

МВД России

Федеральное государственное казённое учреждение
дополнительного профессионального образования
«Всероссийский институт повышения квалификации сотрудников
Министерства внутренних дел Российской Федерации»

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В ЦЕНТРАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МВД РОССИИ

Учебное пособие

Домодедово
ВИПК МВД России
2019

Авторский коллектив:

Е.Г. Ичитовкина – доцент кафедры психолого-педагогического и медицинского обеспечения деятельности органов внутренних дел центра кадрового, психолого-педагогического и медицинского обеспечения деятельности органов внутренних дел ВИПК МВД России, доктор медицинских наук, подполковник полиции; **Ю.В. Богдасаров** – главный специалист врач-психиатр Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Центральная медико-санитарная часть МВД России» (г. Москва), подполковник внутренней службы; **М.В. Злоказова** – заведующий кафедрой психиатрии Кировского государственного медицинского университета (г. Киров), профессор, доктор медицинских наук; **А.Г. Соловьев** – заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск), доктор медицинских наук, профессор; **Н.Е. Давыдова** – врач психиатр Центра психического здоровья ФКУЗ «МСЧ МВД России» (г. Киров); **А.А. Рассоха** – врач психиатр Центра психического здоровья ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кировской области» (г. Киров); **А.Ю. Киворкова** – медицинский психолог ФГКУ санаторий «Жемчужина Кавказа» (г. Ессентуки) кандидат биологических наук.

Рецензенты:

В.К. Шамрей, главный психиатр Министерства обороны Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», доктор медицинских наук, профессор;

С.В. Гречаний, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, доцент;

В.А. Шаповал, начальник кафедры юридической психологии Санкт-Петербургского университета МВД России, кандидат медицинских наук, доцент.

П 78 **Психотерапия и психологическая коррекция в центрах психического здоровья МВД России: учебное пособие / Е.Г. Ичитовкина [и др.]. – Домодедово: ВИПК МВД России, 2019. – 116 с.**
ISBN 978-5-9552-0749-0

В учебном пособии рассмотрены теоретические и методологические аспекты оказания психиатрической и психологической помощи сотрудникам и пенсионерам органов внутренних дел, прикрепленным к медико-санитарным частям МВД России для медицинского обслуживания.

Материал, изложенный в данном пособии, основан на многолетнем практическом опыте применения психотерапии у сотрудников ОВД с донозологической симптоматикой и пограничными психическими расстройствами, авторами доказана эффективность данных методов, что позволяет рекомендовать их внедрение в практическую деятельность центров психического здоровья. Представленные клинические примеры иллюстрируют эффективность предложенного подхода к терапии и реабилитации пограничных психических расстройств.

Издание предназначено для использования при реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации руководителей центров психофизиологической диагностики медико-санитарных частей МВД России по субъектам Российской Федерации, а также для врачей-психиатров, медицинских психологов центров психического здоровья, психологов кадровых и воспитательных подразделений МВД России.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|------------|
| Сокращения..... | 4 |
| Введение | 5 |
| 1. Донозологические и клинические симптомы психических и наркологических расстройств у сотрудников опасных профессий..... | 7 |
| 1.1. Психическое здоровье (общие понятия, современные представления) | 7 |
| 1.2. Донозологические, невротические и патохарактерологические реакции у лиц опасных профессий..... | 9 |
| 1.3. Аддиктивное поведение | 11 |
| 1.4. Клинические особенности пограничных психических расстройств у сотрудников органов внутренних дел, проблемы терапии и реабилитации | 15 |
| 1.5. Клинические особенности психических расстройств у пенсионеров МВД России..... | 20 |
| 1.6. Психологическое сопровождение членов семей лиц опасных профессий..... | 25 |
| 1.7. Диагностический этап медико-психологической реабилитации членов семей..... | 28 |
| 2. Классификация методов психотерапии | 33 |
| 2.1. Первичная консультация пациента | 36 |
| 2.2. Формы психотерапии..... | 37 |
| 2.3. Методы суггестивной психотерапии..... | 41 |
| 2.4. Когнитивно-поведенческая психотерапия..... | 46 |
| 2.5. Психотерапия в рамках проведения медико-психологической реабилитации сотрудникам органов внутренних дел..... | 49 |
| 3. Опыт проведения психокоррекционных мероприятий и психотерапии психологами и психотерапевтами МВД России..... | 62 |
| 3.1. Групповая психокоррекция | 62 |
| 3.2. Методы биоповеденческой терапии при работе с членами семей лиц опасных профессий..... | 66 |
| 3.3. Психологические методики, сочетающиеся с лечебно-реабилитационным биоуправлением..... | 72 |
| 3.4. Техники активизации психологических ресурсов | 76 |
| 3.5. Опыт проведения психокоррекционной работы психолога УРЛС ОМВД г. Смоленску Ю.А. Чупиной | 84 |
| 3.6. Опыт проведения психотерапии комбатантам – пенсионерам МВД России с органическими расстройствами личности психотерапевтами в ЦПЗ МСЧ Кировской области | 95 |
| ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ | 109 |
| ЛИТЕРАТУРА | 112 |

Сокращения

| | |
|---------------|---|
| МВД | Министерство внутренних дел |
| ДТ МВД России | Департамент тыла Министерства внутренних дел Российской Федерации |
| ЦМСЧ | Центральная медико-санитарная часть |
| МСЧ | медико-санитарная часть |
| ЦПД | центр психофизиологической диагностики |
| ОВД | органы внутренних дел |
| ЦПЗ | центр психического здоровья |
| СКР | Северо-Кавказский регион |
| НС | наркотические средства |
| НЛП | нейро-лингвистическое программирование |
| ПТСР | посттравматическое стрессовое расстройство |
| ПАВ | психоактивные вещества |
| ППР | пограничные психические расстройства |
| РА | расстройства адаптации |

Введение

Сохранение психического здоровья и продление профессионального долголетия сотрудников силовых ведомств и пенсионеров силовых структур с прогнозированием их качества жизни и уровня профессиональной готовности к выполнению оперативно-служебных задач, как в зонах особого риска, так и в местах постоянной дислокации, является одной из ключевых медико-социальных задач ведомственного и гражданского здравоохранения, с учетом того, что в России каждый восьмой мужчина служит в силовых структурах.

Принципиально важным аспектом для ведомственной психиатрии является разработка психопрофилактических программ медицинского и психологического обеспечения специалистов, длительное время находящихся в экстремальных условиях профессиональной деятельности (профессиональный отбор, диагностика и поддержка психологической готовности, выявление групп риска по психо-социальной дезадаптации, медико-психологическое сопровождение, психопрофилактика, коррекция и реабилитация). Это необходимо для минимизации негативных психосоциальных последствий в виде выраженных пограничных психических расстройств (ППР), аддиктивного поведения с формированием сопутствующих зависимостей от алкоголя и наркотических средств (НС), суицидальных действий среди личного состава силовых структур.

В 2018 году была утверждена Концепция развития психиатрической службы в системе МВД России¹ (далее – Концепция), обосновывающая необходимость реорганизации ведомственной службы охраны психического здоровья; основные положения реформирования одобрены руководством управления медицинского обеспечения Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России и организационно-методической комиссией МВД России.

В Концепции предусмотрено совершенствование оказания психиатрической помощи в медицинских ведомственных организациях не только личному составу органов внутренних дел, но и иным лицам, обеспечение которых возложено на МВД России в соответствии с законодательством. Основным направлением реформирования психиатрической службы в системе МВД России является интеграция психиатрической помощи в общесоматическую ведомственную систему здравоохранения, что повысит эффективность оказания помощи лицам с пограничными психическими расстройствами (ППР), психосоматическими забо-

¹Концепция развития психиатрической службы МВД России: письмо ДТ МВД России от 10.04.2018 № 29/ЦЧ/9-2098. – М., 2018.

леваниями и донозологическими расстройствами психического здоровья. Для реализации первого этапа Концепции на основании распоряжения Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России от 27.04.2018 № 22/29/ЦЧ/9-2445 [7] предложено организовать Центр психического здоровья (ЦПЗ) на базе центра психофизиологической диагностики (ЦПД) в качестве функционального подразделения в трех региональных МСЧ МВД России за счет объединения всех специалистов в области психического здоровья в едином структурном подразделении МСЧ.

В комплексном лечении психических расстройств у сотрудников и пенсионеров МВД необходимо использовать психотерапию и психологическую коррекцию для эффективного и своевременного воздействия на симптомы пограничных психопатологических нарушений и отклонения поведения.

1. Донозологические и клинические симптомы психических и наркологических расстройств у сотрудников опасных профессий

1.1. Психическое здоровье (общие понятия, современные представления)

Психическое здоровье – это не только отсутствие психического заболевания, но и психосоциальное благополучие человека, которое позволяет личности реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества [17]. Психическое здоровье в совокупности с влияющими на него социально-служебными факторами: мотивационными, политическими, семейно-бытовыми, определяется как ментальная экология личности.

Психическое здоровье – это личное и социальное благополучие, которое включает упорядоченность внешнего поведения и душевное спокойствие [51]. Lopez-Ibor J.J. Disasters характеризуют его как состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения, и обусловленное потребностями психологического, биологического и социального характера [52].

По мнению О.В. Лебедевой, здоровье обеспечивает согласованность всех психических функций личности, чувство психического комфорта, целенаправленно-осмысленную деятельность и поведение адекватное этнокультурным критериям [26].

Психическое здоровье важная составная часть здоровья человека, физическое и психическое здоровье связаны самым тесным образом, и это важнейший элемент общественного здоровья, во многом определяющий экономическое и социальное благополучие нации [22].

По мнению Е.В. Литницкой, здоровье сложный системный феномен, включающий специфические проявления на физическом, психологическом и социальном уровнях [28]. Многие исследователи сходятся в едином мнении - отсутствие у человека психических заболеваний в сочетании со сбалансированностью исходных генетически обусловленных характеристик и поведения в привычной микро- и макросоциальной среде является психологической гармонией или психическим здоровьем [29].

В целом психическое здоровье – это динамическая совокупность психических свойств личности и стабильный баланс между различными составляющими, которые обеспечивают гармонию личности и ориентацию на выполнение повседневных обыденных задач.

По определению С.Б. Семичева, психическое здоровье человека определяется следующими параметрами нормы:

- идеальная (оптимальное функционирование, отсутствие предрасположенности к болезни);

- среднестатистическая;
- типологическая, с наличием акцентуаций характера;
- предпатологическая с повышенным риском формирования болезни;
- предболезнь с признаками нарушения процесса психической дезадаптации, но не достигающая болезненного уровня [34].

Данная последовательность в целом отражает нарастающую вероятность возникновения заболевания, т. е. разные степени здоровья [24].

При рассмотрении психического здоровья сотрудников силовых структур в контексте особенностей психосоциальной среды и трансформации личностных характеристик в процессе стрессовой службы многие авторы отмечают наличие ситуативно-динамических субклинических изменений, не приводящих к социальной дезинтеграции в привычной микросоциальной среде (круг сослуживцев) [20].

Изучая динамику внутренних факторов личностной изменчивости у комбатантов, Ю.Ю. Стрельникова выявила снижение уровня их психического здоровья: у 21,3% обследованных сотрудников ОМОН выявлялась эмоционально-поведенческая стрессовая гиперактивность, склонность к агрессивным реакциям, признаки социальной дезадаптации; у 16,7% – психастенические черты, интравертированность, эмоциональная холодность, что способствовало изменению социального функционирования и социальной дезинтеграции при отсутствии клинически выраженной психопатологии [39].

Наиболее распространёнными у сотрудников ОВД являются состояния функциональной дезадаптации, которые проявляются транзиторными изменениями в форме аффективных реакций на фоне выраженной акцентуации характера.

Многие исследователи отмечают необходимость оценки динамики данных состояний, сопоставляя данные исходного и текущего обследования. Это необходимо для определения уровня психического здоровья и профессионально-психологической пригодности, а также профилактики различных форм девиантного поведения [36, 37].

Необходимость проведения системного мониторинга среди сотрудников ОВД, направленного на выявление психической патологии, одна из основных задач ведомственной медицины. Для этого необходимо оценивать состояние психического здоровья сотрудников с анализом структуры доболезненных форм психической патологии [15].

