

О. П. Ляска,
доцент кафедри педагогіки та психології,
кандидат психологічних наук, доцент
*(Харківський національний університет
внутрішніх справ)*

РОБОТА З ПСИХОЛОГІЧНИМИ ТРАВМАМИ ФАХІВЦІВ РИЗИКОНЕБЕЗПЕЧНИХ ПРОФЕСІЙ

Деякі професії не тільки піддаються значним рівням професійного стресу, але й мають високий ризик переживання травматичних подій. У той час як приблизно 70% світового цивільного населення повідомляють про переживання травматичної події протягом свого життя [2, 3], ця статистика зростає до 84% для осіб, які працюють на професіях з високим ризиком (наприклад, поліцейські, пожежники та екстрена швидка допомога). Важливо те, що особи, які працюють у цих професіях, неодноразово піддаються травматичним подіям, пов'язаним з роботою, що призводить до накопичувального ефекту, який, у свою чергу, збільшує ризик розвитку проблем з психічним здоров'ям.

Різні дослідження повідомляють про збільшення рівня вигорання та депресії у медичного персоналу, особливо в реанімації [4]. У випадку з поліцейськими і військовими тяжкість симптомів проблем з психічним здоров'ям залежить від конкретних контекстних факторів [1]. Що стосується пожежників, зареєстровані показники посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших проблем психічного здоров'я значно відрізняються через різні застосовані граничні показники та різні інструменти (здебільшого самооцінки). Однак нещодавні результати свідчать про високі показники проблем психічного здоров'я, включаючи депресію, посттравматичний стресовий розлад, а також зловживання психоактивними речовинами, а також прямий зв'язок між кількістю смертельних випадків і тяжкістю проблем психічного здоров'я [5].

Водночас зауважуємо, що реакція працівників різної сфери на професійні та робочі стреси різна. У той час як деякі люди відчувають описані проблеми психічного здоров'я, іншим вдається зберегти своє психічне здоров'я, навіть стикаючись із постійними стресовими обставинами. Грунтуючись на цих

відмінних реакціях на довготермінові стресори, вкрай важливо визначити фактори та стратегії, які дозволяють успішно справлятися на високовимогливих робочих місцях.

Саме тому існує необхідність розгляду питань управління психологічною травмою (ПУПТ) працівників (службовців), які зазнали травматичної події на робочому місці (під час виконання військових, посадових зобов'язань) з урахуванням комплексної дії різноманітних факторів.

Висновки в трьох секторах професій груп ризику (правоохоронна діяльність, військова діяльність, пожежна діяльність) продемонстрували ефективні стратегії, які розглядали учасники для подолання психологічної травми [1]. Ці стратегії включають численні сеанси консультування, консультування віч-на-віч, відновлення контролю та отримання підтримки. Стратегії, які вважалися неефективними, включають нездатність консультантів співвідноситися з робочим середовищем учасників, недостатню участь, відсутність підтримки супервізора, відсутність консультацій та спеціальних навичок, передчасне відновлення посадових обов'язків та одновимірний підхід. На основі отриманих результатів пропонується схема втручання для вирішення проблеми психологічної травми в професіях з високим ризиком.

Під час кризового періоду втручання може розпочатися під час або незабаром після травматичної події (Litz, 2008). У літературі пропонуються наступні елементи ефективного втручання на передовій (Ruzec; Van Wyk та Edwards):

1. Контакт і залучення: встановлюється контакт із постраждалими особами та приймається участь у процесі надання допомоги.

2. Безпека та комфорт (якщо застосовується): вирішуються безпекові питання занепокоєння постраждалих осіб. На цьому етапі забезпечуються різні фізичні потреби, надається медична допомога, їжа, теплі ковдри.

3. Стабілізація: психолог (відповідний працівник) співчутливо реагує на емоції, які можуть виникнути у постраждалої особи, в безпечному місці.

4. Збір інформації: інформація про те, що сталося, збирається в делікатний спосіб.

5. Практична допомога: встановлення контактів із близькими родичами чи друзями, організація транспорту.

