Тема 5. Психосоціальна підтримка в екстремальних умовах: система реагування та базові моделі

План лекції

5.1. Піраміда IASC і психологічна перша допомога за підходом ВООЗ

5.2. Фази реагування, тріаж і стабілізація

5.3. Підтримка після критичних подій: від дебрифінгу до тривалої підтримки; координація служб

Література: [1, 2, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19]

5.1. Піраміда IASC і психологічна перша допомога за підходом ВООЗ

Психосоціальна підтримка в екстремальних умовах охоплює комплекс заходів, спрямованих на захист і підтримку психічного благополуччя та запобігання або зменшення психічних розладів у людей, які зазнали надзвичайних подій. Концептуально вона ґрунтується на розумінні, що масові катастрофи, війни й інші надзвичайні події не лише спричиняють психічні розлади в частини осіб, а й руйнують соціальні мережі, засоби до існування та безпеку; тому допомога має бути одночасно психологічною й соціальною. Дослідження свідчать, що більшість людей після травматичних подій відновлюється самостійно (траєкторія стійкості, за Дж. Бонанно), тому надмірна медикалізація реакцій недоцільна, а підтримка зосереджується на створенні умов для природного відновлення й виявленні осіб, які потребують спеціалізованої допомоги [2; 10].

Основою міжнародного підходу є настанови Міжвідомчого постійного комітету (IASC) щодо психічного здоров’я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях. Центральним є поняття піраміди втручань, що містить чотири рівні. Перший – базові послуги й безпека (їжа, укриття, вода, медична допомога, інформація, повага до гідності), доступні всім постраждалим; на

цьому рівні психологічні потреби задовольняють через організацію діяльності, що поважає й підтримує людей. Другий – підтримка громади й сім'ї (відновлення соціальних мереж, групи взаємодопомоги, безпечні простори для дітей, підтримка традиційних практик, залучення громад). Третій – цільова неспеціалізована допомога (психологічна перша допомога, базова підтримка, що надається підготовленими нефахівцями та психологами). Четвертий – спеціалізована допомога (психіатричне лікування, психотерапія) для невеликої частини осіб із тяжкими розладами.

Основні принципи IASC: не завдавати шкоди; дотримуватися прав людини й справедливості; використовувати участь місцевих громад; будувати на наявних ресурсах і потенціалі; інтегрувати підтримку в наявні системи; застосовувати багаторівневий набір допомоги. Мінімальні заходи реагування охоплюють координацію, оцінку потреб, впровадження базових заходів, навчання персоналу, моніторинг. Ці принципи є нормативною опорою для планування діяльності служб і координації організацій.

Психологічна перша допомога – гуманна, підтримувальна відповідь людині, яка страждає й може потребувати допомоги; її надання не потребує професійної освіти. За підходом Всесвітньої організації охорони здоров'я, Фонду «Війна й травма» та міжнародної організації «Всесвітнє бачення» її основні складники виражають три принципи дій: дивись (оціни безпеку, виявляй людей із нагальними базовими потребами, людей у вираженому дистресі), слухай (налагоджуй контакт, питай про потреби й турботи, слухай і допомагай людям заспокоїтися), зв'язуй (допомагай задовольнити базові потреби, отримати послуги, подолати проблеми, надай інформацію, пов'язуй із близькими й соціальною підтримкою).

Психологічна перша допомога не є психотерапією чи психологічним дебрифінгом; вона не потребує розповіді про подію, не спонукає людину до розкриття переживань, не нав'язує інтерпретацій. Вона уникає дій, які можуть зашкодити: примушувати говорити, оцінювати подію, давати поради щодо

власних переконань, робити нереалістичні обіцянки, залишати людину без підтримки. До психологічної першої допомоги належить уміння заспокоїти (допомога в навичках дихання, орієнтування в теперішньому), безпека, зв'язок із рідними, надання практичної допомоги й інформації.

П'ять істотних елементів безпосереднього й середньострокового втручання після масових травм, сформульовані С. Гобфоллом із колегами на основі аналізу емпіричних даних, становлять найпоширенішу теоретичну основу психологічної першої допомоги: відчуття безпеки; заспокоєння; відчуття самоефективності й колективної ефективності; зв'язок (соціальна підтримка); надія. Ці елементи охоплюють універсальні механізми відновлення й орієнтують фахівця на відновлення ресурсів, а не на лікування симптомів.

