Тема 12. Психодіагностика професійної діяльності в ризикових умовах: відбір, моніторинг, оцінка після критичних подій

План лекції

12.1. Особливості професійної діяльності в ризикових умовах (рятувальної, правоохоронної, медичної, реабілітаційної, диспетчерської) та діагностика на кожному етапі: відбір, підготовка, виконання завдань, відновлення, повернення до роботи

12.2. Професійно-психологічний відбір, стійкість до стресу, готовність команди чи зміни, згуртованість і довіра

12.3. Моніторинг стану працівників, оцінка після критичних подій, інтеграція діагностики в командну роботу та межі її застосування

Література: [2, 3, 7, 8, 14]

12.1. Особливості професійної діяльності в ризикових умовах (рятувальної, правоохоронної, медичної, реабілітаційної, диспетчерської) та діагностика на кожному етапі: відбір, підготовка, виконання завдань, відновлення, повернення до роботи

Професійна діяльність у ризикових умовах (рятувальна, правоохоронна, медична, реабілітаційна, диспетчерська, гуманітарна, а також військова) характеризується сукупністю психологічних чинників, що визначають вимоги до діагностики: загроза життю й здоров'ю, дефіцит часу й інформації, невизначеність обстановки, високий темп подій, значні фізичні й психічні навантаження, недосипання, відповідальність за життя інших людей і колег, необхідність діяти в умовах втрат і насильства, обмежена автономність і підпорядкованість наказам чи протоколам. У військовій діяльності до цього додаються застосування зброї та ризик поранення; у рятувальній – робота з тілами загиблих і ризик повторних обвалів чи вибухів; у правоохоронній –

агресія з боку людей і постійна готовність до небезпеки; у медичній і гуманітарній – тривалий контакт зі стражданням. Саме тому стан психічної регуляції стає чинником безпеки та ефективності діяльності, а психодіагностика – елементом системи психологічного забезпечення.

Професіографічний підхід передбачає опис діяльності за видами (рятувальник, оперативний працівник поліції, фахівець екстреної медичної допомоги, диспетчер, гуманітарний працівник; військова спеціальність; посада), аналіз умов і навантажень, виокремлення професійно важливих якостей (когнітивних, психофізіологічних, особистісних, регуляторних, комунікативних), типових психічних станів і критичних ситуацій. Результатом є професіограма – модель вимог, на яку орієнтуються під час відбору, підготовки, оцінювання готовності й реабілітації. Професіографічні дослідження службової діяльності, зокрема в Національній гвардії України, визначають структуру вимог і приклади діагностичних завдань. Подібний підхід застосовують до рятувальних, правоохоронних і медичних професій.

Етапи професійного шляху (рятувального, правоохоронного, медичного, військового) й завдання діагностики. 1) Вступна підготовка, відбір: оцінка придатності за комплексом показників. 2) Підготовка й злагодження: оцінка індивідуальних ресурсів і зон ризику, формування команд, змін і бригад, моніторинг адаптації. 3) Виконання завдань (рятувальних, оперативних, медичних, бойових): експрес-оцінка станів, ознаки перевантаження, підтримання працездатності. 4) Після виконання завдань: оцінка гострих реакцій, інтенсивності стресу, ризиків. 5) Відновлення й реабілітація: оцінка стану, функціональних можливостей, потреби в лікуванні. 6) Повернення до роботи або перехід до цивільного життя чи іншої професійної ролі: оцінка готовності, ризиків, потреби в підтримці.

Для моніторингу та управлінського рішення застосовують безперервну чотирибарвну модель стану. Зелена зона – готовність: нормальне функціонування, висока мотивація, адекватна саморегуляція. Жовта –

реагування: тимчасовий, помірний і зворотний дистрес, зниження ефективності, порушення сну, дратівливість, спричинені навантаженням. Такий стан зазвичай долається відпочинком, підтримкою керівника і колег. Помаранчева – ураження: виражений, стійкий дистрес і втрата функціонування внаслідок травми, втрати, моральної травми чи виснаження. Цей стан потребує спеціалізованої допомоги. Червона – хвороба: клінічні розлади (ПТСР, депресія, залежності, суїцидальність), що потребують лікування. Модель пояснює, що рішення залежить від траєкторії та функціонування, а не від окремого симптому, і дає керівникові (начальнику зміни, керівникові команди чи бригади) спільну мову з психологом.

