженій кількості, відбувається порушення базових переконань та обмежується свобода дій, на що слід зважити під час інтервенцій, незалежно від того, чи проводять її індивідуально, в родині або в групі.

Важливо зрозуміти, що намагання повернутися до нормального стану в умовах уразливої економічної системи приречено на невдачу. Тому програми відновлення психічного здоров'я повинні співпрацювати з ініціативами розвитку (De Jong, 2002b).

Чим більше вдається підтримати (розширити можливості) потерпілих у значних катастрофічних умовах (в умовах масової травми), тим швидше вони набудуть статус вцілілих.

Особливо для дітей важливо підтримувати батьків і зміцнювати систему.

Особливо підлітки відіграють ключову роль у відновленні спільноти.

Хоча доказова база щодо посилення самоефективності та колективної ефективності головним чином надана якісними дослідженнями, ці результати базуються на емпіричних даних та перенесення цього принципу на конкретні інтервенції заслуговує подальшого розгляду.

3. Сприяння контакту та зв'язку

Соціальна підтримка та посилення зв'язку з дорогими людьми та соціальними групами мають центральне значення для психічного відновлення та здоров'я вцілілих. Емпіричні дані підтверджують, що відсутність соціального контакту та зв'язків являють собою ризик для розвитку ПТСР. Емпіричні дані вказують на те, що наявність соціальної підтримки корелює з кращим емоційним станом та відновленням після масової травми.

На даний момент проведено ще мало досліджень, щоб переносити цей принцип на конкретні інтервенції, хоча, мабуть, цей принцип найкраще емпірично валідований серед п'яти інших. Від осіб, які надають допомогу, та тих, хто приймає рішення, очікують креативності у втіленні цього принципу в формі конкретних заходів.

У результаті терактів (наприклад, 9/11 або в Ізраїлі) первинною реакцією подолання ситуації є відновлення контакту до дорогих людей. Виявилося, що затримка можливості встановлення контакту була головним фактором ризику ПТСР після вибухів бомб у Лондоні. Досвід показує, що слід підтримувати якомога швидке встановлення та також

підтримування контакту після катастрофічних подій. Це є вирішальним для психічного відновлення та, звичайно, має особливе значення для дітей та підлітків.

У якості прикладів значення соціального контакту автори наводять, наприклад, дослідження емігрантів з Камбоджі та боснійських підлітків, які пережили війну. Емігранти з Камбоджі після геноциду Пол Пота, яких прийняли родичі в США, почували себе психічно набагато краще, ніж ті, які приїхали до США, не маючи родинних зв'язків.

Групова інтервенція з боснійськими підлітками, які пережили війну, мала за мету посилити соціальну підтримку шляхом психонавчання та розвитку соціальних здібностей. Інтервенції охоплювали: (а) покращення знань стосовно різних форм соціальної підтримки (наприклад, емоційна близькість, соціальні контакти, сприйняття потреб, підтвердження самооцінки, надійні та довірливі відносини, психічна та матеріальна підтримка); (b) встановлення потенційних джерел такої підтримки та (c) вивчення того, як належним чином можна просити/отримувати таку допомогу (Layne et al., 2001). Учасники оцінили цю частину загальної програми як особливо цінну (Cox, Davies, Burlingame, Campbell, & Layne, 2005).

Згідно з «Моделлю соціальної підтримки, погіршення, стримування» («Social support, deterioration, deterrence model (Kaniasty & Norris, 1993; Norris & Kaniasty, 1996)») необхідно зважати на те, що в ситуації масової травми соціальна підтримка сприяє благополуччю та знижує дистрес, але паралельно відбувається переживання втрати соціальної підтримки. З досвіду відомо, що в початковому періоді надається значна підтримка, але соціальні системи погіршуються під тиском надмірного використання та через потребу людей концентруватися на нормалізації власного життя (Raphael, 1986). У зв'язку з цим особливо вразливі ті, хто починає з незначної соціальної підтримки. (Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Hobfoll & London, 1986; Pennebaker & Harber, 1993).

Надзвичайно важливо, щоб заходи досягали осіб, у яких немає соціальної підтримки, які з соціальної точки зору скоріше ізольовані або у яких соціальна система надсилає скоріше підривні послання (посоромлення, недооцінка). Негативна соціальна підтримка (як-от недооцінювання проблем або потреб, нереалістичні очікування до процесу відновлення, знецінюючі висловлювання) сильно корелює з довгостроковим посттравматичним стресом.