Таким образом, понятие психического здоровья включает не только отсутствие психических заболеваний, но и динамические личностно-типологические характеристики, которые определяют качество социальной адаптации (служебной, семейной, бытовой) во всех сферах жизнедеятельности личности.

1.2. Донозологические, невротические и патохарактерологические реакции у лиц опасных профессий

Донозологическими являются состояния, при которых возникает напряжение регуляторных систем с мобилизацией функциональных ресурсов организма, возникающие вследствие воздействия неблагоприятных факторов внешней среды. При этом уровень адаптации организма в покое сохраняется, а способность адаптироваться к психическим нагрузкам снижена [16]. К донозологии в психиатрии относят психические и поведенческие реакции, не отвечающие в полной мере диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств, согласно международной классификации болезней 10 пересмотра [6].

При донозологических невротических реакциях психопатологический синдром не сформирован, в его структуре определяются выраженные психовегетативные дисфункции, что указывает на неспецифичность этих расстройств. К ним относятся:

- невротические реакции;
- патохарактерологические реакции;
- аффективно-шоковые расстройства;
- аддиктивное поведение;
- транзиторные изменения акцентуаций характера в форме острых аффективно-поведенческих реакций (интрапунитивных, экстрапунитивных, демонстративных).

Акцентуации характера зачастую приводят к дисгармоничному существованию, нарушению норм культурной среды, антисоциальным поступкам [25].

В своих работах Г.А. Фастовцев отмечал, что для комбатантов характерны патохарактерологические реакции (ПХР), связанные с разрушающими, крайне импульсивными агрессивными действиями, враждебность, дисфория (гневливо-злостный фон настроения) и аффективная возбудимость [41]. В последнее десятилетие наблюдается неуклонный рост донозологических невротических проявлений у лиц опасных профессий [15], что требует дополнительного изучения последствий воздействия стрессовых факторов служебного характера на личность, разработки новых форм и методов работы по оказанию психиатрической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи, а также методик, способствующих повышению психологической адаптации человека к воздействию стрессовых условий службы [22].

Патохарактерологические реакции – это приобретенные психогенные динамические состояния, клинически проявляющиеся заострением патологических черт личности и нарушениями поведения [42], кратковременностью, аффективной насыщенностью, фрагментарностью, транзиторным характером, соматовегетативной неустойчивостью, эмоциональными переживаниями и психосоматическими нарушениями [43]. При этом у пациентов сохраняется адекватное поведение, но в поступках отмечаются чрезмерно эмоциональные и двигательные реакции, зачастую идущие вразрез с общей линией поведения [38].

**Основные критерии дифференциации
невротических и патохарактерологических реакций (по Е.В. Снедкову)**

| <i>Невротические реакции</i> | <i>Патохарактерологические реакции</i> |
|---|---|
| Преобладают гиперактуализация эмоциональных переживаний, депрессивно окрашенный фон настроения | Преобладает аффективная возбудимость, эмоционально-волевая дисгармоничность, нестабильность настроения |
| Поведенческие расстройства не превышают «потолок» нарушений поведения, свойственных данной возрастной и социальной группе | Поведенческие расстройства превышают определённый «потолок» нарушений поведения со склонностью к стереотипному повторению |
| Осознаётся болезненность своего состояния | Реакция личности на характерологический сдвиг не выражена |

Донозологические невротические реакции проявляются: тревожно-фобическими, дисфорическими, астено-депрессивными, ипохондрическими, невротическими, депрессивными симптомами.

Невротические реакции можно рассматривать как первый этап формирования невроза, за которым следует снижение собственно невротической симптоматики с заострением исходных личностных особенностей [18].

В работах Е.В. Снедкова четко описана уровневая симптоматика стрессовых и постстрессовых состояний с дифференциацией регистров от адаптивного до нозоспецифического [36].

**Уровневая систематика стрессовых и постстрессовых состояний
(по Е.В. Снедкову)**

| <i>Предболезненный уровень (регистры)</i> | | <i>Болезненный уровень (регистры)</i> | |
|--|--|--|--|
| <i>Адаптивный</i> | <i>Дизадаптивный</i> | <i>Донозологический</i> | <i>Нозоспецифический</i> |
| Клиническое оформление | | | |
| Физиологические реакции психического напряжения и их вегетативные корреляты | Острые реакции на стресс. Преневротические реакции и состояния | Расстройства адаптации. Аддиктивное поведение. Психовегетативные дисфункции. Острые транзиторные реактивные психозы | Хронические постреактивные изменения личности. Химические зависимости. Психосоматозы. Аффективные и бредовые расстройства. Органические психические расстройства |
| Феноменология | | | |
| Стрессовая симптоматика в рамках ситуационной нормы, с сохранностью оптимального функционирования в экстремальных условиях | Выход синдромально-неоформленных проявлений дистресса за пределы ситуационной нормы с транзиторными нарушениями функционирования | Синдромально очерченные, тесно связанные с вызвавшей первопричиной дисфункциональные состояния с неопределившимся прогнозом | Структурирование и отнесенная стабилизация нажитых дефицитарных изменений, «саморазвитие» личностной патологии |

1.3. Аддиктивное поведение

Наряду с невротическими и патохарактерологическими реакциями, существенное место в донозологическом регистре занимает *аддиктивное поведение*. Многочисленные исследования показывают, что у лиц опасных профессий, на фоне массивных стрессогенных ситуаций наряду с агрессивностью, депрессиями, дисфориями учащается алкоголизация, появляется наркотизация и иные формы деструктивного поведения [13]. Литвинцев С.В. определял его как один из видов аддикции с уходом от реальности для облегчения своего психического состояния с помощью употребления наркотических средств (НС) психоактивных веществ (ПАВ) или стремлением к риску, деятельности связанной с повышенной опасностью, для получения сильных эмоций [27].

В качестве одного из факторов риска профессиональной надежности сотрудников ОВД введено понятие аддиктивного поведения, при котором психическая и физическая зависимость отсутствуют, а факт злоупотребления алкоголем или другими психоактивными веществами (ПАВ) имеет место. С указанными нарушениями поведения нередко сталкиваются специалисты центров психофизиологической диагностики (ЦПД) при работе с личным составом, при отборе кандидатов на службу и учебу в правоохранительные органы.

С учетом резкого ухудшения наркологической ситуации в стране аддиктивное поведение является крайне актуальной проблемой и определяется как ситуативное употребление алкоголя и наркотиков без признаков зависимости. Так, в период первой чеченской кампании каждый третий солдат имел опыт употребления наркотических средств, в период войны в Афганистане четвертая часть военнослужащих периодически употребляла алкоголь и наркотики [23]. По мнению S.R. Axelrod, такая потребность возникает у людей с дисгармонией характера, склонных к нарушению норм социального поведения и низкими морально-волевыми качествами [47]. С помощью токсического воздействия сотрудники ОВД пытаются сохранить ранее присущее им эмоциональное состояние, которое было им свойственно до воздействия стресс-факторов служебного характера.

По мнению И.О. Котенева, аддиктивное поведение у пациентов – это своеобразный уход от реальности, который часто реализуется в виде «бегства» от действительности в дисгармоничном разрушающем личностное направление [23]. Во время гражданской войны на Украине в 2014 году подтверждена широкая распространенность у сотрудников силовых структур девиантного поведения со злоупотреблением алкоголем и ПАВ. По данным Управления по работе с личным составом Вооруженных сил Украины, каждая шестая смерть в украинской армии произошла от чрезмерного употребления алкоголя, описаны случаи психозов с бессвязной речью и агрессивностью с последующей амнезией у бойцов «правого сектора» на фоне состояния необычного опьянения [15].

В публикациях некоторых авторов наличие у лиц опасных профессий девиантного поведения с употреблением наркотиков обозначается как социальный феномен, связанный с умышленным потреблением НС [40]. Данное понятие включает совокупность опасных для общества противоправных действий, выра-

жающихся в незаконном обороте НС и ПАВ. Наркотизм приводит к негативным медицинским, социальным и правовым последствиям.

В рамках аддикции у лиц опасных профессий могут обнаруживаться резкие колебания настроения, поведенческие реакции (суицидальные попытки, злоупотребление ПАВ).

Психологическая готовность личности к соблюдению служебной дисциплины и осуществлению профессиональных функций в условиях специфической служебной деятельности, наряду с индивидуальными психофизиологическими и физическими особенностями, а также высокие морально-нравственные качества и одобряемые обществом жизненные ценностные ориентации являются важными для работы в органах внутренних дел (ОВД) Российской Федерации.

Первичная профилактика аддиктивного поведения в ОВД осуществляется в ходе проведения профессионального отбора кандидатов на службу и регламентируется приказом МВД России [4], в котором предусмотрены ограничения для поступления на службу лиц, имевших в анамнезе факты потребления ПАВ. К проблемам профотбора относится то, что в настоящее время нет четких параметров понятия «нервно-психическая неустойчивость» (НПН), а также разграничения терминов «употребления и злоупотребления ПАВ» в «Инструкции по организации деятельности военно-врачебных комиссий в системе Министерства внутренних дел Российской Федерации» [5]. Вследствие этого возникают сложности при соотнесении выявляемых признаков аддикций.

Профилактические мероприятия у действующих сотрудников ОВД осуществляются в соответствии с приказом МВД России¹, где рассматриваются вопросы психосоциального характера, и ведущая роль в профилактике аддиктивного поведения отводится кадровым и воспитательным подразделениям ОВД. Сотрудники, злоупотребляющие ПАВ, дискредитируют органы внутренних дел в глазах граждан, кроме того, среди социально-негативных последствий аддиктивного поведения стоит отметить деструктивные формы поведения, временную утрату трудоспособности вследствие травматизма и соматических заболеваний, вызванных приемом ПАВ, а также суицидальные тенденции. Результаты проведенного нами ранее исследования показали, что стрессовый характер службы в совокупности с личностными особенностями: повышенной внутренней тревожностью, низкой самооценкой, тенденцией избегания неуспеха, повышенным чувством вины, склонностью к накоплению аффекта, ограниченностью в свободном внешнем выражении эмоциональных реакций создают условия для накопления отрицательных эмоций с «необходимостью» их снятия с помощью алкоголя и других ПАВ; в основе социально-психологической дезадаптации почти в половине случаев лежало злоупотребление алкоголем, совершили суицид в состоянии алкогольного опьянения 65,2% лиц [15].

¹Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации: приказ МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660.

В соответствии с ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»¹ сотрудники обязаны ежегодно проходить профилактические осмотры, включающие химико-токсикологические исследования (ХТИ) на наличие в организме ПАВ. Например, в 2017 году в медицинских организациях системы МВД России при обследовании сотрудников ОВД в рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров было проведено 350 345 скрининговых ХТИ и выявлено 1 382 случая (0,39%) наличия ПАВ: на первом месте – психостимуляторы (34%), на втором – опиаты (24%), на третьем – каннабиноиды (15%). Подтверждено наличие ПАВ в 42 случаях (0,01%), в спектре которых на первом месте опиаты (48%), на втором – каннабиноиды (33%), на третьем – психостимуляторы (10%). Лица, у которых было подтверждено наличие ПАВ в образцах биологических объектов, направлялись на осмотр врача психиатра-нарколога медико-санитарной части (МСЧ) для исключения потребления выявленных веществ без назначения врача. В 2017 году немедицинское потребление было установлено в 18 случаях (0,005%) [10], т.е. крайне редко: обследуемые стараются скрывать даже осознаваемые психосоциальные проблемы и диссимулировать свое состояние, что затрудняет их выявление.

В рамках реорганизации психиатрической службы системы МВД ожидается повышение эффективности периодических медицинских осмотров сотрудников. После осмотра врачом психиатром лица, имеющие признаки ППР, донологических реактивных состояний, повышенную частоту употребления алкоголя либо факты употребления других ПАВ, должны направляться на углубленное патопсихологическое обследование к врачам психиатрам-наркологам для выявления возможных отклонений в состоянии психического здоровья и определения резервов психической деятельности, с дальнейшим составлением индивидуального плана медико-психологического сопровождения и разработкой индивидуальных личностно-ориентированных программ психотерапии, психологической коррекции и реабилитации, что позволит значительно улучшить состояние психического здоровья сотрудников ОВД и повысить степень междисциплинарного и межведомственного взаимодействия (см. рис.1).

¹ О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: федеральный закон от 30.11.2011 № 342-ФЗ.