Відповідно до етапів діагностичні завдання відрізняються за часовими рамками й складністю: на підготовчому етапі допустимі розгорнуті обстеження й тривала бесіда; під час виконання завдань – лише короткі індикатори стану (сон, самопочуття, спостереження за поведінкою); після завдань – скринінг і оцінка реакцій; у період реабілітації – поглиблені дослідження. Узгодження методів з етапом є ознакою професійної діагностики [8].

Інструментарій для оцінки професійно значущих якостей і стійкості охоплює: методики оцінки психофізіологічної стійкості й професійної життєстійкості, розроблені в українських наукових школах (діагностика професійної життєстійкості й психофізіологічної стійкості працівників ризикових професій, зокрема військовослужбовців; збірники методик для професійно-психологічного відбору), міжнародні шкали життєстійкості (шкала Коннора–Девідсон, коротка шкала стійкості), показники впливу критичних подій (для рятувальників, поліцейських і медиків – перелік травматичних подій і шкала впливу події; для військових – шкала бойового впливу та опитувальник ризиків і ресурсів під час розгортання) [7]. Їх використовують для визначення профілю стресостійкості, потреби в тренінгу й обмежень застосування.

Для оцінювання психічних змін, що виникають у рятувальників і поліцейських після тяжких інцидентів, у військовослужбовців під час війни, у

медиків і гуманітарних працівників за тривалого навантаження, застосовують набір коротких скринінгових методик: тривожність, депресивність, дратівливість, якість сну, переживання, пов'язані з подіями, схильність до уникання, використання алкоголю, відчуття втоми й вигорання, а також показники згуртованості та довіри. Результати розглядають у динаміці – на початку, під час і після завдань [2]. Ці методики структуровано так, щоб їх проведення займало 15–30 хвилин у польових умовах.

Стан сну й втоми – критичні показники працездатності й безпеки. Для оцінки використовують шкалу сонливості (Епворта, Каролінська), індекс тяжкості безсоння (ISI), щоденники сну, суб'єктивні шкали втоми й показники реакції (психомоторна пильність), а також моніторинг динаміки. Хронічне недосипання знижує увагу, ухвалення рішень, регуляцію емоцій і підвищує ризик помилок. Його виявлення є завданням профілактики.

Каролінську шкалу сонливості оцінюють за дев'ятибальною самооцінкою (від «дуже пильний» до «дуже сонний, з боротьбою зі сном»). Значення 7 і більше пов'язують із порушенням ефективності. Об'єктивну оцінку сну й циклу «неспання–сон» у польових умовах забезпечує актиграфія (браслет з акселерометром). Водночас тривале скорочення сну супроводжується зниженням когнітивної ефективності, зростанням кількості помилок, тривожності й депресивної симптоматики. Тому тривалість і якість сну належать до обов'язкових індикаторів моніторингу.

Особливості змінної роботи. Для змінних професій (рятувальники, поліція, швидка допомога, диспетчери) недосипання пов'язане з графіком чергувань: нічні зміни, тривалі доби, часті виклики. Тут додатково оцінюють режим змін, тривалість відновлення між чергуваннями та хронотип. Корисним є щоденник сну на всі дні циклу змін. Критичним вважають поєднання двох і більше безсонних діб із необхідністю швидко ухвалювати рішення чи керувати транспортом.

Особливості діагностики з участю керівника (начальника команди чи зміни, керівника бригади): керівник є користувачем стислих функціональних висновків, а психолог – експертом з обмеженим переліком питань і відповідальності. Формат висновку заздалегідь узгоджується: рівні готовності (придатний, умовно придатний із рекомендаціями, потребує відпочинку чи допомоги), рекомендації щодо режиму, ротації, пріоритету звернення до лікаря.

