Тема 13. Діагностика в кризових ситуаціях і надзвичайних подіях

План лекції

13.1. Експрес-діагностика: спостереження, коротка бесіда, мінімальний набір шкал, умови кризи

13.2. Психологічний тріаж, ознаки гострої реакції та різні підходи до оцінки постраждалих, родичів і рятувальників

13.3. Діти під час війни, мінімальне навантаження діагностики, практична користь і передача результатів службам

Література: [9, 14, 16, 21, 24]

13.1. Експрес-діагностика: спостереження, коротка бесіда, мінімальний набір шкал, умови кризи

Кризова ситуація – це стан, коли звичні способи подолання труднощів виявляються недостатніми, що спричиняє виражений дистрес, дезорганізацію поведінки й потребу в зовнішній підтримці. Надзвичайна подія (бойовий обстріл, масштабна аварія, руйнування, масове ураження, евакуація) створює масову кризу, у якій діагностика має виконувати прикладні завдання: визначити, кому потрібна допомога негайно, а кому пізніше; оцінити ризики; спрямувати ресурси; передати інформацію службам.

Експрес-діагностика – це система швидкої оцінки психічного стану особи в умовах обмеженого часу, ресурсів і навантаження. Її відмінності від планової діагностики такі: вузькі питання (безпека, потреби, функціонування), короткі інструменти (5–15 хвилин), простота проведення й інтерпретації, орієнтація на дії. Діагноз і поглиблений аналіз виконують пізніше, у стабільніших умовах [9].

Спостереження – перший і основний метод. Оцінюють: орієнтування в часі й місці; свідомість і уважність; мовлення (зв’язне, збуджене, загальмоване); моторику (метушня, застигання, тремор); емоційні реакції (плач, паніка,

оціпеніння, агресія); поведінку (пошук рідних, відмова від допомоги, ризиковані дії); соматичні ознаки (прискорене дихання, блідість, пітливість). Важливо фіксувати динаміку: стан, що не змінюється або погіршується, потребує допомоги.

Коротка бесіда проводиться за простою схемою: представлення; оцінка безпеки (чи є загроза зараз); базові потреби (вода, тепло, медична допомога, зв'язок); контакт з близькими; що відбувається зараз із людиною (сон, самопочуття, думки про шкоду собі чи іншим); план найближчих кроків. Питання короткі, відкриті й конкретні, а розпитування про деталі події не проводять, якщо вони не потрібні для безпосереднього рішення.

Мінімальний набір шкал для кризових умов: двопунктні скринінги депресії (PHQ-2) і тривоги (GAD-2); пункт про суїцидальні думки (пункт 9 PHQ-9 чи скринінгова версія C-SSRS); короткий скринінг ПТСР (PC-PTSD-5) у віддаленіші терміни; AUDIT-C для оцінки вживання алкоголю; оцінка сну одним-двома запитаннями; шкала загального дистресу (наприклад, термометр дистресу 0–10). Проте шкали не використовують у перші години без потреби. Їх застосовують, коли є змога забезпечити безпеку і подальшу допомогу.

Окрім коротких скринінгів, для оцінки загального психологічного дистресу в популяційних та польових дослідженнях застосовують шкалу Кесслера (K6): шість пунктів про відчуття нервозності, безнадії, неспокою, пригніченості, того, що все потребує зусиль, і нікчемності. Відповіді оцінюють від 0 до 4 балів, діапазон становить 0–24. Значення 13 і більше вказує на ймовірний серйозний психічний розлад. Також застосовують індекс самопочуття ВООЗ (WHO-5), який містить п'ять тверджень за два тижні (діапазон 0–25, результат множать на 4 для шкали 0–100). Сума нижче 13 (нижче 50 %) вказує на знижене самопочуття та потребу в оцінці депресії. Обидві шкали придатні для групових оглядів, але не є діагностичними.

Умови кризи накладають обмеження на валідність: шум, відсутність приватності, відсутність сну й їжі, висока емоційна напруга, відсутність

стандартизації. Тому результати вважають орієнтовними, фіксують із поміткою про умови й повторюють у спокійніших обставинах. Висновки формулюють у категоріях «потребує допомоги зараз / незабаром / планово», а не у формі діагнозу [16].

Ознаки гострого стресового реагування: фізіологічні (прискорене серцебиття, тремор, нудота, виснаження), емоційні (страх, горе, оніміння, гнів, провина), когнітивні (труднощі зі зосередженням, сплутаність, повторювані думки), поведінкові (гіперактивність, уникання, замкненість), дисоціативні (відчуття нереальності, «заціпеніння»). У перші години й дні це переважно нормативні реакції. Водночас тривалі й тяжкі ознаки потребують уваги.