Рис. 1. Маршрутизация кандидатов на службу из группы риска аддиктивного поведения при профессиональном отборе и личного состава при медико-психологическом сопровождении

Таким образом, для эффективной профилактики аддиктивного поведения у сотрудников ОВД и своевременного выделения групп наркологического риска целесообразно оказание психиатрической и наркологической помощи на базах ЦПЗ МСЧ МВД России, обладающих возможностями междисциплинарного профессионального подхода с разработкой необходимых индивидуальных лечебно-диагностических и реабилитационных маршрутов.

1.4. Клинические особенности пограничных психических расстройств у сотрудников органов внутренних дел, проблемы терапии и реабилитации

Структура психических расстройств у лиц опасных профессий в последние десятилетия характеризуется преобладанием острых психогенных патологических нарушений при существенном снижении количества реактивных психозов [36].

С течением времени в структуре социально-медицинских последствий у лиц, вовлеченных в боевые чрезвычайные ситуации, начинают преобладать ППР, которые ведут не только к снижению качества жизни, но и преждевременной инвалидизации [37]. ППР у данного контингента характеризуются широким диапазоном психических заболеваний от легких аффективных нарушений и ПТСР до выраженной психопатизации личности.

В Кировской области в период апробации эффективности первого этапа Концепции нозологическая структура психических расстройств у обследованных сотрудников ОВД, обратившихся за помощью, была представлена двумя клиническими группами: органическими, включая симптоматические психические расстройства (F00–F09), и невротическими, связанными со стрессом, в том числе соматоформными расстройствами (F40–F48) (табл.3).

Таблица 3

Нозологическая структура психических расстройств у сотрудников ОВД, обратившихся за психиатрической помощью (%)

| Группа Код по МКБ 10 | Подгруппа | Название | **Частота встречае- мости | * Частота встречае- мости |
|----------------------------|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 группа F00–F09 | Органические, включая симптоматические, психические расстройства | | | |
| | 1 - F06.60 | Органическое эмоционально-лабильное расстройство | 100 | 11,1 |
| 2 группа F40–F48 | Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства | | | |
| | 1– F 41 | Тревожные расстройства | 12,5 | 11,1 |
| | 2 – F 43.2 | Расстройства адаптации | 37,5 | 33,3 |
| | 3 – F 45 | Соматоформные расстройства | 8,4 | 7,4 |
| | 4 – F 48.0 | Неврастения | 41,6 | 37,1 |

*Примечание: * – частота встречаемости заболеваний среди всех психических расстройств, выявленных у пенсионеров МВД; ** – частота встречаемости заболеваний в I группе по МКБ–10.*

По мнению М.М. Аксенова и соавторов, психогенные невротические состояния у лиц опасных профессий представлены структурированными и относительно стабильными пограничными расстройствами в их «классических» формах проявления (истерические, диссоциативные, депрессивные, навязчивые, тревожно-фобические, астенические картины, «невроз истощения») [8]. По нашим данным, нозологическая структура психических расстройств у полицейских - участников боевых действий представлена: РА – 54,4%: кратковременная депрессивная реакция - 21,1%; пролонгированная депрессивная реакция – 18,6%; смешанная тревожная и депрессивная реакция – 21,1%; РА с нарушениями других эмоций - 12,6%, с преобладанием нарушений поведения – 20,5%; смешанное расстройство эмоций и поведения – 6,1%. Клинически оформленные ПТСР диагностированы в 45,6% случаев (тревожный тип - 25,9%, эксплозивный - 23,9%, соматоформный - 27,6% и конверсионный - 22,6%)

Психопатические симптомы у лиц опасных профессий в рамках разных нозологических форм характеризуются нарушениями социальной адаптации [9, 12]. Они развиваются по эксплозивному, истерическому и мозаичному типам. Несмотря на то, что с течением времени, отмечается дезактуализация переживаний, связанных с травмирующими условиями службы, нарастает дисгармония личности с дезадаптивными стереотипами боевого реагирования в мирной жизни [27]. Отличительной особенностью ППР у комбатантов–сотрудников ОВД является наличие алкогольного компонента, который входит составной частью в структуру психических нарушений до формирования симптомов зависимости [13]. У коморбидных алкогольных и наркотических нарушений отсутствует этапность формирования зависимостей, в структуре нарушений превалирует преимущественно психопатический компонент [48].

В условиях нестабильности политической обстановки в мире, роста количества локальных вооруженных конфликтов не только на Ближнем Востоке, но и в Центральной Европе, остро встает задача совершенствования подходов к оказанию лечебно-реабилитационной помощи участникам боевых действий, в том числе и с ППР [16].

Актуальность своевременной диагностики и терапии ППР у полицейских–комбатантов обусловлена тем, что они являются 3-й по частоте причиной инвалидности у пенсионеров МВД России – ветеранов боевых действий [19]. Активная и своевременная диагностика неблагоприятных состояний психического здоровья у комбатантов, проведение реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий является актуальной задачей ведомственного здравоохранения [11]. Качественное решение указанной задачи не только сохраняет функциональную надежность сотрудников МВД России, но и предотвращает неблагоприятные изменения в личностной надежности.

Многие исследователи отмечали важность разработки новых подходов к терапии и реабилитации комбатантов с ППР, возникающих вследствие боевого стресса у кадровых военных, полицейских, сотрудников других силовых структур. Но несогласованность в психодиагностических подходах и терминологии часто приводит к разногласиям специалистов и является препятствием для со-

временного оказания необходимой комплексной медико-психологической помощи [1]. В работах многих авторов [43, 47, 53] подчёркивается важность своевременного проведения терапии и реабилитации комбатантов для благоприятного прогноза.

В зарубежной литературе по вопросам реабилитационного лечения сотрудников силовых структур одной из общих установок, на основе которых строится реабилитационная система, является начало проведения мероприятий вне мест постоянной дислокации (в условиях экстремальных действий), а затем после возвращения из командировок [45]. Реабилитационно-лечебные мероприятия лицам с ППР необходимо проводить задолго до развития четких, оформленных клинических проявлений [52]. Лечение должно быть направлено на коррекцию начальных проявлений ППР и редукцию патогенетических механизмов, обуславливающих развитие более глубоких нарушений [49, 41]. S. R. Axelrod [46] последовательно излагал основные принципы реабилитации: единство психофармакологических и психосоциальных мер воздействия; разносторонность усилий и воздействий в реабилитационной программе; доверительные отношения между пациентом, психиатром и психологом; последовательность воздействий и мероприятий при переходе от одного вида лечебно-восстановительного режима к другому.

Важным аспектом успешности терапии ППР, по мнению многих авторов, являются личностно-ориентированный подход, учитывающий преморбидные особенности личности [11, 31, 35, 45]. Выявлено, что у лиц с гармоничными чертами характера, терапия ППР и социальная реадaptация являются более успешными, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде после воздействия стрессовых факторов службы [44].

Пациенты с преморбидными эпилептоидными чертами наиболее склонны к затяжному течению ППР с дальнейшим формированием РЛ в отдаленном периоде [30]. Наиболее благоприятный исход ППР в короткие сроки отмечается у лиц с гипертимными особенностями, при этом у них чаще наблюдаются личностные девиации в отдаленном периоде [34]. Шизоидные и астеноневротические акцентуации описаны как фактор риска затяжного течения ППР [54].

В качестве основных целей психотерапии комбатантов с боевой психической травмой выделяются: восстановление чувства ценности жизни, контроль над своими эмоциями, восстановление разрушенных социально-позитивных установок [16, 18, 21, 22, 26]. При этом предлагаемые техники работы достаточно долгосрочные, что в реальных условиях службы с действующими сотрудниками ОВД осуществить практически невозможно.

Kitayama N. и соавторы предлагают использовать 3-фазную модель терапии: в первой фазе обеспечивается терапевтический альянс, стабилизируются эмоциональные реакции и формируется частичная редукция симптоматики; во второй фазе осуществляется взаимодействие с травматическим агентом; в третьей – происходит перестройка системы личности, дезактуализация травмы и ее интеграция в список значимых жизненных событий [52].

В программе поддержки полиции Лондона, разработанной директором профессионального здоровья по заказу Министерства обороны Великобритании,

особая роль отводится психокоррекционной работе с полицейскими после воздействия стрессоров службы.

В работах E. Jones выделено три базовых компонента программ посттравматической реабилитации сотрудников силовых структур:

- профотбор кандидатов на должности, связанные с участием в ЧС;
- проведение санитарно-просветительной работы, формирование навыков стрессовой готовности и профессиональной подготовки;
- психологическое обеспечение деятельности подразделений в ЧС; психокоррекция последствий психической травматизации.

Последний компонент включает широкий комплекс лечебных программ, направленных на купирование клинической симптоматики, восстановление нарушений в социальной адаптации, минимизации негативных личностных изменений [43].

В отличие от существующей за рубежом комплексной системы реабилитации полицейских, которая осуществляется на основе научно обоснованной концепции медицинского, психологического сопровождения участников боевых действий, организация реабилитационного процесса в контексте психолого-психиатрической помощи в России находится на стадии становления, в связи со стигматизированным отношением к психиатрам в целом, а также к ППР, которые часто не диагностируются, а пациенты длительное время проходят терапию у врачей общего профиля, что приводит к хронизации нарушений [15].

В настоящее время терапия и реабилитация комбатантов с ППР в Министерстве внутренних дел Российской Федерации осуществляется в соответствии с приказом МВД России от 12.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации». Согласно данному приказу сотрудникам ОВД, имеющим донозологический регистр дезадаптивных реакций, психокоррекционные мероприятия проводятся психологами по месту прохождения службы. Однако часто в подразделениях МВД России по регионам Российской Федерации штатные психологи не имеют возможности проведения психопрофилактической работы (отсутствие кабинетов психологической регуляции, невозможность проведения групповой психотерапии, отсутствие медицинского образования, навыков и знаний по проведению психокоррекции, загруженность кадровой работой), поэтому реабилитационные мероприятия либо не проводятся, либо проводятся формально.

Несмотря на действующие нормативные правовые акты, система организации лечебно-реабилитационной помощи сотрудникам ОВД с ППР в силовых структурах часто не систематизирована, государственные службы предпринимают эпизодические меры, которые часто носят формальный характер. Создается иллюзия решения проблемы, вследствие чего формируются более глубокие нарушения, приводящие к выраженным социальным проблемам, в том числе формированию алкогольных и наркотических зависимостей, человеческим и нравственным потерям, к социальному напряжению [15].

Организация реабилитации кадровым сотрудникам силовых структур требует не только детальной проработки и поддержки государства, но и четкой последовательности и профессионализма исполнителей – врачей-психиатров, психотерапевтов и клинических психологов Центра психического здоровья [11]. Часто вопросы диагностики и терапии пограничных нарушений вменяются служебными обязанностями лицам не только без опыта проведения данной работы, но и при отсутствии профильного образования. Таким образом, выполнение положений приказов соответствующих ведомств не только не приносит ожидаемого результата, но и приводит к усугублению ситуации. Сотрудники силовых структур часто не доверяют кадровым психологам, это связано не только с тем, что их воспринимают как инспекторов, которые предоставляют личную информацию руководству, но и с низкой квалификацией специалистов.

По мнению F. Furedi [53], на раннем этапе, как показывает практика военных конфликтов в Афганистане, Персидском заливе, Вьетнаме, целесообразно тщательно выявлять лиц, получивших боевые психические травмы и соблюдать конфиденциальность, так как включается механизм «психиатрической стигматизации». «Усталость после боя» в большинстве случаев трансформируется в ПТСР, что является естественной реакцией человека, оказавшегося на войне.

Юрковский О.И. полно описал этапы и виды реабилитационного лечения пациентов с ППР, которые включают совокупность медицинских, психологических и социальных мер в стационарных и амбулаторных условиях [46]. Предложена реабилитация пациентов с ПТСР в форме организации школы, основными принципами которой являются: сбалансированность, адаптивность, превентивность; поэтапность, преемственность; комплексность.

Разработка вопросов организации необходимой помощи сотрудникам ОВД должна быть основана на полипрофессиональном, комплексном подходе с бригадными методами работы и привлечением психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и врачей психиатров-наркологов (в связи с выраженной алкоголизацией населения и эпидемией наркопотребления в мире, и в России в частности). Наиболее существенным стратегическим просчетом создания службы реабилитации является то, что не определен фундамент, на котором выстраивается служба.