Методики. Шкала життєстійкості Коннора–Девідсон (CD-RISC-10): 10 пунктів, 0–4, діапазон 0–40; вимірює здатність справлятися з труднощами (адаптація до змін, гнучкість, відновлення після хвороб і невдач, цілеспрямованість); вищі бали відповідають більшій стійкості; використовується для моніторингу змін після тренінгів і допомоги; обмеження – самозвіт, залежність від культури [14].

Шкала бойового впливу (CES; лише для військового контексту): 7 пунктів про участь у бойових діях, вогонь супротивника, втрати, загрози (кількість разів, тривалість, інтенсивність); зважений підсумок 0–41; категорії: 0–8 легкий, 9–16 легко-помірний, 17–24 помірний, 25–32 помірно-важкий, 33–41 важкий. Шкала використовується для оцінки дозування впливу, але не оцінює симптоми.

Для рятувальників, поліцейських і медиків експозицію до критичних подій оцінюють переліком травматичних подій (LEC-5) та шкалою впливу події (IES-R), а не шкалою бойового впливу, яка стосується лише бойового контексту.

12.2. Професійно-психологічний відбір, стійкість до стресу, готовність команди чи зміни, згуртованість і довіра

Професійно-психологічний відбір (ППВ) – система діагностичних процедур, спрямованих на визначення відповідності кандидата вимогам рятувальної, правоохоронної, медичної, диспетчерської чи іншої спеціальності. Відбір складається з кількох етапів: попередній (аналіз документів, анкета), основний (тестування й інтерв’ю), підсумковий (комісія, висновок). До

показників належать когнітивні (увага, оперативна пам’ять, мислення), психофізіологічні (швидкість реакції, стійкість до перенавантаження), особистісні (емоційна стійкість, самоконтроль, відповідальність, схильність до ризику), мотиваційні й комунікативні. Збірники методик для професійно-психологічного відбору охоплюють інструменти з нормативними даними на професійних вибірках (зокрема військових). Водночас для кожної ризикової професії нормативні дані формують на вибірках рятувальників, поліцейських і медиків.

Стійкість до стресу в діагностиці охоплює три рівні: психофізіологічний (зміни частоти серцевих скорочень, варіабельності, ознаки відновлення), психологічний (когнітивна оцінка, копінг, життєстійкість) і соціальний (підтримка, згуртованість). Професійна життєстійкість поєднує залученість, контроль і прийняття виклику. Її діагностують шкалами й оцінюють у динаміці. Психофізіологічну стійкість оцінюють за поєднанням функціональних проб і самозвіту [7; 8].

Готовність команди розглядається як сукупність матеріальних, організаційних і психологічних чинників. Психологічна складова охоплює готовність працівників до виконання завдань (мотивація, впевненість у засобах і керівниках, моральний стан), стан психічних навантажень, якість комунікації й координації. Для її оцінювання використовують групові опитування, спостереження під час тренувань, аналіз показників (випадки відмови, конфлікти, звернення до медиків), експертні оцінки керівників. Готовність чергової зміни чи бригади визначають за такими ознаками: укомплектованість, злагодженість, досвід спільної роботи, забезпеченість засобами захисту й зв’язку, стан відновлення після попередніх викликів.

Згуртованість команди вимірюють за двома компонентами: соціальна згуртованість (приязнь, взаємна підтримка) і орієнтована на завдання (спільна мета, спільні дії). Інструментами є соціометрія (вибори й відхилення в групі), опитувальники групового клімату, шкали довіри до керівника й колег.

Згуртованість є захисним чинником щодо ПТСР і депресії. Її падіння вказує на наростання напруги.

Довіра до керівників і довіра в команді чи зміні – індикатор ефективності управління: відчуття справедливості, чесності, турботи про людей, готовності прийняти допомогу. Показники довіри використовуються керівниками для коригування стилю керівництва. Для цього результати групового опитування подаються в агрегованому вигляді з конкретними рекомендаціями.

Значення соціальної підтримки для психічного здоров'я осіб, які зазнають травматичних подій (рятувальників, поліцейських, медиків, військових, цивільних постраждалих), підтверджено метааналізами: відсутність підтримки після події належить до найсильніших прогностичних чинників ПТСР (кореляція близько 0,4). Це обґрунтовує розгляд згуртованості та довіри як індикаторів захисного ресурсу команди, а їх зниження – як ранньої ознаки ризику.