Психологічна перша допомога за настановою ВООЗ базується на трьох діях: спостерігати (безпека, видимі потреби, ознаки сильного дистресу), слухати (контакт, потреби, турботи, без примусу до розповіді), скеровувати (інформація, зв’язок із близькими, служби допомоги). Теоретичну основу становлять п’ять елементів раннього втручання за С. Гобфоллом та співавторами: безпека, заспокоєння, відчуття власної ефективності та ефективності громади, зв’язок з іншими, надія. Психологічна перша допомога не є терапією і не потребує діагностики розладів. Її виконують підготовлені нефахівці й фахівці, а діагностичні питання мають прикладний характер.

Методики. Термометр дистресу: одне питання «Який рівень дистресу ви відчували протягом останнього тижня?» за шкалою від 0 (немає) до 10 (максимальний). Поріг 4–5 балів і вище вказує на потребу в уточненні. Питання може супроводжуватися списком причин (практичні, сімейні, емоційні, фізичні проблеми). Термометр використовують у польових умовах і в первинній ланці. Обмеження – не розрізняє типи дистресу [14].

PHQ-2 + GAD-2 + C-SSRS (скринінгова): сукупний час до 5 хвилин. Перший крок виявляє осіб, які потребують повної оцінки. Результат використовується для рішення «негайно / незабаром / планово». Вибір

скринінгового набору фіксується в стандартній процедурі підрозділу чи служби.

Принцип «оцінюй – допомагай – повторно оцінюй» забезпечує безперервність кризової діагностики: після першої допомоги фахівець повертається до особи через визначені інтервали, перевіряє динаміку симптомів, виявляє нові потреби та за потреби змінює маршрут допомоги. Для підрозділів така практика поєднується з щоденним спостереженням керівників і короткими групами підтримки.

Шкали для цивільного населення. Під час масових надзвичайних подій застосовують стислі шкали, адаптовані для цивільного населення України, зокрема GAD-7, результати якого після кризового скринінгу уточнюють диференційною діагностикою [21].

13.2. Психологічний тріаж, ознаки гострої реакції та різні підходи до оцінки постраждалих, родичів і рятувальників

Психологічний тріаж – розподіл постраждалих за терміновістю потреби в психологічній допомозі. Мета тріажу: швидко виявити осіб, які потребують негайної допомоги або загрожують собі чи іншим; визначити тих, чий стан потребує моніторингу; не відволікати ресурси на тих, хто справляється самостійно. Типова схема має чотири категорії: червона (негайно: суїцидальні наміри, гострий психоз, неконтрольована агресія, глибока дисоціація, неможливість самообслуговування), жовта (терміново: виражений дистрес, паніка, ознаки гострої реакції, ризик дезорганізації), зелена (планово: помірний дистрес, збережене функціонування), біла (підтримка: реакції в межах норми, потреба в інформації та спілкуванні).

Психологічний тріаж виконують після медичної стабілізації та забезпечення безпеки: пріоритет мають життєво небезпечні стани, а психолог не втручається в роботу медиків і не затримує евакуацію. Критеріями пріоритетності є здатність виконувати прості вказівки, орієнтація в ситуації,

контактність, відсутність наміру завдати шкоди собі чи іншим, можливість самообслуговування. Схему категорій узгоджують із місцевим протоколом, щоб колір і порядок дій були однаковими для всіх учасників реагування.

Ознаки, що потребують пріоритетного втручання: нездатність орієнтуватися, виражена збудженість чи заціпеніння, відсутність контакту; наміри заподіяти шкоду собі або іншим; ознаки психозу; поєднання сильного горя й безнадії; нещодавні тяжкі втрати за відсутності підтримки; вагітні, діти без супроводу, особи з психічними розладами в анамнезі, літні люди. Рішення тріажу переглядають, коли стан змінюється.

Оцінка постраждалих: акцент на потребах, безпеці, ресурсах, ознаках гострої реакції. Питання про події не ставлять без потреби. Оцінка родичів: потреби в інформації, підтримці, ризики перевантаження. Особливу увагу надають горю (втрата близьких) і невизначеності (зникнення безвісти). Оцінка рятувальників і військових: ознаки перевантаження, виснаження, вторинної травматизації, моральних дилем, потреба у відпочинку й відновленні; можливості підтримки на місці.