Автори рекомендують:

- проводити навчання для людей, як можна надавати підтримку, та
- надання формалізованої підтримки, якщо відсутня неформальна підтримка.

У ситуаціях, в яких необхідна евакуація людей, чиї будинки та/або сусіднє оточення були зруйновані, виникають труднощі знову приєднати потерпілих до соціальної підтримки, та у цьому випадку соціальні інтервенції мають першочергове значення.

У якості прикладу автори наводять роботу де Йонг (de Jong, 2002b) про широкомасштабні інтервенції: як стверджує де Йонг, доцільніше створювати структуровані контактні пункти в селах, а не табори. У селах є місцеві ради, комітети первинного контакту, церковні служби, місця зустрічей, футбольні поля тощо. Якщо люди більшу частину свого часу знаходяться в наметах, то вони менше контактують з іншими, ніж коли вони повинні робити якісь справи, змушені брати на себе відповідальність та можуть ділитися своїм досвідом з іншими людьми. Таким чином, можна сприяти як самоєфективності, так і колективній ефективності, захищати соціальні структури, підтримувати функціонування соціальної спільноти, зберігати ролі та правила та забезпечувати соціальне піклування.

Проте, необхідно також розглянути й «нездорові» сторони соціального зв'язку та підтримки (наприклад, Giel, 1990). Так, можливе активування расистських, релігійних, етнічних, соціальних та племінних угруповань у боротьбі за улюблені ресурси. У роботах стосовно «Теорії управління тероризмом» (Landau, Solomon, Greenberg, Cohen & Pyszczynski, 2004; Pyszczynski, Solomon, & Greenberg, 2003) автори встановили: люди з більш високим рівнем дистресу реагують більш патріотично та менш толерантно, на інших та/ або угруповання, коли значно зростає смертність.

Хобфоль та соав. (Hobfoll et al., 2006) встановили, що з більшою кількістю терактів більше зростала ксенофобія серед євреїв та арабів, ніж рівень ПТСР.

Незважаючи на розрив між дослідженнями природнього позитивного впливу соціальної підтримки та впливу соціальної підтримки, яка супроводжує інтервенцію, існує достатня кількість переконливих доказів після 9/11 в Нью-Йорку (Simeon, Greenberg, Nelson, Schmeidler, & Hollander, 2005) та досвід ВООЗ у роботі з біженцями (van Ommeren, Saxena, & Saraceno, 2005), щоб запропонувати їх як «найкращу практику», чітко

вимагаючи при цьому більш ретельного дослідження цього аспекту.

5. Сприяння надії

Існують вагомі вказівки на те, що збереження надії має центральне значення для психічного здоров'я після масових травм. Ті потерпілі, які зберігають оптимізм, краще справляються з переживанням масових травм, оскільки вони можуть зберегти виправдану міру надії в майбутнє (Carver & Scheier, 1998).

Проблематично, що масові травми супроводжуються

- порушення базових переконань про світ (Janoff-Bulman),
- баченням скороченого майбутнього та
- катастрофізацією.

Масові травми являють собою досвід, з яким, як правило, люди не стикаються та який виходить за межі вивченого репертуару стратегій подолання. Не маючи знань про можливості подолання ситуації, зрозуміло, що першою жертвою стає надія.

Розповсюджене визначення надії говорить, що надія – це «позитивне орієнтоване на діяльність очікування того, що в майбутньому можливі позитивні результати та цілі» (Haase, Britt, Coward, & Leidy, 1992).

Хобфоль, Бріггс-Філіпс та Стайнс (Hobfoll, Briggs-Phillips, and Stines, 2003) ставлять цей аспект під сумнів, оскільки вона базується переважно на уявленні «жорсткого/стабільного індивідуалізму» та ігнорує дійсність, яка говорить, що люди, які пережили масові травми, часто живуть усе життя в умовах бідності та расизму. Орієнтоване на діяльність бачення однозначно орієнтоване на Захід – стосується вищого білого середнього класу. Проте, надія для більшості людей по всьому світу має релігійне значення та не орієнтована на діяльність (Antonovsky, 1979). Навіть коли надію переживають внутрішньо, вона, звичайно, є результатом реальних умов життя людей. Багато людей, які так довго залишалися «внизу», що все, що вони можуть зробити, – так це тільки подивитися вгору, часто зберігають оптимізм, самоефективність, віру в силу іншого та Бога, який піклується про їх потреби (Antonovsky, 1979; Lomranz, 1990; Shmotkin, Blumstein, & Modan, 2003).