Прогностична валідність методик ППВ має обмеження. За метааналітичними оцінками, загальні когнітивні здібності є найсильнішим окремим предиктором успішності навчання (кореляція близько 0,5–0,6), а особистісні характеристики (сумлінність, емоційна стабільність) дають менший, але помітний приріст (близько 0,2–0,3); кореляції окремих методик з критеріями діяльності зазвичай помірні. Тому відбір спирається на сукупність методів і багаторівневий контроль. Для зниження хибних рішень використовують кілька незалежних джерел інформації (тести, інтерв'ю, поведінкові проби, характеристики), контролюють соціально бажані відповіді, оновлюють норми й розглядають індивідуальний випадок, а не лише прохідний бал.

Оцінювання під час навчань і польових вправ дає змогу спостерігати за реальною діяльністю: аналіз поведінки в стресових умовах (ухвалення рішень, комунікація, лідерство), показників фізіологічної активності, відновлення після

навантаження. Результати використовуються для навчання, а не для покарання. Регулярний зворотний зв’язок підвищує довіру до діагностики.

Методики. Індекс тяжкості безсоння (ISI): 7 пунктів, 0–4, діапазон 0–28; оцінюються труднощі із засинанням, підтриманням сну, ранні пробудження, задоволеність сном, вплив на функціонування, помітність для інших, тривога щодо сну; рівні: 0–7 – немає клінічно значущого безсоння, 8–14 – підпорогове, 15–21 – помірне, 22–28 – тяжке; використовується для скринінгу й моніторингу [14].

Шкала сонливості Епворта (ESS): 8 ситуацій (читання, перегляд телебачення, пасивна присутність, поїздка пасажиром, відпочинок після обіду, розмова, сидіння після обіду без алкоголю, водіння в заторі), оцінка 0–3 ймовірності засинання; діапазон 0–24; понад 10 – надмірна денна сонливість; для водіїв рятувальної й екстреної техніки, диспетчерів та операторів – маркер ризику операторських помилок.

Психологічна експертиза та оцінка придатності. Психологічна експертиза – дослідження, що проводять за запитом уповноважених органів для відповіді на питання щодо психічного стану, здатності виконувати обов’язки, особливостей особистості. Її відмінність від терапевтичної роботи – у відсутності терапевтичних стосунків, чітко визначених питаннях, суворому дотриманні процедур і підвищеній відповідальності. Тому не можна поєднувати ролі експерта й лікувального психолога стосовно однієї особи. Висновок містить обґрунтування, використані методи й межі висновків.

12.3. Моніторинг стану працівників, оцінка після критичних подій, інтеграція діагностики в командну роботу та межі її застосування

Моніторинг стану працівників – систематичний збір та аналіз психологічних показників для вчасного виявлення тенденцій і планування допомоги. Він охоплює регулярні короткі опитування (щоденні чи щотижневі індикатори сну, настрою, втоми), періодичні скринінги (PHQ-9, GAD-7, PCL-5,

AUDIT – кожні 1–3 місяці або після подій), спостереження керівників і колег, аналіз відомчих показників (звернення до медиків, конфлікти, відмови). Показники подають у групових звітах (частка осіб із балами понад поріг, динаміка) та індивідуальних випадках, що потребують допомоги [2; 3].

Оцінку після критичних подій (повернення з рятувальних чи інших ризикових завдань, після ліквідації наслідків аварії чи катастрофи, після втрат) проводять у такій послідовності: у перші дні – безпека, відпочинок, базові потреби, спостереження без вимушених розпитувань; через кілька днів – коротка структурована бесіда й скринінг гострих реакцій (сон, інтрузії, тривога, ризики); через 4–6 тижнів – скринінг ПТСР і депресії (PCL-5, PHQ-9), оцінка когнітивних порушень після контузій і черепно-мозкових травм; на кожному етапі визначається потреба в допомозі. Груповий розбір після події (аналіз подій, а не пошук винних) сприяє відновленню довіри й навчанню.