У теорії збереження ресурсів С. Гобфолла стрес виникає за загрози втрати цінних ресурсів, їх фактичної втрати або відсутності відновлення після вкладення зусиль. Втрати наростають у спіралі: початкова втрата підвищує вразливість до наступних. Отже, першочергова мета підтримки – зупинити спіраль втрат і запустити спіраль приросту ресурсів (безпека, відпочинок, підтримка, відновлення діяльності).

5.2. Фази реагування, тріаж і стабілізація

Фази реагування на катастрофу, за узагальненою моделлю, охоплюють: підготовчу (попередження й підготовка), фазу впливу (подія), героїчну (мобілізація, взаємодопомога, альтруїзм), «медовий місяць» (солідарність у громаді, надія), розчарування (втома, усвідомлення втрат, зменшення зовнішньої підтримки) і відновлення (реорганізація, повернення до діяльності). Для військових, рятувальників, поліцейських і медиків фази відображають цикл мобілізації, виконання, виснаження й відновлення. Знання фаз допомагає передбачати зміни потреб і формувати очікування: зокрема фаза розчарування є піком звернень по допомогу [1; 6; 7].

Реагування спрямоване на різні періоди. Негайний період (години – дні): забезпечення безпеки й базових потреб, психологічна перша допомога, тріаж, виявлення осіб із високим ризиком, збереження сімейних зв'язків, інформування. Короткостроковий (тижні): підтримка відновлення, діяльність груп, психоосвіта, скринінг, допомога особам з гострими реакціями. Середньостроковий (місяці): відновлення соціальних і службових ролей, лікування розладів, робота з горем, відновлення діяльності, підтримка сімей. Довгостроковий (роки): реабілітація, супровід, профілактика хронізації, підтримка ветеранів [2; 16].

Психологічний тріаж – швидке сортування постраждалих за терміновістю потреби у психологічній і медичній допомозі. Його завдання: виявити осіб, які становлять безпосередню загрозу (суїцидальні наміри, агресія, психоз), осіб зі станами, що потребують негайної допомоги (глибока дисоціація, панічні реакції, ступор), осіб із потребою відстроченої допомоги й тих, хто в нормативній реакції потребує лише підтримки й інформації. Тріаж здійснюють повторно, оскільки стан змінюється. Для швидкості й узгодженості доцільно мати простий протокол із кольоровою кодифікацією та навчанням персоналу.

Стабілізація – комплекс дій, що відновлюють базову регуляцію стану: забезпечення безпеки та комфорту (укриття, тепло, вода, їжа), дихальні вправи, орієнтація в реальності, контакт зі значущими особами, структурування найближчих дій, мінімальні рішення. Для осіб із вираженою дисоціацією застосовують техніки заземлення, залучення до простих завдань, супровід. Стабілізація передує будь-яким діям, пов'язаним із обговоренням події.

Робота з різними групами постраждалих: діти (збереження зв'язку з батьками, простий мовний супровід, ігрова активність, структура, безпечні простори), літні люди (безпека, ліки, зв'язок), особи з обмеженими можливостями (доступність, супровід), поранені (медична допомога, інформування, біль), родичі загиблих і зниклих (інформування, підтримка в

горі, невизначеності), рятувальники, медики, поліцейські й військові (відпочинок, нормалізація реакцій, відновлення) [2; 10].

Нормалізація реакцій – психоосвітній прийом, який пояснює, що сильні реакції є очікуваними на ненормальну подію й, як правило, поступово слабшають: порушення сну, дратівливість, спалахи спогадів, труднощі зосередження. Нормалізація зменшує тривогу щодо втрати психічного здоров'я, але не знецінює переживання і супроводжується інформацією про ознаки, за яких потрібна допомога лікаря: тривалі симптоми, суїцидальні думки, нездатність до самообслуговування, зловживання речовинами.

Особливості військового й рятувального контексту: психологічна допомога в підрозділі охоплює швидку допомогу на місці (в укритті, на позиції, на місці надзвичайної події), виявлення осіб, які потребують евакуації, підтримку керівників, організацію відпочинку, групові розбори та ранній скринінг. Принцип «близькості, негайності, очікування» (допомога максимально близько до місця події, якнайшвидше, з очікуванням повернення до діяльності) спрямований на утримання особового складу в підрозділі та запобігання хронізації [14; 15].