Многими специалистами в области психического здоровья отмечается, что реабилитация и терапия ветеранов боевых действий в МВД России не достаточна, в связи с этим у них наиболее выражен риск возникновения ППР и девиантного поведения, что приводит к снижению профессиональной надежности и социального функционирования в целом [13, 35, 37, 40, 41].

Лечебные и реабилитационные мероприятия, которые проводятся после возвращения из зон боевых действий в профильных государственных центрах реабилитации США, включают медикаментозную терапию, меры социальной поддержки и медико-психолого-социальное сопровождение до нескольких лет. Психолого-психиатрическое консультирование, в рамках реабилитационной программы, проводится до полной редукции психического расстройства и вос-

становления целостности личности участников боевых действий. Нормативно-правовые регламенты о проведении терапии, реабилитации и ресоциализации сотрудников силовых структур после передислокации в места постоянной службы разработаны во многих странах объединенной Европы, Австралии, США.

Последовательность и комплексность реабилитационного лечения продиктована необходимостью ресоциализации сотрудников для снижения негативных психосоциальных последствий в современном обществе [45]. Jones E. [50] отмечал, что при проведении терапии и реабилитации комбатантов с ПТСР важно соблюдать равновесие между клиническим и социальным подходами, необходимо мотивировать пациентов на быстрое восстановление.

Проведение реабилитационных мероприятий сотрудникам силовых структур является сложной проблемой, требующей совершенствования организационных подходов и разработки программ с участием различных специалистов, занимающихся охраной психического здоровья

1.5. Клинические особенности психических расстройств у пенсионеров МВД России

Многие авторы отмечают, что лица экстремальных профессий после увольнения из силовых структур часто дезадаптируются и страдают социально-деструктивными формами поведения, особенно в состоянии алкогольного опьянения [15, 26, 31].

Данные немногочисленных исследований психического здоровья пенсионеров ОВД свидетельствуют о том, что имеются проблемы оказания психиатрической помощи данному контингенту: несвоевременная диагностика ППР и ограниченность психопрофилактических и коррекционных мероприятий [32]. У пенсионеров ОВД в клинике преобладают органические расстройства, связанные с последствиями закрытых черепно-мозговых травм минно-взрывной этиологии с выраженной невротизацией и формированием химических зависимостей. Несмотря на оказываемую лечебную, в основном фармакологическую, помощь, происходит формирование тяжелых расстройств личности, нарушающих социальное функционирование и приводящих к инвалидизации данного контингента [39].

Согласно данным наших исследований [32] нозологическая структура психических расстройств у пенсионеров ОВД была полиморфна и представлена шестью клиническими группами: органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (F00–F09); психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (F10–F19); шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20–F29); аффективными расстройствами (F30–F39); невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (F40–F48); расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69) (см. табл.4).

Нозологическая структура психических расстройств у пенсионеров МВД России (%)

| Код по МКБ 10 | Подгруппа | Название | **Частота встречаемости | * Частота встречаемости |
|---------------|---|--|-------------------------|-------------------------|
| F00–F09 | Органические, включая симптоматические, психические расстройства | | | |
| | 1 – F01.8 | Сосудистая деменция (лакунарная) | 8,3 | 3,6 |
| | 2 – F07.0 | Органическое расстройство личности, травматической этиологии | 45,8 | 19,6 |
| | 3 – F06.6 | Органическое эмоционально-лабильное расстройство | 37,6 | 16,1 |
| | 4 – F06.4 | Органическое тревожное расстройство | 8,3 | 3,6 |
| F10–F19 | Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ | | | |
| | 1 – F10.2 | Синдром зависимости от алкоголя | 100 | 3,6 |
| F20–F29 | Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства | | | |
| | 1 – F20.0 | Параноидная шизофрения | 100 | 1,8 |
| F30–F39 | Расстройства настроения (аффективные расстройства) | | | |
| | 1 – F33.0 | Рекуррентное депрессивное расстройство | 100 | 3,6 |
| F40–F48 | Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства | | | |
| | 1 – F 41 | Тревожные расстройства | 25,1 | 10,7 |
| | 2 – F 43.2 | Расстройства адаптации | 41,6 | 17,8 |
| | 3 – F 48.0 | Неврастения | 33,3 | 14,3 |
| F60–F69 | Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте | | | |
| | 1 – F 62.0 | Хронические расстройства личности после переживания катастрофы | 100 | 5,3 |

Примечание: * – частота встречаемости заболеваний среди всех психических расстройств, выявленных у пенсионеров МВД; ** – частота встречаемости заболеваний в I группе по МКБ–10

Основной задачей оказания психиатрической помощи пенсионерам ОВД является предоставление качественных медицинских услуг в структуре учреждений здравоохранения системы МВД России. При увольнении на пенсию освидетельствование сотрудников ОВД, страдающих психическими расстройствами, проводится после обследования в амбулаторных или стационарных условиях в специализированной медицинской организации (специализированном отделении медицинской организации), на основании статей 14–20 расписания болезней, утвержденное приказом МВД России от 2.04.2018 № 190 [5]. Несмотря на относительно низкий удельный вес психических расстройств в структуре увольнений со службы, среди заболеваний, приводящих к инвалидности, они занимают 5-е место. При этом компенсированные на момент увольнения

ППР не являются основанием вынесения ограничения степени годности к службе, а часто вовсе не выносятся в свидетельство о болезни.

В настоящее время оказание медицинской помощи пенсионерам ОВД регламентировано приказом МВД России от 8.11.2006 № 895 [1]. В положении определен порядок прикрепления на медицинское обслуживание пенсионеров ОВД, согласно которому подлежат медицинскому обслуживанию лица, уволенные со службы, с правом на пенсию и имеющие выслугу 20 лет и более по возрасту, болезни, сокращению штатов или по ограниченному состоянию здоровья в звании майора милиции (полиции), майора внутренней службы и выше со стажем службы в органах внутренних дел 20 лет и более (в том числе и в льготном исчислении) [1].

Под медицинским обслуживанием понимается предоставление (оказание) медицинской помощи лицам, имеющим право на лечение в медицинских учреждениях системы МВД России в соответствии с действующим законодательством. Категории заболеваний в данном нормативно-правовом документе не определены, а из профильных психиатрических лечебных учреждений системы МВД России имеется только одно психиатрическое отделение в Центральной клинической больнице МВД России г. Москвы. Оказание профильной психиатрической и психотерапевтической помощи пенсионерам МВД России осуществляется преимущественно в учреждениях муниципальной системы здравоохранения. Отсутствует мониторинг психического состояния пенсионеров, в том числе и участников боевых действий с постстрессовыми психическими нарушениями.

Согласно проекту Концепции для повышения эффективности работы по сохранению и укреплению психического здоровья сотрудников МВД России, в том числе и пенсионеров, обоснована необходимость реформирования системы оказания психиатрической помощи путем концентрации специалистов психиатрического профиля в едином структурном подразделении медико-санитарных частей (МСЧ) – центрах психического здоровья (ЦПЗ), создаваемых на базе центров психофизиологической диагностики [21].

В настоящее время в МСЧ МВД России предусмотрено 846,25 штатных должностей специалистов психиатрического профиля: 386,5 – врачей-психиатров, 52 – врача – психиатра-нарколога, 46,25 – врачей-психотерапевтов, 361,5 – медицинский психолог [4]. Указанные штатные должности включены в состав психиатрических кабинетов подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в центрах реабилитации и психофизиологической диагностики, военно-врачебных комиссий (ВВК) МСЧ и здравниц МВД России. Наличие данной штатной численности специалистов позволяет оказывать качественную психиатрическую и медико-психологическую помощь не только сотрудникам ОВД, но и пенсионерам с психическими расстройствами.

Число сотрудников, признанных негодными к службе по психическим расстройствам, составляет за последние годы в среднем 0,2% от числа сотрудников, освидетельствованных на ВВК. В структуре психических расстройств, обусловивших негодность к службе, на первом месте стоят органические расстройства (49,3%), на втором – расстройства шизофренического круга (18,7%), на третьем – невротические расстройства (17,6%). От общего числа сотрудников, страдающих аффективными расстройствами, признано негодными 8,8%, органическими – 7,6%, наркологическими – 3%, расстройствами личности – 2,5% [20].

Наиболее тревожная ситуация с оказанием психиатрической помощи складывается у пенсионеров ОВД – участников боевых действий. По данным проведенных исследований, после увольнения со службы только около 19% комбатантов-пенсионеров, имеющих психические нарушения, обращаются за помощью к психиатрам, получают психофармакотерапию и не более 10% – психотерапию, что связано с отсутствием критики к болезни и сложностями при обращении за помощью (очереди, невнимание персонала, отсутствие понимания со стороны врачей) [15].

В связи с вышеизложенным в создаваемых ЦПЗ МСЧ в рамках Концепции развития психиатрической службы МВД России необходимо предусмотреть оказание комплексной помощи пенсионерам ОВД с психическими расстройствами; привлекать для проведения диагностики и терапии штатных медицинских психологов ЦПЗ МСЧ МВД России. Это позволит повысить не только качество диагностики психических расстройств, но и улучшить терапию выявленных психопатологических нарушений.

С учетом положительных результатов апробации первого этапа Концепции развития психиатрической службы в системе МВД России порядок организации оказания психиатрической помощи пенсионерам МВД в ЦПЗ МСЧ МВД России может быть представлен в виде следующих направлений (рис. 2).



Рис. 2.

Бригадный полипрофессиональный, биопсихосоциальный подход при оказании психиатрической помощи полицейским-пенсионерам позволяет улучшить качество ее оказания и осуществлять мониторинг за состоянием психического здоровья. Комплексный полипрофессиональный подход с бригадно-участковым методом работы является перспективным, способствующим дестигматизации психиатрической помощи в ведомственных общесоматических учреждениях здравоохранения. В создаваемых ЦПЗ в МСЧ, согласно Концепции развития психиатрической службы МВД России, необходимо предусмотреть оказание комплексной помощи ветеранам с психическими расстройствами и привлекать для проведения диагностики и терапии, наряду с врачами-психиатрами, штатных медицинских психологов. Это позволит не только повысить качество диагностики психических расстройств, но и улучшить терапию психопатологических нарушений, уменьшить стигматизацию психиатрической помощи и систематизировать направления работы с данным контингентом на этапах вторичной психопрофилактики.

При оказании психиатрической помощи пенсионерам ОВД с психическими расстройствами представляется целесообразным выделить контингенты лиц для прикрепления на медицинское обслуживание в ЦПЗ МВД России в зависимости от типологии нарушений и результатов обследования ВВК при увольнении на пенсию по выслуге лет.

Категории пенсионеров, уволенных на пенсию по выслуге лет и подлежащих медицинскому сопровождению в ЦПЗ МСЧ МВД России:

- признанные негодными к дальнейшему прохождению службы в связи с наличием психических расстройств;
- признанные негодными к дальнейшей службе в связи с последствиями черепно-мозговых травм, и признанные инвалидами по общему заболеванию;
- с ППР, психосоматическими заболеваниями и без ограничения годности к дальнейшей службе;
- имеющие органические нарушения головного мозга, не ограничивающие степень годности к дальнейшей службе.

С учетом выделенных категорий необходимо предусмотреть алгоритм мониторинга психического здоровья пенсионеров ОВД с психическими расстройствами с учетом дифференцированного лично-ориентированного биопсихосоциального подхода при проведении лечебно-восстановительных мероприятий. Для реализации данного проекта необходима разработка и совершенствование нормативной правовой, научно-методической и информационной базы по организации оказания психиатрической помощи с учетом лучшего отечественного и зарубежного опыта для обеспечения системы охраны психического здоровья пенсионеров ОВД, которая будет регулировать не только прикрепление на медицинское обслуживание, но и гарантировать оказание качественной психиатрической, психотерапевтической, наркологической, психологической помощи в условиях ведомственных учреждений.

1.6. Психологическое сопровождение членов семей лиц опасных профессий

Специфика службы в современных условиях требует от сотрудников силовых структур морально-психологической устойчивости, сохранения выдержки, способности к принятию верных взвешенных решений в любых экстремальных условиях. Успешность и эффективность профессиональной деятельности лиц опасных профессий во многом зависит от стабильности и устойчивости их брачно-семейных отношений, поскольку именно семья несет в себе функцию защитной средовой оболочки.