Показники ризику для безпеки в моніторингу: суїцидальні ідеї (C-SSRS, пункт 9 PHQ-9), агресивність, зловживання алкоголем і речовинами (AUDIT), ігрова залежність, небезпечна поведінка, зброя. Вони потребують безпосередньої оцінки й дій відповідно до алгоритмів. Вчасність виявлення залежить від довіри до психолога й керівників і від наявності простих каналів звернення.

Інтеграція діагностики в командну роботу: психолог бере участь у плануванні (визначення завдань і ресурсів), у розборі результатів навчань і операцій, у наданні консультацій керівникам, у координації з медичною службою, капеланами, соціальними працівниками. Крім того, він надає керівникові стислі функціональні висновки, постійно взаємодіє з командою, щоб його діагностичні дані ґрунтувалися на спостереженні та довірі.

Межі застосування діагностики в практиці ризикових професій. Психодіагностика не використовується як засіб покарання, тиску чи дискримінації; не підміняє медичного огляду; не формулює результатів у вигляді категоричних прогнозів; не призначена для оцінювання «лояльності»

або «правдивості» (без підтвердженої валідності); не застосовується без згоди й роз'яснень там, де участь є добровільною; результати не розголошуються непричетним особам. Дотримання меж зберігає довіру працівників до психологічної служби.

Особливості діагностики в польових умовах: обмежені час, обладнання й умови. Тому методики мають бути короткими, паперовими або мобільними, стійкими до впливу польових умов. Результати фіксуються просто й безпечно. Повторні виміри плануються за можливості. Якщо повноцінне обстеження неможливе, використовують «мінімальний набір» з індикаторів поведінки, сну та кількох питань скринінгу, а глибшу діагностику відкладають до ротації [7].

Оцінка після ротації (під час повернення з ротації чи тривалого відрядження): скринінг ПТСР, депресії, тривоги, ризиків, когнітивних порушень; оцінка стосунків, сну, використання речовин; перевірка готовності до повернення в сім'ю і на роботу; інформування про ресурси допомоги; домовленість про повторну оцінку через 3–6 місяців, оскільки симптоми можуть з'являтися відтерміновано.

Цю логіку підтверджує міжнародна практика: вона передбачає повторну оцінку здоров'я і психічного стану через три–шість місяців після повернення, оскільки частина симптомів виявляється відтерміновано, а під час першого скринінгу рятувальники, поліцейські й військовослужбовці схильні занижувати симптоми, остерігаючись наслідків для кар'єри. За анонімного опитування частота позитивних результатів скринінгу значно вища, ніж за ідентифікованого. Це визначає потребу в довірчій процедурі та поєднанні анонімних групових і індивідуальних опитувань.

Оцінка придатності до повернення до роботи поєднує медичну й психологічну оцінки: функціональні можливості, відсутність загрозливих симптомів, відновлення сну, здатність до виконання конкретних завдань. Висновки формулюються у функціональних категоріях (можна виконувати

певні завдання, потрібні обмеження чи супровід), без діагностичних ярликів, у взаємодії з керівником і лікарем.

Методики. Соціометрія: кожного члена групи просять назвати за критерієм (наприклад, з ким хотів би виконувати завдання, кому довіряє) певну кількість осіб; будують соціоматрицю й соціограму; показники – соціометричний статус (зірки, прийняті, ізольовані, відкинуті), взаємні вибори, індекс групової згуртованості (частка взаємних виборів); використовують для планування складу команд і виявлення ізоляції; результати конфіденційні, їх надають керівникові в агрегованій формі.

Показники соціометрії. Соціометричний статус особи – кількість отриманих виборів, віднесена до кількості можливих виборців (N – 1), де N – кількість членів групи; індекс групової згуртованості – частка взаємних виборів серед усіх можливих пар у групі.

Індекс емоційної експансивності – кількість виборів, зроблених особою, зіставлена з N – 1. Соціометричні дані відображають сформовані уподобання і не доводять причин їх виникнення, тому їх доповнюють спостереженням і бесідою.