Особливості діагностики серед рятувальників і медиків: підвищений ризик вторинної травматизації (емпатійне виснаження), синдрому вигорання; інструменти – шкали вторинного травматичного стресу, вигорання (К. Маслач), скринінг ПТСР, сон; формат – короткі групові й індивідуальні опитування, спостереження, розбір критичних інцидентів (структурований, добровільний, не примусовий). Результати використовуються для планування змін, відпочинку й підтримки, а не для кадрових рішень.

Докладніше інструменти для рятувальників і медиків: шкала професійної якості життя (ProQOL, 30 пунктів, три субшкали по десять: задоволення від допомоги, вигорання, вторинний травматичний стрес); шкала вторинного травматичного стресу (STSS, 17 пунктів за кластерами інтрузій, уникання і збудження); опитувальник вигорання К. Маслач (MBI, 22 пункти, три виміри: емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень). За

МКХ-11 вигорання є професійним феноменом, а не медичним станом, тому високі бали MBI не є підставою для діагнозу, а слугують сигналом змінити навантаження і підтримку.

Групи ризику, на які орієнтується діагностика в кризі: діти й підлітки; літні люди; особи з обмеженими можливостями; вагітні; ті, хто втратив близьких; особи з психічними розладами в анамнезі; поранені; внутрішньо переміщені особи; особи, які тривалий час перебували в окупації чи в укриттях. Для кожної групи розробляють специфічні підходи, мінімізують навантаження й забезпечують доступність допомоги.

Для оцінювання ефективності психологічної допомоги в кризі використовують прості індикатори: зменшення суб'єктивного дистресу (термометр 0–10 до й після), відновлення сну й базових функцій, налагодження зв'язку з близькими, доступ до ресурсів. Формальні шкали застосовують через 2–4 тижні з метою виявлення тих, у кого симптоми зберігаються [9].

Коли діагностика шкодить: у перші години після події – нав'язливі опитування, обов'язкові скринінги для всіх без пояснень, примусові «розбори» травматичних подій (дебрифінг як одноразова процедура не знижує ризику ПТСР і не рекомендований як єдиний захід), публічне обговорення випадків без згоди, збір даних без плану допомоги. Діагностика має бути пов'язана з наданням допомоги й поважати право людини не відповідати.

Методики. Форма тріажу містить: дату, час, місце; категорію (червона, жовта, зелена, біла); ключові ознаки (орієнтація, контакт, збудження, дисоціація, суїцидальність, агресія, потреби); дії (стабілізація, передача лікарю, супровід, інформування); хто виконав; домовленості про повторний контакт. Форму заповнюють коротко, без зайвих персональних даних. Її копію передають службі, що забезпечує допомогу. Під час масових подій категорію рекомендовано переглядати щонайменше кожні дві години, оскільки стан може змінюватися.

Перехід до поглибленої діагностики. Після експрес-оцінки гострих реакцій для поглибленого обстеження корисні інструменти, наведені в додатках до українського клінічного протоколу з гострої реакції на стрес, ПТСР і порушень адаптації: CAPS-5 та DASS-21.

13.3. Діти під час війни, мінімальне навантаження діагностики, практична користь і передача результатів службам

Діти під час війни переживають бомбардування, втрату рідних, евакуацію, розлуку з батьками, життя в укриттях, окупацію. Їхні реакції залежать від віку: у дошкільників – регрес (енурез, залежність від дорослого), страхи, порушення сну, гра на тему подій; у молодших школярів – труднощі навчання, соматичні скарги, дратівливість; у підлітків – агресія, ризикова поведінка, замкненість, депресивні ознаки, спроби самоушкодження. Діти рідко формулюють скарги словами. Тому діагностика залежить від спостереження й інформації від батьків і вихователів [24].

Мінімальне навантаження діагностики для дітей: короткі сесії, зрозуміла мова, гра й малюнок як засоби контакту, присутність надійного дорослого, відсутність вимоги детально розповідати про події, право зупинитися. Використовують стислі шкали: опитувальник сильних сторін і труднощів (SDQ, 25 пунктів, п’ять субшкал: емоційні симптоми, проблеми поведінки, гіперактивність, труднощі з однолітками, просоціальна поведінка; версії для батьків, учителів і самооцінювання), скринінг посттравматичних реакцій за повідомленням батьків; шкали, що відображають стан сну, страхів, поведінки.

Докладніше, опитувальник сильних сторін і труднощів містить 25 тверджень (по п’ять на кожну з п’яти субшкал, відповіді 0–2). Сума чотирьох субшкал труднощів дає загальний бал 0–40, а за батьківським звітом для віку 4–17 років значення 0–13 вважають нормальними, 14–16 – прикордонними, 17 і більше – підвищеними. Версія з оцінкою впливу додає питання про тривалість труднощів, дистрес і вплив на повсякденне життя. Для скринінгу

посттравматичних реакцій у дітей використовують скорочену переглянуту шкалу впливу події (CRIES-8: вісім пунктів, чотири інтрузії та чотири уникання; діапазон 0–40; значення 17 і більше вказує на ризик ПТСР) і шкалу симптомів ПТСР для дітей за DSM-5 (CPSS-5, 27 пунктів, 8–18 років).