Семьи лиц опасных профессий – это сложный, особый и неповторимый мир. Эти семьи выполняют, в основном, те же общественные функции, что и любые другие, однако испытывают большое воздействие различных экстремальных ситуаций, связанных со спецификой профессиональной деятельности, что проявляется в ее психологических особенностях. Работа с ними требует знаний, чуткости, учета особенностей. Рассматривая роль семейного окружения, как часть психологической поддержки и сопровождения, можно сказать, что жены сотрудников являются ассоциированными членами военной службы, их статус фиксируется рангом мужа, что означает прямую адаптацию к уже существующим неписаным традициям и порядкам. Более того, личностные особенности ближайшего окружения, в частности, их толерантность к специфике профессиональной деятельности самих сотрудников способствуют полному психофизиологическому восстановлению последних в кругу семьи. Таким образом, на сегодняшний день сохраняется актуальность практического применения высокоэффективных методов психотерапии и психокоррекции, с помощью которых специалисты будут способны в кратчайшие сроки увеличить стрессоустойчивость членов семей сотрудников силовых структур, сохранив при этом специалистам профессиональное долголетие, и, тем самым, обеспечив максимальную эффективность их профессиональной деятельности. После завершения психотравмирующей ситуации членам семей, не менее важно прохождение комплекса патогенетически обусловленных мероприятий, объединенных понятиями «медико-психологическая реабилитация». Необходимость разработки современных подходов к профилактике и коррекции нарушений состояния психической дезадаптации ближайшего семейного окружения также связана и с тем фактом, что с каждым годом расширяется число семей, в которых оба супруга являются действующими сотрудниками.

Социально-психологические особенности членов семей.

По своим структурным и социально-демографическим признакам семьи сотрудников силовых структур во многом являются типичными российскими семьями, но при этом обладают рядом существенных особенностей, позволяющих классифицировать их как особый, достаточно специфический и относительно самостоятельный социальный институт. Важнейшие события в судьбе военного человека: присвоение звания, повышение в должности, переезд на новое место службы и т. д. становятся значимыми для всех членов семьи. Немаловаж-

ную роль в продвижении сотрудников по службе играет их семейное положение. Более 100 лет назад было доказано, что и холостой, и женатый офицер, каждый по-своему полезны для армии. Однако холостой офицер ценит меньше свою жизнь, легче обходится небольшим содержанием, не так дорожит насиженным местом, имеет большой запас времени, инициативы и гражданского мужества. Зато семья дает житейский опыт и более вдумчивое, серьезное отношение к работе. Кроме того, в силу наследственности лучшими воинами всегда должны быть дети военных [32].

Говоря об особенностях семей сотрудников, как главного объекта внимания со стороны специалистов психологических подразделений, необходимо учитывать не только интересы и потребности разных категорий семей, которые определяют содержание психологической работы в специфическом микросоциуме, но и сложный внутренний мир каждой отдельно взятой семьи, ее состояние и свойства. Лица опасных профессий создают вокруг себя хроническую стрессовую ситуацию, которая вторично оказывает влияние на психическое и психосоматическое здоровье микросоциального окружения, формируя замкнутый круг процесса индуцирования. Необходимо признать, что особенностями функционирования их семей является непосредственная или опосредованная причастность к экстремальным обстоятельствам служебной деятельности, которая как стимулирует, так и дестабилизирует психолого-педагогические функции, сказывается в повышенной чувствительности их «истощения» и дефиците общения сотрудников с семьей, формируя «дистантный» стиль общения [38].

Следует отметить, что в условиях современной политической нестабильности и увеличивающегося числа вооруженных конфликтов и террористических актов во всем мире, актуальность вопросов разработки и внедрения программ, направленных на повышение адаптивной способности ближайшего семейного окружения приобретает все большую значимость. Психологическое состояние отдельного члена семьи создает общую внутрисемейную атмосферу, которая в свою очередь опосредованно влияет на функционирование каждого из них. Воздействие посттравматического стресса и семейной системы также является реципрокным: семейная поддержка помогает справиться с последствиями травмирующих ситуаций, но личность, страдающая от посттравматического стресса, может приносить собственные негативные переживания в межличностное общение, оказывая влияние на семейную систему в целом [30]. Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на ее функционирование. Боеготовность, частые перемещения лиц опасных профессий в театре военных действий и участие в локальных боевых действиях в большинстве случаев провоцируют психологические конфликты, нарушающие нормальное функционирование их семей. Члены семей, находясь вдалеке от эпицентра экстремальной ситуации, испытывают состояние стресса из-за переживаний о судьбе своих близких, а ожидание возвращения мужа, отца из служебной командировки деструктивно воздействует на психотипологическую структуру личности. Стиль эмоционального общения в семье, в котором доминируют негативные эмоции, постоянная критика, неверие в способности и возможности партнера, ведет к снижению самооценки и самоуважения, росту внутреннего напряжения, тревоги,

агрессии и, как следствие, к невротическим и психосоматическим расстройствам. Этот эмоциональный фон возникает как следствие «постоянного ожидания», «отсутствия стабильности», «страха за жизнь и здоровье мужа». В связи со служебной деятельностью супруга у жен возникает такая психологическая проблема, как чувство одиночества в связи с большой занятостью мужа на службе. Особенно тяжело, по их мнению, то, что семья всегда находится на втором месте после службы. Недостаток общения с мужем также включен в список доминирующих проблем, выявленных в процессе обращения к психологу. Психологические нарушения жен представителей опасных профессий порождаются вызванными служебной необходимостью переездами, самостоятельным урегулированием бытовых проблем и воспитанием детей. В дополнение к этим стресс-факторам возникает потеря эмоциональной поддержки, перераспределение обязанностей, трудности в общении с детьми, финансовые ограничения, и, как следствие, – ощущение острого одиночества. На психологическом уровне отрицательные явления, связанные с экстремальными условиями служебной деятельности мужей, могут выражаться в общей дезорганизации поведения, торможении прежних навыков (тем сильнее, чем сложнее действие), неадекватных реакциях на резкие неожиданные раздражители, снижении работоспособности, затруднениях в распределении и переключении внимания, сужении его объема, ошибках восприятия, появлении лишних, неоправданных и импульсивных действий, в чувстве растерянности и невозможности сосредоточиться на выполняемой деятельности, отвлекаемости, снижении психоустойчивости. У жен, наряду со значительными психологическими проблемами (тревога и нарушение взаимоотношений), могут возникнуть и ряд физиологических симптомов, включая усталость, головные боли, плохую концентрацию внимания, нарушение менструального цикла, изменения в весе, боли в спине, вялость и другие сопутствующие нарушения соматического здоровья. Среди женщин, чьи мужья были отправлены в зону боевых действий, фиксируется очень высокий процент депрессий, приступов страха и отчаяния, а также расстройств сна. Кроме того, сочетание определенных личностных особенностей с длительными командировками может выявить чувство ревности, что также является предпосылкой к возникновению конфликтов в семье [20]. Подобные симптомы могут оказывать пагубное влияние на межличностные взаимосвязи и вести к супружеским трениям, разводу или потере работы. Возвращение военнослужащего домой также сопряжено с переживанием напряженного для семьи периода, так как все ее члены должны приложить максимум усилий для создания внутри семьи благоприятного психологического климата. По возвращении сотрудника стресс самостоятельно не нейтрализуется, а трансформируется в негативные поведенческие реакции, приводящие к повышению конфликтности между супругами. Зачастую ситуация складывается так, что вернувшейся из командировки сотрудник, вместо душевного комфорта и доверительности общения с семьей вынужден сам участвовать в оказании психологической помощи. Вышеперечисленные обстоятельства приводят к нарастанию конфликтности взаимоотношений, и как следствие, к снижению удовлетворенности семейной жизнью.

В рамках семейных ценностей, которые оказывают значительное влияние на удовлетворенность браком, представители опасных профессий выдвигают на первый план такие желательные качества партнера, как проявление взаимопонимания, доброжелательности, поддержки, готовности прийти на помощь. От того, в каком состоянии находятся жены, от их способности осуществлять психологическую поддержку, во многом зависит качество выполнения боевых и служебных задач, а, опосредованно, и государственная безопасность. Иными словами, при профессиональном сопровождении семья способна позитивно воздействовать на психоэмоциональное состояние сотрудников и играть стимулирующую к профессионализму роль. Особую актуальность это приобретает в период возвращения сотрудника домой, сопряженного с переживанием напряженного для жены периода, так как в большей степени именно она должна приложить максимум усилий для создания внутри семьи благоприятного психологического климата. Требуется время и терпение, чтобы после возвращения из командировки восстановить сексуальные отношения в семейной паре [35]. Учитывая, что семейные отношения могут стабилизировать или дестабилизировать работоспособность и уровень адекватности самосознания лиц опасных профессий, необходимо разрабатывать и внедрять методы психологического сопровождения отдельно для членов семьи, в частности для жен комбатантов. На всех этапах реабилитации важно, чтобы жена овладела и применяла поведенческие стратегии, направленные на уменьшение или сведение к минимуму стресс-факторов и способствующие сохранению здоровья и благополучия лиц сотрудников.

1.7. Диагностический этап медико-психологической реабилитации членов семей

Длительное пребывание в условиях перманентной внутрисемейной стрессовой ситуации способствует развитию у членов семей представителей опасных профессий различные психофизиологических нарушений, при этом степень функциональных и патологических изменений детерминирована устойчивостью к стрессу. Проблема стресса и стрессоустойчивости рассматривается с позиций различных теорий и методов, и большое внимание уделяется изучению роли психофизиологических и психологических свойств в регуляции стрессовых процессов. Чем больше психолого-биологическая гармония личности, тем больше шансов позитивно переработать деструктивные воздействия экстремальных факторов, социально-стрессовые информационные воздействия, обращенные к конституционально-типологическим основам личности. В психофизиологии стрессоустойчивость определяется как свойство личности, способствующее поддержанию функциональных резервов, сохранению ментального здоровья, сопутствующее продуктивности профессиональной деятельности. На психофизиологическом и психологическом уровнях отрицательные явления, связанные с экстремальными условиями служебной деятельности сотрудников, могут выражаться в общей дезорганизации поведения их ближайшего окружения, торможении прежних

навыков (тем сильнее, чем сложнее действие), неадекватных реакциях на резкие неожиданные раздражители, появлении лишних, неоправданных и импульсивных действий, в чувстве растерянности и невозможности сосредоточиться на выполняемой деятельности, снижении психологической устойчивости т. п.

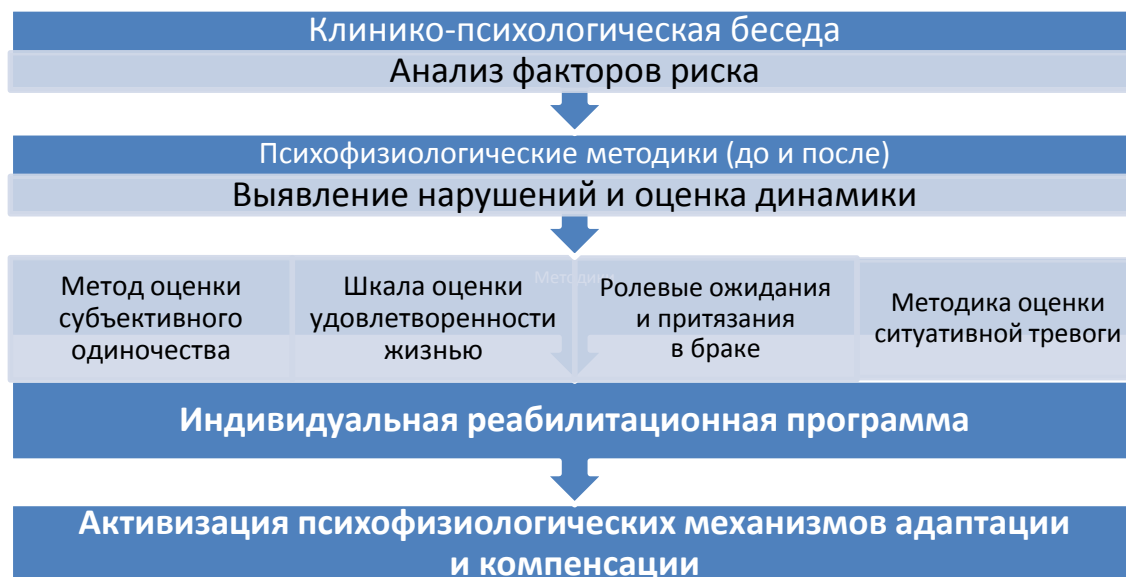


Рис.3 Системная модель организации диагностического этапа медико-психологической реабилитации членов семей лиц опасных профессий

Примечание к рис. 3 Индивидуальная реабилитационная программа включает: рациональную терапию, когнитивно-поведенческую терапию, гетерогенную тренировку с элементами саморегуляции, символ-драму, ПАК «БОСЛАБ», телесно-ориентированную психотерапию, системную семейную терапию; техники, направленные на активацию ресурсов

Учитывая, что перестройка в психической структуре личности сочетается с изменением социальных параметров, при проведении комплексных мероприятий медико-психологической реабилитации в алгоритм психологической диагностики личностной изменчивости членов семей представителей опасных профессий следует включить выявление факторов риска, позволяющих сфокусировать внимание на причинах возникновения жалоб, выявляющих наличие связи возникновения расстройств с неблагоприятными факторами.