Стан надії також називають почуттям узгодженості (Antonovsky, 1979; дослідження вцілілих під час Холокосту), яке визначають як проникливе, тривале, але й динамічне почуття віри в те, що внутрішнє та зовнішнє оточення передбачуване, що існує велика вірогідність того, що справи йтимуть настільки добре, як це можна очікувати з раціональної точки зору.

Антоновські підкреслює, що люди – так само і на Заході – знаходять надію не через внутрішню силу, діяльність або саморегулювання, а через віру в Бога (Smith, Pargament, Brant, & Oliver, 2000), всебічні та вдячні реакції уряду та заботи (наприклад, «Я завжди щасливий, як правило, все складається на мою користь»).

Небезпека залежності надії виключно від внутрішнього переконання через власну силу була очевидною після урагану Катріна. Багато людей не евакуювали не через те, що не було внутрішньої сили, а тому, що через недостатні зовнішні ресурси було замало підстав сподіватися на позитивний результат евакуації.

Дослідження з участю ветеранів, які мають «ПТСР у зв'язку з військовими діями», показало, що робоча ситуація була первинним провісником надії (Crowson, Frueh, & Snyder, 2001). Схожу ситуацію можна було спостерігати й у потерпілих від урагану Ендрю, де найсильнішим провісником ПТСР була неможливість отримати підтвердження фінансової підтримки для відбудови зруйнованих будинків (Ironson et al., 1997).

Вирішальне значення для посилення надії є надання людям послуг, за допомогою яких вони можуть повернутися в своє життєве середовище. У цьому контексті психосоціальні фахівці можуть розробити програми підтримки для потерпілих, щоб «проходити» через бюрократію та важкі задачі, які виникають після масової травми.

Слід ще раз зазначити, що мова йде про те, як поєднувати людей з іншими, супроводжувати їх, а не робити щось за них, оскільки це сприяє самоефективності, а також почуттю надії.

Надію можна підтримувати та сприяти їй за допомогою ряду інтервенцій на індивідуальному рівні, в групах або для населення шляхом надсилання послань через засоби масової інформації.

На індивідуальному рівні когнітивно-поведінкова терапія буде особливо корисною для осіб з ранніми ознаками важкого навантаження та для осіб з переоцінкою особистої

відповідальності. Автори назвали такі терапевтичні стратегії:

- концентрація на відновлення сили;
- робота з тривалими та генералізуючими очікуваннями в зв'язку з травмою, незалежно від виразності симптомів, за допомогою вправ, орієнтованих на майбутнє, які сфокусовані на постійному розвитку для посилення надії;
- керована бесіда з самим собою;
- не продовжувати звинувачувати самого себе;
- рухатися в напрямі режиму з орієнтуванням на рішення проблем;
- декатастрофізація (парадоксально, але стрес зменшується, якщо вимальовувати в голові важкий, критично розглянутий, реалістичний результат).

Інтервенції на всіх рівнях повинні інформувати про те, що катастрофізація – це нормальне явище, але його необхідно розпізнати та долати за допомогою мислення, орієнтованого на факти. Метою є нормалізація реакцій людей.

Припущення потерпілих, що у пережитому досвіді необхідно бачити користь/ надбання (Benefit-finding), здається досить розповсюдженим процесом. Виявилось, що цей чинник має прогностичне значення стосовно здатності адаптації протягом місяців або років після події. Невизначено, чи цей феномен слід розуміти як вибіркочну оцінку, стратегію подолання ситуації, особистісну рису, рефлексію наявних змін або росту, як маніфестацію імпліцитної теорії змін або як тимчасову відповідність.

Проте, слід бути обережним, щоб не переконувати в наявності сенсу в травматичному досвіді під час інтервенцій. Навіть якщо це роблять з добрими намірами, ця спроба сприймається як тривіалізація страждань і задач, з якими необхідно впоратися. Крім того, є дослідження, які встановлюють зв'язок між пошуком сенсу та підвищеним показником ПТСР, підвищеною ксенофобією та підвищеною потребою помсти (Hobfoll et al., 2006). Це наводить на думку, що інтервенції повинні бути сфокусовані на вже існуючому припущенні стосовно сенсу, а не пропонувати пояснення сенсу до того, як людина буде готова до цього.

Інтервенції в групах або також масові інтервенції можуть бути більш ефективними, ніж індивідуальні заходи. Адгер та соав. (Adger et al., 2005) прийшли до висновку, що соціоекологічна стійкість є суттєвою передумовою для відновлення після катастроф, особливо здатності громад як під час підготовки, так і реагування на катастрофу

мобілізувати підтримку та створити мережі та соціальний потенціал.