Дослідження посттравматичних реакцій у дітей і підлітків в Україні з використанням повідомлень батьків показують значну поширеність симптомів ПТСР, що підкреслює потребу в масових, але щадних скринінгах і доступній допомозі. Водночас висновок щодо конкретної дитини ґрунтується на кількох джерелах і спостереженні динаміки, а не на одному балі.

Практична користь діагностики визначається рішеннями, які вона підтримує: чи потрібна консультація спеціаліста; які заходи в школі чи в укритті допоможуть; яка допомога потрібна родині; чи є ризики для безпеки (насильство, самоушкодження, відсутність нагляду). Якщо діагностика не веде до допомоги, вона шкодить довірі й може збільшувати тривогу. Тому всі скринінги пов’язують із дієвими пропозиціями [9; 16].

Передача результатів службам здійснюється за встановленим порядком: батьки або законні представники, заклад освіти, служба у справах дітей, медичні заклади, соціальні служби. Передається те, що потрібно для допомоги: рівень потреби, рекомендації, терміни. Подробиці травматичних подій і особисті відомості не поширюються. За ознак насильства або загрози життю діють за відповідними протоколами негайного реагування.

Особливості роботи з сім’ями в кризі: оцінка потреб (безпека, житло, харчування, медична допомога), ресурсів (родичі, громада), стану батьків (як основного ресурсу для дитини), стосунків (конфлікти, насильство), ризиків. Допомога батькам – один із ефективних способів допомоги дитині. Діагностика сімей має бути підтримувальною й неосудливою [24].

Діагностика в умовах масових евакуацій і тимчасових пунктів проживання: короткий огляд потреб, спостереження, виявлення вразливих осіб, швидкі скринінги відповідно до потреб, фіксація контактів і домовленості про повторні

зустрічі. Особливо важлива безперервність допомоги: результати передаються у разі переміщення особи в інше місце (за згодою).

Етичні й практичні правила для кризової діагностики: ставити безпеку вище точності; не вимагати розповіді про подію; пояснювати, навіщо питання; поважати право на відмову; не фіксувати непотрібні подробиці; забезпечувати конфіденційність у спільних приміщеннях; погоджувати дії зі службами; піклуватися про власний стан – діагност, який працює в кризі, також ризикує вторинною травматизацією.

Методики. SDQ у короткій польовій версії: використання лише скринінгової частини (емоційні симптоми, поведінка, гіперактивність, проблеми з однолітками) і додаткових питань про вплив і безпеку. Відповіді батьків дають швидкий орієнтир. Поріг «високий» за загальним балом труднощів визначають за нормами для відповідного віку.

Спостережний лист для педагога чи вихователя: поведінка під час гри й занять, сон, апетит, реакція на гучні звуки, взаємодія з дорослими й дітьми, нагадування про подію. Кожен пункт оцінюється як «ніколи / іноді / часто» за тиждень. Результат – привід для консультації фахівця й підтримки родини.

Психологічні закономірності поведінки в надзвичайних ситуаціях. Динаміку масової кризи описує модель фаз: загроза й попередження, удар, героїчна фаза (мобілізація, взаємодопомога), «медовий місяць» (спільність, очікування допомоги), розчарування (втома, гнів, відчуття покинутості, коли допомога не відповідає очікуванням) і відновлення. На кожній фазі переважають різні реакції та потреби, тому діагностику й допомогу узгоджують із фазою. Теорія збереження ресурсів С. Гобфолла пояснює вразливість втратами ресурсів: втрата ресурсів спричиняє стрес, а за відсутності нових ресурсів запускає спіраль подальших втрат. Відповідно, захист і відновлення ресурсів (безпека, житло, соціальні зв’язки, сенс діяльності) є первинним завданням допомоги.

Додаткові інструменти та алгоритми. Коротка шкала стійкості (BRS) містить шість пунктів (три прямі й три зворотні) з п’ятибальною відповіддю. Середнє значення 1,00–2,99 свідчить про низьку, 3,00–4,30 – нормальну, 4,31–5,00 – високу стійкість. Її використовують як експрес-вимір здатності відновлюватися після стресу, але не як критерій відбору.