Индивидуальные факторы риска, воздействующие на членов семей лиц опасных профессий

Информационные (депривационные):

- известие о командировании мужа;
- длительное отсутствие телефонной связи с мужем, вследствие командирования в отдаленные районы;
- просмотр информационных выпусков новостей, освещающих события с места командирования мужа;

- общение с членами семей сослуживцев мужа, находящихся или вернувшихся из командировки.

Коммуникационные:

- удаленность близких, друзей;
- нахождение членов семьи в ситуации ограниченного выбора жизненных стратегий;
- стремление мужа проводить свободное время только с семьями сослуживцев;
- попытки подчинения членов семьи армейской дисциплине;
- длительное пребывание мужа в условиях гомогенного мужского коллектива;
- отсутствие у членов семьи совместного досуга;
- смена привычного круга общения при переездах;
- профессиональная деятельность жены не связанная с военной службой;
- ограничение профессиональной самореализации жены;
- соблюдение во время проведения различных торжественных мероприятий правил субординационной структуры воинского коллектива, распространяющихся на членов семей;
- общение с членами семей военнослужащих, погибших при выполнении служебных задач.

Социально-бытовые:

- непредсказуемая территориальная мобильность семьи, переезды к новому месту службы;
- наличие бытовых проблем, характерных для региона прохождения службы (низкое качество воды, ограничение ассортимента продуктов питания);
- неблагоустроенные служебные места проживания;
- ограниченность выбора мест обучения детей;
- низкий уровень взаимопомощи и взаимоподдержки в решении хозяйственно-бытовых проблем семьи;
- отдаленность места прохождения службы от культурных центров проведения досуга (кинотеатры, театры, концертные залы).

Репродуктивно-воспитательные (или социально-демографические):

- длительные разлуки супругов во время служебного командирования;
- дисбаланс участия супругов в воспитании детей в связи с перегруженностью служебными обязанностями;
- проблемы, связанные с поиском и подбором дошкольных и школьных учреждений при смене места службы;
- проблемы школьной успеваемости детей, вследствие смены места службы;
- расхождение между супругами в желании иметь ребенка;
- бездетная семья;
- многодетная семья (наличие трех и более детей);
- проживание детей в условиях закрытой социальной системы;

- трудности в связи с болезнями детей;
- трудности, связанные с нуклеарностью семьи (отсутствие помощи родственников).

Психологические:

Социально-психологические:

- физическая дистантность;
- нарушение ролевых ожиданий в браке;
- разногласия в семейных ценностях;
- наличие в анамнезе психотравмирующей ситуации, связанной со спецификой профессиональной деятельности мужа;
- частые психотравмы;
- проявление доминирования одним из супругов;
- ревность;
- отсутствие психологической поддержки;
- проявления гетероагрессивного поведения;
- пребывание в ситуации семейного кризиса;
- постоянные конфликты в семье;
- алкоголизация одного из супругов;
- супружеская измена.

Личностные:

- наличие выраженных признаков невротического состояния;
- высокий уровень нейротизма;
- сужения у мужа спектра эмоциональных проявлений (ощущение неспособности испытывать чувство любви, способности радоваться);
- низкий уровень психологической и психической толерантности к патогенному действию экзогенных факторов;
- дисгармония в интимной жизни;
- наличие алекситимических особенностей;
- слабость конституциональных механизмов компенсации и адаптации;
- хронические заболевания психосоматической природы;
- повышенная тревожность за детей и/или родителей, оставшихся на прежнем месте службы;
- высокий уровень субъективного ощущения одиночества (по данным психодиагностики);
- низкий уровень удовлетворенности собой и качеством своей жизни (по данным психодиагностики);
- высокий уровень импульсивности (по данным психодиагностики);
- низкий уровень готовности к риску (по данным психодиагностики);
- высокий уровень эмпатии (по данным психодиагностики);
- характерные стили поведения в конфликтной ситуации – соперничество (по данным психодиагностики);

- высокий уровень коммуникативной личностной тревожности (по данным психодиагностики);
- признаки личностной декомпенсации.

Социально-экономические:

- зависимость от политической обстановки в стране;
- ограничение выезда военнослужащих за пределы гарнизона;
- ограничение выезда военнослужащих за пределы России;
- отсутствие у военнослужащих возможности найти дополнительные заработки (юридически запрещено законом, фактически заблокировано ненормируемым рабочим днем, охватывающим практически целые сутки);
 - отсутствие трудоустройства жены в связи с ограниченным количеством рабочих мест в отдаленных гарнизонах и закрытых военных городках;
 - отсутствие высокооплачиваемого трудоустройства жены;
 - декаррификация жены и синдром «несостоявшейся карьеры»;
 - разногласия, связанные с распределением семейного бюджета после возвращения мужа из командировки;
 - материальные затраты, связанные с образованием детей.

Психофизиологические:

- депрессия альфа-ритма ЭЭГ;
- доминирование тета-активности ЭЭГ;
- высокие показатели по шкалам «усталость», «тревожность», стандартного отклонения от аутогенной нормы, низкие показатели – «работоспособность», вегетативный коэффициент по тесту Люшера;
 - высокий уровень электромиографического напряжения.

Психофизиологическая диагностика является значимым вспомогательным этапом, так как члены семей лиц опасных профессий не всегда способны вербализовать свое истинное эмоциональное состояние, ввиду чего возникает специфическое чувство, часто замаскированное соматическими жалобами. Игровые сюжеты, красочные мультимедийные представления, повышают мотивацию пациентов к процедуре, а также позволяют наглядно продемонстрировать наличие у них психоэмоционального напряжения, способствует вербализации маскированных чувств. Использование аппаратно-программных комплексов (АПК) с биологической обратной связью, сочетающих в себе методы психофизиологической диагностики, оценивающих индивидуальные способности к оптимальному функционированию в условиях действующего стрессового фактора позволяет проводить мониторинг психофизиологических параметров (электроэнцефалография, электромиография, температурные изменения).

Включение в стандарт диагностического обследования психофизиологических методик не только позволяет оценить степень влияния деструктивных экзогенных факторов и экстремальных ситуаций на психофизиологическую структуру личности, но и составить индивидуальную программу медико-психологической реабилитации для каждого члена семьи.

2. Классификация методов психотерапии

В рамках модернизации ведомственной психиатрической службы, одним из важных вопросов является проведение психотерапии прикрепленному на медицинское обслуживание к МСЧ МВД контингенту.

Приводим краткую классификацию основных направлений психотерапии Б.Д. Карвасарского [18].

Динамическое направление определяет значимость для понимания генеза и лечения эмоциональных нарушений интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической, бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности. Изучает особенности личностного развития и поведения, нарушения которых приводят к вытеснению событий в бессознательное, возникает конфликт с сознанием и формируется невроз.

К психодинамическому подходу относят виды психотерапии, ориентированные на психоаналитическую теорию:

- классический психоанализ З. Фрейда;
- индивидуальную психологию А. Адлера;
- аналитическую психологию К. Г. Юнга;
- эго–психологию (А. Фрейд, Г. Хартман, Д. Клейн);
- неофрейдизм (К. Хорни, Э. Фромм, Г. Салливен);
- теоретиков объектных отношений (М. Клейн, О. Кернберг, Г. Кохут).

Когнитивно-поведенческое направление основано на принципах теории обучения, которая подразумевает, что разные типы поведения развиваются из-за привычной реакции человека на создавшуюся ситуацию.

К когнитивно-поведенческому подходу относят:

- поведенческую терапию;
- когнитивную терапию (Эллис, Бек),
- рационально-эмоциональную терапию (Эллис);
- НЛП (Гриндер, Бендлер).

Экзистенциально-гуманистическое направление опирается на философские идеи экзистенциализма и гуманизма.

Основные положения по К. Роджерсу:

- терапия – это встреча равных людей;
- улучшение состояния у пациентов наступает самостоятельно, если психотерапевт создает правильные условия — помогает осознать, принять и выразить пациенту свои чувства;
- создание отношений полной поддержки и принятия;
- пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Основными идеями данного направления психотерапии являются представления о том, что человек исходно активен, стремится к расширению пространств своего существования, имеет практически безграничные возможности

личностного роста. Экзистенциальная сущность человека проявляется в ситуации между жизнью и смертью. Центральными категориями существования человека являются смерть, свобода, изоляция, бессмысленность.

К экзистенциально-гуманистическому направлению психотерапии относятся:

- клиент–центрированная психотерапия Роджерса;
- логотерапия Франкла;
- психодрама;
- первичная психотерапия Янова;
- трансцендентальная медитация;
- экзистенциальная психотерапия.

Эклектическое направление – технический синтез психотерапевтических методов, приемов различных теоретических ориентаций относится к понятию интегративной психотерапии. Независимо от теоретических взглядов психотерапевт тщательно изучает клиническую картину заболевания и связанные с ним психосоциальные факторы и использует разнородные психотерапевтические методы. Психотерапевт в зависимости от характера нарушений потребностей и возможностей пациента, использует методы различных направлений психотерапии, добиваясь позитивных изменений в симптоматике, внутреннем мире и поведении больного. К нему относятся: гештальттерапия Перлза и др.

Приводим краткую систематизацию используемых психотерапевтических методов как способов лечебного воздействия на психику и через психику на весь человеческий организм.

Таблица 5

Классификация психотерапевтических методов
(Б.Д. Карвасарский [18])

| № | Методы психотерапии |
|---|---|
| 1 | Гипнотерапия Внушение и самовнушение Аутогенная тренировка Рациональная психотерапия Коллективная и групповая психотерапия Наркопсихотерапия |
| 2 | Поддерживающая психотерапия Переучивающая психотерапия Реконструктивная психотерапия |
| 3 | Личностно-ориентированная психотерапия Суггестивная психотерапия Поведенческая психотерапия |
| 4 | Симптомо-центрированные методы Личностно-центрированные методы Социо-центрированные методы |

| № | Методы психотерапии |
|---|--|
| 5 | Методы, направленные на понимание и преодоление проблем Методы, направленные на понимание себя, своих мотивов, ценностей, целей, стремлений и пр. |
| 6 | Методы, направленные на подавление эмоций Методы, направленные на выражение эмоций |
| 7 | Механистические методы Гуманистические методы |
| 8 | Методы, связанные с идентификацией Методы, связанные с созданием условий Методы, связанные с проникновением в сущность |
| 9 | Динамическая психотерапия. Поведенческая психотерапия. Опытная психотерапия. |

Классификация методов психотерапии по поставленным целям
(L.R. Wolberg, 1967)

- поддерживающая психотерапия, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие;
- переучивающая психотерапия, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных. Пациент должен научиться лучше использовать имеющиеся у него возможности и способности, однако при этом не ставится цель по-настоящему разрешить неосознаваемые конфликты;
- реконструктивная психотерапия, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником психических расстройств, и стремление достичь существенных изменений психического состояния и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

Методы психотерапии, основанные на лечебном влиянии:

- а) общения с искусством (музыкотерапия, библиотерапия и др.);
- б) творческая деятельность (имаготерапия, арт-терапия и др.);
- в) природа (натурпсихотерапия и др.).