6. Зв'язок із соціальною підтримкою: визначаються особи, яким притаманні ізоляційні настрої. Підтримується підтримка з боку сім'ї, однолітків, друзів.

7. Інформація щодо підтримки подолання: постраждалим працівникам повідомляються симптоми, пов'язані з травмою, які вони можуть відчувати, наприклад, безсоння, кошмари, повторювані думки та труднощі з концентрацією. Такі симптоми нормалізуються, а особам надається інформація, яка може допомогти їм впоратися після травматичної події, наприклад, унікати тривалого перебування наодинці або розмовляти з різноманітними групами «підтримки» про травму.

8. Зв'язок зі службами підтримки: через кілька днів або до 2 тижнів після події відбувається подальше спостереження та повторна оцінка постраждалих осіб. Співробітникам, які зазнають труднощів у нормальному процесі одужання, пропонується консультації або терапія щодо травм.

Посткризові або реактивні втручання, спрямовані на управління травмою на робочому місці, традиційно включають коротко- та середньострокове консультування, а також довгострокову терапію травм.

На думку Камінера та Ігла (2010), короткі та середньострокові консультації слід розпочинати застосовувати лише через кілька тижнів після травматичного інциденту. До них варто віднести (Eagle, 1998):

1. Індивідуальну терапію: інтенсивне втручання, спрямоване не лише на усунення наслідків окремого травматичного інциденту, але й на такі супроводжуючі фактори, як попередні події, затяжна депресія.

2. Консультування подружніх пар: заохочується усі члени сім'ї постраждалої особи приймати участь в консультуванні. Травматичний стрес може бути напруженим для особистих стосунків.

3. Групова терапія: згідно з рекомендаціями терапевта, співробітники можуть отримати користь від відвідування сесій з іншими особами, які пережили подібні обставини.

Коли психологічне втручання (супровід) реалізується правильно, рівні гострого дистресу повинні стабілізуватися та зменшитися. Крім того, постраждалим особам слід забезпечити постійний догляд. У зв'язку з цим слід враховувати нагальні потреби службовців. В дослідженнях McNally та Rous (2003),

коли психологічне втручання на першому етапі здійснюється неправильно, воно не може запобігти виникненню посттравматичних стресових розладів і навіть може завдати шкоди, повторно травмуючи особу. Після впровадження короточасних і середньострокових втручань співробітники повинні досягти відчуття захищеності, психологічний стрес повинен послабитись, і можна очікувати повернення до рівня функціонування організму до травми. Крім того, рівень тривожності повинен знизитися, а самоповага працівника відновитися [6].

Американська психіатрична асоціація рекомендує постраждалим особам одразу після травматичного інциденту пропонувати практичну підтримку, поінформування про можливі стресові реакції, надання рекомендацій щодо самопомоги. Постраждала особа бмає знати про існуючі мережі підтримки, а також про те, коли і де отримати подальшу психологічну допомогу. Крім того, офіційне втручання в разі травми не повинно бути обов'язковим для всіх працівників, які зазнали травми. Використання допомоги при травмах має бути добровільним, за винятком випадків, коли порушення здоров'я становить загрозу безпеці особи чи інших осіб.

Таким чином, управління травмою в професійних високо-ризикованих секторах має відповідати цілісному, системному та систематичному підходам.

Список використаних джерел

1. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К. : Талком. 2016. 246 с.
2. Benjet C, Bromet E, Karam E, Kessler R, McLaughlin K, Ruscio A, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the world mental health survey consortium. *Psychol Med*. 2016; p. 327–343.
3. Liu H, Petukhova MV, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, et al. Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization world mental health surveys. *JAMA Psychiatry*. 2017; p. 270–281.
4. Mealer M. Burnout syndrome in the intensive care unit. Future Directions for Research. *Am Thoracic Soc*. 2016; p. :997–998.
5. Harvey SB, Milligan-Saville JS, Paterson HM, Harkness EL, Marsh AM, Dobson M, et al. The mental health of fire-fighters: an examination of the impact of repeated trauma exposure. *Aust N Z J Psych*. 2016;p:649–658.
6. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців. К., 2023. 164 с.