Це підкреслює ще раз, наскільки глибоко процес у спільноті пов'язаний з індивідуальною надією.

Засоби масової інформації, школи та університети, а також керівники в громаді (церквах, громадських центрах) можуть посилити надію, підтримуючи людей адекватно оцінювати ризики та встановлювати позитивні цілі. Важливо при цьому спиратися на сильні сторони індивіда та спільноти та підтримувати людей, коли вони розказують свою історію.

Перевага моделі спільноти в порівнянні з індивідуальною моделлю полягає в тому, що група (наприклад, мечеті, школи, підприємницькі організації, торгові палати, Ротарі-клуб) може ймовірніше підтримати в поновленні надії, коли вони, наприклад, можуть допомагати під час відбудови, відвідувати вдома, організовувати донорство крові та інтегрувати членів у спільноту, які вважають, що не зможуть впоратися самостійно, оскільки труднощі занадто великі.

Підсумки та висновки

Звичайно, у нас є ефективні клінічні інтервенційні заходи. Що нам потрібно, так це більш масштабні інтервенції вторинної профілактики, які в першу чергу інформують, пропонують психічну першу допомогу та до яких належить підтримка сімей і громади (de Jong, 2002a; Eisenbruch, de Jong, & van de Put, 2004)).

Ці заходи повинні бути доступними для такої великої кількості людей, що потреба в індивідуальній терапії швидко перевищує наявні в регіоні ресурси.

Заходи повинні виходити далеко за межі психотерапії, та їх пропонують не тільки фахівці в галузі медицини та психології, але й «охоронні позиції» (наприклад, офіцери, військові командувачі, вчителі, члени місцевих рад). Необхідно розірвати зачароване коло втрати ресурсів, і ключові елементи заходів повинні концентруватися на профілактиці та лікуванні.

Слід ретельно впроваджувати описані принципи в розроблювані заходи, які підходять певній культурі та оточенню, місцю та типу травми.

За можливістю слід перевіряти їх у межах пілотних проєктів, поліпшувати та знову перевіряти, щоб бути здатними остаточно оцінити окремі компоненти на дієвість. Важливе значення матиме розгляд цілого спектру можливих індикаторів психічного дистресу та обмеженої ефективності в межах цих досліджень. Депресивні розлади, соматоформні розлади та інші тривожні розлади мають підвищені показники ризиків, та на них слід зважати так само, як і на ПТСР, у доповнення до широкого спектру психосоціальних проблем (de Jong, Komproe, & van Ommeren, 2003).

Проте, вирішальним є те, що ми повинні залишатися реалістичними, стверджуючи, що інтервенції можуть бути профілактикою для попередження довгострокових функціональних та симптоматичних впливів. Невідомо, якою мірою інтервенції пов'язані зі значним поліпшенням рівня функціональності.

Як було продемонстровано на прикладі дискусії щодо дебрифінгу (як-от у Raphael & Wilson, 2000), переоцінка наміченої дії інтервенції – до підтвердження ефективності – може призвести до втілення програм з обмеженою дієвістю та заважати розробці більш ефективних програм.

Ці п'ять принципів не повинні стати методом «терапії, яка підходить до всього».

У випадку катастрофи заходи повинні також зважати й на економічні аспекти та аналіз витрат та корисної дії. Буде необхідним розробити багаторівневі інтервенції з витратами (у кожному окремому випадку) для індивідуальних інтервенцій для найбільш уражених осіб та нижчими витратами (у кожному окремому випадку) для інтервенцій для груп більшого розміру та спільноти.

Слабка сторона рекомендацій полягає в тому, що існує лише незначна кількість клінічних тестів або безпосередньої перевірки принципів у контексті катастроф. Принципи базуються на первинному аналізі наявної емпіричної літератури у широкій галузі. На сьогодні уряди, організації охорони здоров'я та благодійні організації не мають «мапи» для спрямування інтервенцій. У найближчому майбутньому не очікується розробок на основі емпіричних даних. Тому автори виходять з того, що їх огляд емпіричних даних і розроблені принципи являють собою найкращу стратегію для коротко- та середньострокового періоду.

Автори стверджують, що принципи засновані на міжнародних та міжкультурних емпіричних даних, але як вони будуть втілені в формі конкретних заходів, буде сильно відрізнятися у східних і західних країнах і в індустріалізованому та неіндустріалізованому світі.

Бонн, листопад 2008 р.