Психосоціальна підтримка військових і рятувальних підрозділів. У підрозділах підтримка вибудовується на рівні безпосередніх керівників: планування відпочинку, відновлення, підтримка зв'язку з родиною, інформування, справедливість у розподілі навантаження. Психолог навчає керівників ознак виснаження, навичок розмови, організації взаємодопомоги. Підтримка колег («рівний – рівному») є потужним ресурсом, який підсилюється навчанням основам першої допомоги й розпізнавання кризових станів.

Підтримка цивільного населення й гуманітарних працівників. У громадах, що пережили обстріли, повені, пожежі чи техногенні аварії, психосоціальну підтримку розгортають у пунктах незламності, місцях тимчасового проживання, школах і центрах надання соціальних послуг. Мобільні групи психологів, соціальних працівників і волонтерів проводять первинну оцінку

потреб, надають психологічну першу допомогу, організовують дитячі простори й групи взаємопідтримки. Окрему увагу приділяють самим гуманітарним працівникам і волонтерам, які працюють без чітких меж робочого часу: їм потрібні інструктаж, ротація, доступ до консультацій і право на відпочинок.

Після втрат організовують шанування пам'яті, можливість висловити горе, консультації за потреби. Для осіб із високим ризиком (поранення, багаторазові втрати, ознаки травматичних реакцій) передбачають індивідуальний супровід. Тривале спостереження дає змогу виявляти відстрочені реакції та скеровувати до лікування.

Психологічні наслідки надзвичайних подій та чинники відновлення. Надзвичайні події спричиняють широкий спектр реакцій: від короткочасних порушень сну й уваги до тривалих розладів. Відновлення залежить від характеристик події (тривалість, інтенсивність, цілеспрямованість шкоди), особистих чинників (досвід, здоров'я, ресурси) та середовища (підтримка, безпека, справедливість реагування). Соціальна підтримка вважається найсильнішим захисним чинником.

Значення має також сенс, який люди надають події: можливість пояснити, віднайти цінності, діяти. Участь у відбудові, допомозі іншим, ритуалах пам'яті сприяє відновленню контролю й відчуття спільноти. Негативні чинники – звинувачення, замовчування, несправедливий розподіл допомоги, повторні травматизації.

Фахівець допомагає відновленню через стабілізацію, психоосвіту, підтримку соціальних зв'язків, залучення до діяльності, скерування до лікування. Для військових і рятувальників важливими є повага до досвіду, відчуття спільності з колегами та можливість зберегти професійну ідентичність.

5.3. Підтримка після критичних подій: від дебрифінгу до тривалої підтримки; координація служб

Критичний інцидент – подія, що має потенціал перевантажити звичні механізми подолання у людей, які в ній брали участь або були свідками. До критичних інцидентів належать: загибель колег або цивільних, поранення, масові жертви, тривала облога, загибель дітей чи пацієнтів, події, що спричиняють моральний конфлікт, самогубство колеги. Підтримка після критичних подій має запобігти шкоді й підтримувати природне відновлення, тому її організовують відповідно до сучасної доказової бази [7; 14].

Психологічний дебрифінг (одноразове структуроване обговорення події, зазвичай протягом 24–72 годин, спрямоване на запобігання посттравматичним розладам) широко застосовували для рятувальників і військових. Систематичний огляд Кокранівської колаборації показав, що обов'язковий одноразовий дебрифінг не знижує ризик ПТСР і в частини осіб може посилювати симптоми; тому його не рекомендують як стандартну профілактичну процедуру. На цій основі відбувся перехід від «вимушеного розбору» до гнучкої, добровільної, багатоетапної підтримки.

Сучасний підхід: рання оцінка потреб; забезпечення безпеки й відпочинку; практична допомога; соціальна підтримка; добровільні групові обговорення, орієнтовані на організацію (розбір подій з тактичної та організаційної точки зору, а не емоційне «вивільнення»); індивідуальні консультації за запитом і для осіб групи ризику; моніторинг стану; навчання навичкам регуляції; направлення на лікування. Керівник підрозділу відіграє ключову роль: забезпечує відпочинок, організовує спільне обговорення, показує приклад звернення по допомогу [12; 14].