Орієнтувальне опитування (4 питання: ім’я, місце, дата або час, суть події) уточнює рівень свідомості й когнітивної збереженості в перші хвилини. Неправильні відповіді на два й більше питань вказують на дезорієнтацію й потребу в медичному огляді, оскільки причиною можуть бути травма голови, інтоксикація чи соматична катастрофа, а не психологічна реакція.

Класифікація гострих реакцій за провідним проявом: ступорозна (оціпеніння, мутизм, відсутність реакції на звернення), збудження (безцільні рухи, крик, втеча), панічна (виражений страх, вегетативні прояви, тремор), депресивно-апатична (байдужість, плач, відчуження), агресивна (гнів, конфліктність), істеричноподібна (демонстративна поведінка, навіювана симптоматика). Тип реакції визначає тактику: фіксація контакту, обмеження стимулів, організація безпечного простору, залучення до простих дій.

Оцінка потреб у кризі охоплює безпеку (фізична загроза, укриття), базові потреби (їжа, вода, тепло, ліки), інформацію (що відбувається, де рідні), зв’язок із близькими, медичну допомогу й соціальну підтримку. Порядок оцінки відповідає ієрархії пріоритетів: спочатку життєзабезпечення, потім психологічна стабілізація, далі довготривала підтримка.

Групи за ступенем впливу: безпосередньо постраждалі, свідки, члени родин, рятувальники, волонтери, місцеве населення, спостерігачі через засоби масової інформації. Інструменти й тривалість спостереження для кожної групи розрізняються: безпосередньо постраждалі потребують найдовшого супроводу, рятувальники – регулярного моніторингу стану (спілкування після кожної зміни, щотижневі скринінги), спостерігачі – обмеження споживання новин.

Динаміка спостереження та часові точки. Графік повторних оцінок після кризової події: перші 24–72 години (безпека, потреби, гострі реакції), 1–2 тижні (сон, апетит, повернення до діяльності, вираженість симптомів), 4 тижні (перехід гострих симптомів у стійкі, діагностичний скринінг ПТСР за PCL-5), 3 місяці (оцінка функціонування, залежностей, суїцидального ризику), 6–12 місяців (віддалені наслідки, посттравматичне зростання). Частка осіб, у яких симптоми зменшуються без втручання упродовж перших місяців, є значною, тому на ранніх етапах застосовують принцип пильного очікування, а інтенсивне лікування призначають за стійкого або наростаючого погіршення.

Критерії стійкого погіршення: збереження або посилення симптомів понад чотири тижні, виражені порушення функціонування, суїцидальні думки, вживання речовин для регуляції стану, наявність психотичних симптомів, дисоціативні епізоди. За наявності хоча б одного критерію особу направляють на поглиблене обстеження.

Протипоказання до щільного опитування в перші години: виражена фізіологічна нестабільність, гостра дезорганізація, відсутність безпеки, відсутність конфіденційного місця, відмова особи. У такому разі ведуть спостереження за поведінкою й фіксують базові дані, а структуроване опитування переносять.

Особливості роботи з рятувальниками й військовими. Обстеження військовослужбовців після гострого епізоду (втрата побратима, поранення, виведення з-під обстрілу) здійснюють у безпечному місці після відновлення базових потреб. Оцінюють сон, харчування, фізичний стан, наявність нав’язливих образів, гнів і провину. Визначають, чи може особа виконувати завдання, чи потребує відпочинку, медичної допомоги або психологічного супроводу. Рішення щодо повернення до виконання завдань ухвалюють із командиром, ґрунтуючись на функціональних показниках.

Ключові поняття теми: *кризова ситуація; експрес-діагностика; психологічна перша допомога; психологічний тріаж; мінімальний набір шкал (PHQ-2, GAD-2, PC-PTSD-5); вторинна травматизація; опитувальник сильних сторін і труднощів (SDQ); мінімальне навантаження діагностики; групи ризику; безперервність допомоги; клінічний протокол МОЗ.*

Питання для самоперевірки

1. У чому особливості експрес-діагностики в умовах кризи та які методи для неї використовують?

2. Які ознаки гострої стресової реакції оцінюють спостереженням і бесідою?

3. Які категорії тріажу застосовують і за якими ознаками людей відносять до кожної?

4. Які особливості оцінки постраждалих, родичів і рятувальників?

5. Чому деякі форми діагностики й розборів у перші години шкодять?

6. Як адаптують діагностику для дітей і яку роль відіграє SDQ?

7. Як передають результати службам та які правила етики діють у кризовій діагностиці?

8. Які інструменти українського клінічного протоколу застосовують після експрес-діагностики в кризі?