Все методы психотерапии имеют единый объект – личность человека, а различаются в направленности воздействия на разные аспекты и проблемы личности, в том числе и психосоциальные затруднения, вызывающие дезадаптивные состояния психического здоровья.

Классификация методов психотерапии
(И.З. Вельвовский [и др.], 1984)

| Характер | Виды психотерапии |
|---|---|
| Психотерапия в состоянии бодрствования | рассудочно-ассоциативные приемы; эмоционально-корректирующие воздействия и игровые формы; стимулирующие волевые техники |
| Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга | гипноз-отдых по К. К. Платонову; внушение в гипнозе; постгипнотическое внушение; методы аутогенной тренировки; релаксация по Джекобсону |

Существующие подходы к систематизации психотерапевтических методов различны и основаны на разных критериях: от конкретных психотерапевтических методов до самостоятельных психотерапевтических направлений.

При работе с контингентом, прикрепленным на медицинское обслуживание к МСЧ МВД России, каждый специалист должен учитывать особенности ведомственной службы и при выборе лечебного воздействия, исходить из интересов пациента, требований служебной деятельности (для сотрудников МВД России) и собственных знаний и опыта.

2.1. Первичная консультация пациента

Важность первичного консультирования заключается в успехе психотерапевтического взаимодействия с пациентом для дальнейшей плодотворной работы (установление доверительного психотерапевтического контакта, составление индивидуальной программы психотерапии и успешность прогноза ее реализации).

Принципы работы психотерапевта при первичном консультировании:

- гибкость при выборе варианта и формы контакта, контракта, программы взаимодействия с учетом индивидуальных особенностей и поведения пациента в сложившейся ситуации;
- ответственность специалиста при постановке диагноза заболевания, определения степени и глубины вмешательства, направленности и продолжительности работы с пациентом;
- комплексность и этапность психотерапии.

Основные задачи первичного консультирования:

- изучение представлений больного о его роли в сложившейся ситуации;
- формирование представлений пациента о помощи;
- заключение психотерапевтического контракта: определение жалоб, формирование психотерапевтического запроса, изучение ожиданий и уровня готовности пациента к переменам;
- информирование пациента о предварительных представлениях психотерапевта о его заболевании, состоянии, возможности проведения тех или иных лечебных мероприятий, об условиях оказания помощи в ЦПЗ, предполагаемых сроках проведения терапии, специалистах, которые с ним будут работать.

2.2. Формы психотерапии

Индивидуальная психотерапия – основа психотерапевтического процесса – взаимодействие врача и больного. Основные задачи: 1) глубокое изучение личности больного; 2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению болезненного состояния; 3) достижение осознания больным причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и заболеванием; 4) помощь в разумном разрешении психотравмирующей ситуации; 5) изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что ведет к улучшению субъективного самочувствия социального функционирования. В качестве инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт. Используется в рамках всех направлений психотерапии, где определяются особенности психотерапевтического вмешательства: цель, задачи, способы воздействия, методические приемы.

При проведении индивидуальной психотерапии с сотрудниками органов внутренних дел необходимо учитывать личностные особенности пациентов, профессиональную деформацию и наличие «комбатантной акцентуации». Установление эмпатических, доверительных отношений между пациентом и психотерапевтом являлись переломным терапевтическим фактором, необходимым для формирования мотивации на лечение и эффективности терапии.

Групповая психотерапия – совместная деятельность пациентов в лечебных целях, направленная на их активизацию, снижение фиксации на болезни, активное вовлечение пациентов в терапию, увеличение круга интересов, расширение контактов, совершенствование коммуникативных навыков. Лечебное воздействие осуществляется взаимодействием между участниками группы (в том числе и психотерапевтом). Принцип терапевтического воздействия – целенаправленное осознание взаимоотношений возникающих внутри группы пациентов (групповая динамика).

При проведении групповой терапии сотрудникам ОВД необходимо учитывать особенности служебной деятельности, подразделения. Желательно наличие в составе группы полицейских из разных структур, по характеру своей деятельности не пересекающихся друг с другом. Важно при отборе на групповые методы терапии учитывать наличие травматического опыта, и лицам с ПТСР в анамнезе и «комбатантной акцентуацией» предлагать другие методы психотерапии, для избегания конфликтов и выраженных аффективных реакций с антисоциальными действиями.

Семейная психотерапия направлена на достижение изменений в межличностных семейных взаимоотношениях, диагностику дезадаптирующих факторов, связанных с возникновением и течением заболевания, реструктуризацию семейных отношений и социальное восстановление больного. Может проводиться амбулаторно и стационарно.

Данный метод психотерапии является важным при проведении реабилитации полицейским по возвращению из зон с особыми условиями службы.

Необходимо акцентировать внимание ближайшего окружения на важность оказания помощи и семейной поддержки сотрудникам ОВД, разъяснять, что адаптация после участия в служебно-боевых операциях может сопровождаться сложностями. Членам семьи нужно разъяснить особенности поведения пациента и проблемы, которые возникали после боевого стресса, сообщать, что они носят непостоянный характер, и семья может помочь с ними справиться.

Семейная психотерапия осуществляется в три этапа:

1. *Психодиагностический* (с учетом особенностей контингента). Проводятся беседы с супругами пациентов – «союзниками» психотерапевта. Определяется выраженность семейного конфликта. Изучается «биография» межличностных отношений. Выявляются особенности коммуникаций в семье, которые во многом зависят от характера службы супруга, переноса типа служебно-боевого реагирования на службе в семью, длительных командировок, характером психических нарушений пациента. Женам необходимо сообщать об особенностях психопатологических нарушений у мужей, влияющих на поведение в кругу семьи.

2. *Осознание особенностей внутрисемейных отношений*. Данный этап нацелен на ликвидацию актуальной проблемы – снятие напряжения в семье, разрешение семейного конфликта, устранение симптома (но не лечение болезни). Определяется роль супругов в нарастании эмоционального отчуждения, углублении конфликта. Разъясняются причины данного типа реакции обоим супругам, формируются альтернативные варианты взаимодействия. В большинстве случаев определялся «тиранический» тип поведения полицейских в семье с повышенной требовательностью к супруге, подозрительностью, сверхбдительностью и ревностью.

3. *Реконструкция семейных отношений*. Наиболее часто применяемой методикой является «конструктивный спор» и «переводчик»: обсуждение конкретных конфликтных ситуаций с ролевыми играми (с обучающей целью), что способствует эмоциональному сближению, снижению фиксации на проблеме и дезактуализации ситуации. Для формирования наиболее адаптивного варианта межличностной коммуникации в семье, супругам предлагаются «домашние задания», направленные на формирование «нового» семейного стереотипа с последующим обсуждением результата на сеансе психотерапии.

В зависимости от глубины конфликта и характера ППР необходимо проводить от 3 до 7 встреч.

Рациональная психотерапия - метод лечения психических расстройств и некоторых соматических заболеваний через разъяснения и логическое убеждение, исходя из того, что психогения является следствием заблуждений больного. Техника проведения характеризуется чаще директивным подходом. Возможны групповые и индивидуальные психотерапевтические занятия.

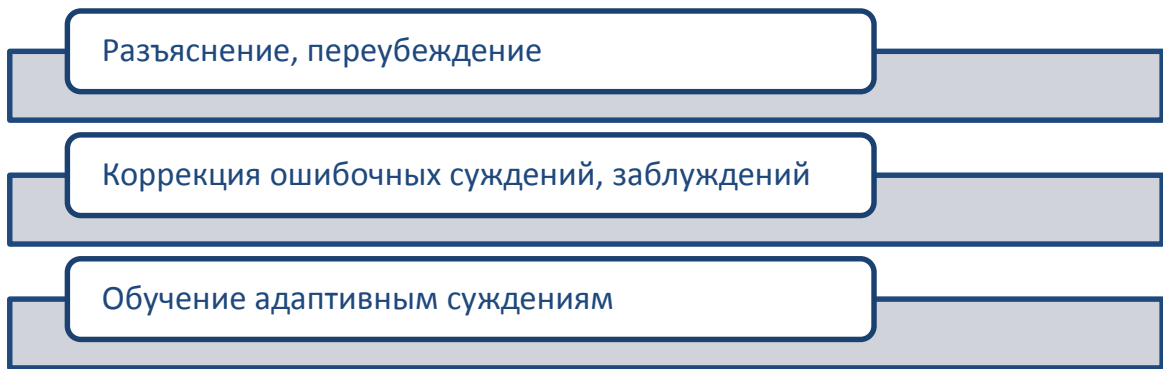


Рис. 4. Рациональная психотерапия

Для успешности и эффективности рационального психотерапевтического подхода важно:

- подробно собрать анамнез заболевания и жизни пациента;
- оценить: характер имеющихся проблем в текущей жизненной ситуации; характер стрессового воздействия; резервы устойчивости человека особенности коммуникативных процессов при межличностном взаимодействии; особенности интрапсихической переработки существующих проблем; способность к объективной оценке событий своих поступков.

При проведении рациональной психотерапии сотрудникам ОВД после применения табельного оружия, участия в служебно-боевых операциях, травм, ранений необходимо разъяснять характер и причины возникновения травматического стресса путем логического переубеждения, формирования мотивации на психотерапевтическое лечение и преодоление стигматизированного отношения к психотерапевтической помощи. Средствами психологического воздействия выступают: убеждение, переубеждение, разъяснение, отвлечение. Основная цель данного психотерапевтического метода при работе с сотрудниками ОВД – изучение личности полицейского, оценка и коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов пациента, определяющих нарушение его психологического и социального функционирования.

Мотивационное интервью при проведении рациональной психотерапии.

Цель: формирование мотивации сотрудника ОВД на психотерапевтическую помощь, информирование об особенностях психотерапевтического вмешательства.

Принципы проведения мотивационного интервью:

- Желание перемен должно исходить от самого пациента, не должно быть навязано кем-то другим.
- Проговорить жизненные проблемы, противоречия и попытаться их разрешить — основная задача пациента, а не специалиста.
- Прямое, открытое убеждение не является способом преодоления противоречий.
- Интервью проводится психотерапевтом в спокойной обстановке, ровным голосом, побуждающим к взаимодействию, стиле.

- Врач-психотерапевт направляет пациента в беседе, помогает ему изучить создавшуюся жизненную ситуацию и найти приемлемое решение.
- Готовность к переменам в жизни является результатом межличностного общения.
- Врач и пациент выступают с позиций партнеров или товарищей.

Врач-психотерапевт не дает советов, не высказывает оценок событий, не осуждает неверные решения, а уточняет и проясняет для себя и пациента сложившуюся ситуацию и возможные варианты ее развития. Для мотивационного интервью применяются открытые вопросы, на которые больной не может однозначно ответить «да» или «нет», а активно рассуждает. В ходе интервью врач постоянно возвращает пациенту ответственность за его решения, совместно проясняет все плюсы и минусы возникшей ситуации, и постепенно проходит с ним все стадии готовности к переменам.

Последовательность применения мотивационного интервью, примерные вопросы представлены в рисунке 5.

При использовании мотивационного интервью у сотрудников ОВД, ведомственному психотерапевту нужно учитывать стигматизированное отношение пациентов к врачам и терапии. Полицейские часто скрывают свои проблемы из-за страха быть уволенными по психическому заболеванию, что влечет за собой материальные проблемы и сложности дальнейшего трудоустройства. При этом они часто обращаются в частные клиники и медицинские центры за помощью. Необходимо объяснить пациентам, что не все расстройства психического здоровья являются препятствием к дальнейшей службе, и информация не получит распространения среди служебного коллектива. При направлении на военно-врачебную комиссию после успешного проведения терапии, медицинских ограничений годности к службе в указанной должности регламентирующими документами МВД России не предусмотрено.