Групові розбори в службових колективах (операційний розбір, розбір після завдання) корисні, коли мають структуру: факти, рішення, труднощі, висновки, ресурси; не припускають звинувачення; забезпечують право не говорити; проводяться підготовленим ведучим; не замінюють індивідуальної допомоги.

Важливо відрізняти їх від психотерапевтичних груп: розбір спрямований на навчання й підтримку підрозділу, а не на лікування розладів.

Довготривала підтримка: скринінг на 1, 3 і 6 місяців після події; доступ до консультацій; допомога сім'ям; послідовне повернення до діяльності; навчання керівників розпізнаванню ознак і підтримці; подальші профілактичні заходи; відновлення діяльності служби (супервізія, ротація). Критерії для переходу на вищий рівень допомоги: тривалі симптоми (понад місяць) зі зниженням функціонування, суїцидальні думки, зловживання речовинами, насильство, відмова від діяльності [16].

Координація служб – ключова умова ефективності. Вона охоплює: єдиний координаційний центр або чітко визначену структуру; розподіл відповідальності між службами (військова, рятувальна, правоохоронна, медична, соціальна, освітня, волонтерські й громадські організації, міжнародні партнери); спільні протоколи; обмін інформацією за правилами конфіденційності; уникнення дублювання й прогалин; спільне навчання; єдину систему оцінки. Для міжнародних і громадських партнерів визначають вимоги до якості (кваліфікація, етика, безпека, повага до культури, відсутність шкоди) та моніторинг [19].

Міжнародні настанови (ВООЗ, IASC) та український досвід їх упровадження інтегруються в національні практики: підготовка спеціалістів і неспеціалістів до психологічної першої допомоги; розроблення протоколів для військових, рятувальників, поліцейських, медиків, освітян; створення мобільних груп; доступ до телефонних і онлайн-ліній; навчання керівників. Цей процес потребує постійного оцінювання ефективності й адаптації до умов війни [18; 19].

Моніторинг стану та виявлення потреб у допомозі. Моніторинг здійснюється через спостереження керівників, самооцінку, скринінги, аналіз поведінкових змін (відсутність, конфлікти, зловживання речовинами). Скринінгові шкали повторюють з певним інтервалом, що дає змогу виявити

відстрочені реакції. Критерії для направлення: стійкі симптоми протягом кількох тижнів, суїцидальні думки, виражене порушення функціонування, зловживання речовинами.

Інформування, комунікація та робота з чутками в екстремальних умовах. У кризі потреба в інформації зростає, а її нестача породжує тривогу й чутки. Психосоціальна підтримка охоплює забезпечення зрозумілими, правдивими, своєчасними повідомленнями: що сталося, що робиться, що потрібно зробити, куди звертатися. Повідомлення адаптують до аудиторії, використовують кілька каналів, повторюють. Визнання невизначеності й обіцянка надати нову інформацію підтримують довіру.

Чутки опрацьовують через моніторинг, відповіді на найпоширеніші, залучення довірених лідерів. Для військових і рятувальних підрозділів дієвою є регулярна коротка інформація від керівників і доступ до перевірених джерел. Психологи допомагають керівникам формулювати повідомлення й оцінювати реакцію.

Ключові поняття теми: *психосоціальна підтримка; піраміда втручань IASC; психологічна перша допомога (дивись – слухай – зв'язуй); п'ять елементів втручання; теорія збереження ресурсів; психологічний тріаж; стабілізація; критичний інцидент; психологічний дебрифінг та його обмеження; координація служб.*

Питання для самоперевірки

1. Які рівні містить піраміда втручань IASC і які принципи лежать в її основі?

2. З яких складників складається психологічна перша допомога й чим вона відрізняється від психотерапії?

3. Які п'ять елементів втручання після масових травм виділив С. Гобфолл?

4. Які фази реагування виділяють і які заходи відповідають кожному періоду?

5. Що таке психологічний тріаж і стабілізація та як їх організовують?

6. Чому одноразовий обов’язковий дебрифінг не рекомендують і яка підтримка після критичних подій є сучасним підходом?

7. Як організовують координацію служб та довготривалу підтримку?