Опитувальники групового клімату й довіри: прості шкали (5–10 пунктів) про довіру до керівника, довіру до колег, відчуття справедливості, доступність допомоги, готовність звернутися по підтримку; відповіді анонімні; результати аналізують за командами чи змінами; зниження показників є ранньою ознакою проблем з управлінням і психологічним кліматом.

Методика оцінювання готовності команди чи зміни (рятувальної, медичної, правоохоронної): поєднання об’єктивних показників (укомплектованість, підготовка), психологічних показників (результати скринінгу, згуртованості, сну) і експертної оцінки керівників. Результатом є рекомендації щодо ротації, відпочинку, тренінгів.

Теоретичні основи професіографії та оцінки готовності до діяльності. Професіографія – опис змісту й умов діяльності та вимог до людини. Для

завдань у ризикових умовах її основою є аналіз типових ситуацій (евакуація; пошук і порятунок на завалах, гасіння пожежі, ліквідація наслідків вибуху чи повені; охорона громадського порядку, затримання; надання екстреної допомоги в осередку масових уражень; у військовій сфері – бій, марш, оборона), чинників стресу (загроза, невизначеність, перевантаження), структури виконання (сприйняття, оцінка, рішення, дія, комунікація). За результатами формують профіль психологічних вимог, що відрізняється для різних посад.

Психологічна готовність має мотиваційний, когнітивний, емоційний, вольовий і соціальний компоненти. Мотиваційний охоплює цінності, мету, відчуття сенсу діяльності; когнітивний – знання, навички, ситуаційну обізнаність; емоційний – регуляцію страху й гніву; вольовий – витримку, ініціативність; соціальний – довіру, взаємодію, взаємопідтримку. Діагностичні процедури оцінюють кожен компонент окремими інструментами, а загальна оцінка формується інтегративно.

Стрес під час виконання завдань: фази, показники, діагностичні вікна. Динаміку стресу під час ліквідації надзвичайних подій (а у військовій сфері – бойового стресу) описують за фазами: підготовка до завдання (передбачувальна тривога, мобілізація), безпосереднє виконання (гостра активація, звуження уваги, зміна часового сприйняття), післяопераційне відновлення (емоційний спад, втома, ознаки гіперзбудження) та віддалені наслідки (стійкі симптоми, зміни ціннісних орієнтирів). Діагностичне вікно для кожної фази різне: до завдання оцінюють готовність і ресурси, у перші 24–72 години після завдання – гострі реакції та потребу у відпочинку, через 2–4 тижні – стійкість симптомів, через 3 місяці й далі – хронізацію.

Ознаки гострої стресової реакції під час виконання завдання чи ліквідації надзвичайної події охоплюють психомоторне збудження чи загальмованість, дезорієнтацію, плач чи оніміння, нав’язливе повторення епізоду, тремор, вегетативну нестабільність і порушення сну. Рішення про залишення в складі

команди чи бригади або тимчасове виведення ґрунтується на здатності виконувати завдання без загрози для себе, колег і постраждалих. Оцінюють самообслуговування, орієнтування, адекватність реакцій на команди та контроль імпульсів.

Типові чинники ризику психічних порушень у професіях підвищеного ризику: кількість і тривалість участі в ліквідації наслідків катастроф чи бойових діях, інтенсивність повторних загроз, поранення, втрата колег, робота з тілами загиблих і постраждалими дітьми, перебування в полоні чи оточенні, недосипання, дефіцит відновлення, конфлікти в команді, негативні новини з дому. Захисні чинники: згуртованість команди, довіра до керівника, чіткість завдань, досвід і підготовка, соціальна підтримка, осмисленість діяльності.

Особливості груп екстремальних професій. Для рятувальників домінують експозиція до загибелі людей і ризик повторних подій; для поліцейських – конфлікти й агресія, постійна готовність до небезпеки та конфлікт ролей; для медиків екстреної допомоги – тяжкі випадки з дітьми й моральні дилеми розподілу ресурсів; для гуманітарних працівників і волонтерів – тривала робота з горем, обмеженість ресурсів і відчуття безсилля; для журналістів у зоні конфлікту – ризик для життя й повторне переживання насильницького контенту. Тому набір методик, пороги й форму зворотного зв’язку добирають за профілем діяльності, а нормативні дані використовують лише з порівнянних вибірок.

Додаткові інструменти для працівників ризикових професій. Опитувальник вигорання Маслач (MBI-HSS, 22 пункти) і Копенгагенський опитувальник вигорання визначають емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію особистих досягнень. Для рятувальних, правоохоронних і медичних команд їх інтерпретують разом із даними про ротації й відновлення. Стратегії подолання оцінюють окремими опитувальниками копінгу.

Оцінка когнітивної продуктивності під час тривалої діяльності ґрунтується на психомоторній пильності (PVT, тривалість 5–10 хв): збільшення кількості

пропусків (реакція понад 500 мс) і подовження часу реакції свідчать про накопичене недосипання. Результат корелює з ризиком помилок під час керування технікою, роботи диспетчера чи оператора, спостереження, надання допомоги та стрільби.

Показники фізіологічної активації (варіабельність серцевого ритму, частота пульсу, артеріальний тиск, провідність шкіри) використовують як допоміжні: різке зниження варіабельності та стійке підвищення частоти пульсу в спокої є маркерами перевантаження. Їхня інтерпретація можлива лише з урахуванням фізичного навантаження, кофеїну, температури й медикаментів.

Рішення щодо придатності й ротації. Рішення щодо придатності до службових обов'язків ґрунтується на поєднанні даних: медичного висновку, психологічного обстеження, оцінки поведінки в команді й вимог посади. Для кожної посади формулюють мінімальні психологічні вимоги (витривалість до монотонії, стресостійкість, швидкість ухвалення рішень, комунікативна стійкість, самоконтроль), що дає змогу порівнювати результат обстеження з вимогами, а не з абстрактною нормою.

Обґрунтування ротації чи відсторонення від чергування: тривалість безперервної участі в ліквідації наслідків надзвичайної події чи бойових діях, накопичена втома, виражені симптоми гострого стресу, зниження працездатності, ознаки порушення сну понад дві доби поспіль. Повернення до виконання завдань розглядають після відновлення сну, зниження симптомів нижче порогу за відповідними шкалами та підтвердження готовності керівником і психологом.

Етичні межі діагностики в силових, рятувальних і медичних структурах: інформація про стан особи надається керівнику в обсязі, необхідному для рішення (придатність, обмеження, рекомендовані заходи), без розкриття деталей особистих переживань. Самозвітні скринінги, проведені для турботи про стан, не використовують як підставу для дисциплінарних санкцій. Особа має знати, хто побачить результати й для чого.

Психопрофілактика та грамотність щодо психічного здоров'я. Психопрофілактику розглядають як окремий складник клінічної психології. Для команд вона означає регулярне інформування про ознаки перевантаження й шляхи звернення по допомогу. Рівень знань працівників про психічне здоров'я, стереотипи щодо звернення по допомогу, готовність надати першу допомогу й користуватися самодопомогою можна оцінити за опитувальником грамотності щодо психічного здоров'я (MHLq). Після критичних подій у разі стійких симптомів орієнтуються на категорії українського клінічного протоколу: гостру реакцію на стрес, ПТСР і порушення адаптації.

Ключові поняття теми: *професіографія; професійно-психологічний відбір; психофізіологічна стійкість; професійна життєстійкість; згуртованість і довіра; моніторинг стану працівників; оцінка після критичних подій; придатність до повернення до роботи; мінімальний набір інструментів; межі застосування діагностики; психопрофілактика; грамотність щодо психічного здоров'я.*

Питання для самоперевірки

1. Які психологічні чинники професійної діяльності в ризикових умовах (рятувальної, правоохоронної, медичної) визначають вимоги до діагностики?

2. Які завдання діагностики на кожному етапі професійного шляху (рятувального, правоохоронного, медичного)?

3. Які компоненти охоплює професійно-психологічний відбір та які обмеження прогностичної валідності?

4. Як діагностують стійкість до стресу, життєстійкість і психофізіологічну стійкість?

5. Як вимірюють згуртованість команди й довіру до керівників?

6. Як організовують моніторинг стану працівників і оцінку після критичних подій?

7. Які межі застосування психодіагностики у практиці ризикових професій?