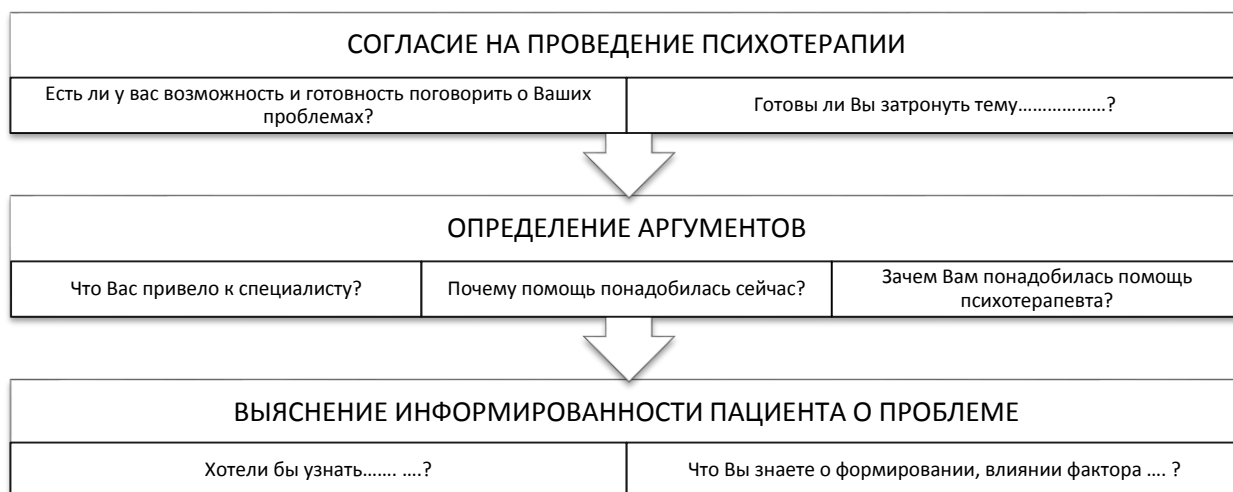


Рис. 5. Последовательность проведения мотивационного интервью при проведении рациональной психотерапии

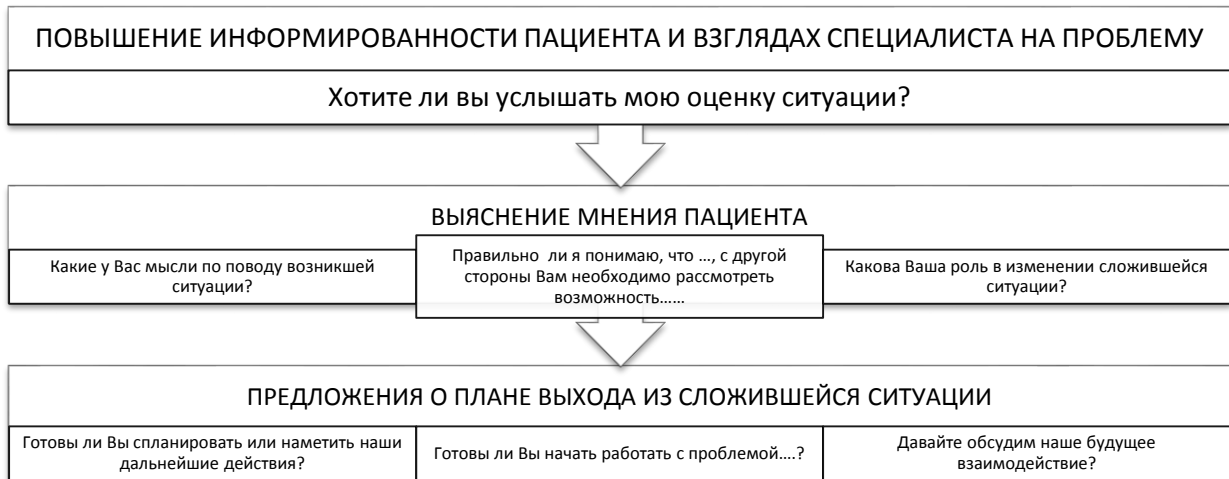


Рис. 5. Последовательность проведения мотивационного интервью при проведении рациональной психотерапии

2.3. Методы суггестивной психотерапии

Внушение в состоянии бодрствования – необходимая составляющая любого лечебного воздействия.

Этапы проведения:

- разъяснительная беседа о сути лечебного внушения;
- убеждение пациента в эффективности метода;
- собственно внушение (формулы внушения строятся в зависимости от состояния пациента и характера психопатологических нарушений).

Применяется при конверсионных расстройствах, неврастении, тревожно-фобических нарушениях.

Гипносуггестивная психотерапия – лечебное воздействие внушения в состоянии гипнотического сна.

Внушения направлены на снятие симптомов болезни, хорошее самочувствие. В состоянии гипнотического сна у человека отсутствует критика. Применяемые формулировки даются в императивном стиле, для устранения фобий, обретения уверенности.

Наиболее распространенной является техника словесного погружения пациента в состояние гипнотического сна. Психотерапевт внушает пациенту ощущения, которые обычно испытываются при засыпании. Описания даются образные, короткими фразами, спокойно и размеренно, с повторениями, преимущественно в утвердительной и повелительной форме. Внушение осуществляется четкими, короткими фразами, утвердительно. Глубина погружения в гипнотическое состояние представлена стадиями: сомнолентная стадия (сонливость); каталептическая; сомнабулическая. Выведение пациента из гипнотического состояния проводится неторопливо и плавно, с одновременным внушением хорошего самочувствия после сеанса.

Техники погружения могут быть различными, однако самым главным является содержание лечебного внушения. Оно носит иррациональный характер, обращено не к логике, а к эмоционально-волевым характеристикам пациента.

Показания к применению гипносуггестивной психотерапии: диссомнии, неврастения, тревожно-фобические нарушения, навязчивые состояния.

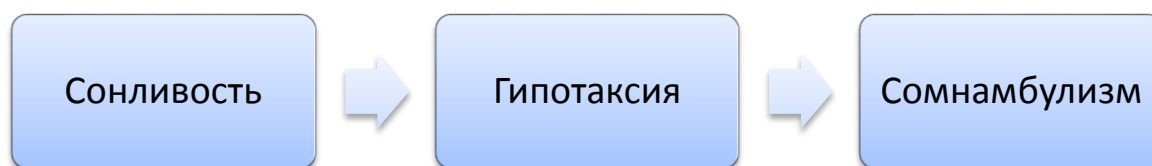


Рис. 6. Стадии гипноза

Примерная формула гипнотического внушения [51]

1. Общее успокоение (цель – дать больному время и возможность успокоиться, лежа на кушетке, чтобы наступило общее успокоение всего организма).

«Лежите удобно на кушетке, так, чтобы ничто Вам не мешало, не беспокоило, не создавало неудобств... Закройте глаза, лежите спокойно, молча, неподвижно. Настраивайтесь только на отдых. Спокойствие и отдых. Приятная усталость разливается по всему телу, хочется отдыхать. Представьте себе, что Вы после трудного рабочего дня или туристического похода, когда очень устали и хочется отдохнуть, легли и наслаждаетесь покоем. Спокойствие и отдых все больше и больше овладевают вами... Ваше дыхание ровное, спокойное, ритмичное... Приятная усталость овладевает Вами... Вас охватывает все больше и больше чувство покоя и отдыха, приятного отдыха. Приятная усталость во всем теле... Единственное желание – отдохнуть, наслаждаться покоем и отдыхом... Полный покой и отдых... Дыхание становится все более и более спокойным, ритмичным, поверхностным, дышится легко, и вы отдыхаете, погружаясь все глубже и глубже в покой и отдых. Спокойствие и отдых, отдых и покой... Желание отдыхать, неодолимое желание отдыха и покоя... Желание внутреннего покоя и отдыха... Покоя и отдыха... Постепенно успокаиваетесь, успокаиваетесь... Приятное спокойствие, спокойствие... Просто желание отдыхать. Состояние полного покоя... Дыхание легкое, ровное, ритмичное. Вы полностью отрешились от всех забот, переживаний, хлопот. Мой голос действует на Вас успокаивающе».

2. Расслабление мышц (цель – достижение мышечного расслабления, пассивного состояния всего тела как промежуточная цель на пути к гипнотическому состоянию).

«...Приятная расслабленность начинает охватывать мышцы всего тела... Приятная расслабленность и истома во всем теле... Мышцы лица и шеи расслабляются, расслабляются... Расслабляются все более и более, и Вы чувствуете, как Ваша голова лежит на подушке, всем своим весом давит на нее, глубже уходит в подушку... Мышцы лица и шеи полностью расслабились... Мышцы плечевого пояса расслабляются, приятная расслабленность мышц плечевого пояса...

Мышцы рук расслабляются, приятная расслабленность и теплота разливаются по рукам... Полная расслабленность во всех мышцах рук, и они, как тряпки, лежат на кушетке, всем своим весом давят на нее... Приятная расслабленность и тяжесть в руках... Мышцы рук полностью расслабились, они слегка теплые и тяжелые. Теплота и тяжесть в руках... Мышцы туловища расслабляются, расслабляются, полностью расслабились... Мышцы ног расслабляются, все больше и больше расслабляются... Полная расслабленность мышц ног. Полная расслабленность во всем теле, расслабленность, спокойствие и отдых... Приятная легкая теплота и истома во всем теле, тело как будто не свое... Желание отдыхать, глубже в покой. Во всем теле приятная истома и покой... Тело как будто бы не свое».

3. Сфера восприятия окружающей среды (цель – достижение своеобразной отрешенности от всего окружающего, дальнейший уход в гипнотическое состояние).

«... Все посторонние звуки как будто удаляются от Вас, утомляют, усыпляют Вас... Спокойствие и отдых... Приятная отрешенность овладевает Вами... Отрешенность и покой... Вы слышите отчетливо мой голос, который действует на Вас успокаивающе, усыпляюще, и Вы отдыхаете, отдыхаете, отрешившись от всего. Полный покой и отдых. Все глубже и глубже погружаетесь в отрешенность от всего, полный покой».

4. Интеллектуальная сфера (цель – снижение уровня функционирования интеллектуальной сферы, «выключения» ее).

«... Лень и неохота о чем-либо думать... Желание полного покоя... бездумья и отдыха... Спокойствие. Расслабленность и отдых. Ваши мысли начинают совпадать с моими словами, все посторонние мысли уходят, Вы отвлекаетесь от них. Бездумье и покой, полное бездумье и приятный, безмятежный отдых. Покой и бездумье. Лень и неохота о чем-либо думать, мысли делаются ленивыми, рассеиваются, и приятное бездумье все больше и больше охватывает Вас. Мыслей все меньше и меньше, мысли уходят... Желание бездумья и спокойствия, полного и глубокого спокойствия... Чувство полного покоя все больше и больше овладевает Вами... Приятное бездумье, спокойствие и отдых, глубже в покой».

5. Эмоциональная сфера (цель – снижение уровня функционирования эмоциональной сферы, дальнейшее погружение больного в пассивное состояние как этап на пути в гипнотическое состояние).

«...Желание полного, глубокого покоя и отдыха... Все спокойнее и спокойнее становится на душе и в голове... Переживания, мешающие покою и отдыху, уходят от Вас... Желание отдыхать бездумно и безмятежно. Отдаваясь всецело и полностью спокойствию и отдыху, Вы больше ни о чем не тревожитесь. Приятное спокойствие на душе, полный отдых. Дыхание ровное, спокойное, ритмичное, дышится легко, и Вы отдыхаете... Приятное спокойствие на душе, отдых, желание отдыхать».

6. Волевая сфера (цель – внушение своеобразного безволия, похожего на состояние при пробуждении, когда хочется еще спать, лень и неохота двигаться).

«...Приятное безволие охватывает Вас... Лень и неохота шевелить руками, ногами... Состояние бездумья, приятного безволия во всем теле, и Вы отдыхаете, отдаваясь полностью покою и отдыху... приятное безволие в руках, ногах, лень и неохота шевелиться, проявлять активность... Желание отдыхать, хочется отдыхать... Вы полностью отдаетесь безволию и отдыху, полному отдыху всего организма. Отдыхает каждая клеточка вашего организма, полный покой и отдых».

7. Фаза внушения дремоты (цель – погружение больного в дремоту).

«... Приятная дремота окутывает Ваше сознание, желание отдыхать, желание спать. Дремота и отдых, глубже и глубже погружаетесь в дремоту. Дыхание спокойное, ритмичное, дышится легко, и Вы отдыхаете, отдаетесь полностью покою, отдыху, дремоте... Дремота, сознание все больше и больше окутывает дремота... Полный покой и отдых. Желание спать. Полностью погружаетесь в дремоту, отдых, отрешенность от всего. Вас охватывает сонливость. Дремота усиливается, нарастает, и Вы оказываетесь как бы в легком сне, отрешенность от всего».

8. Фаза внушения сна (цель – внушение самого гипнотического состояния).

«...Спокойствие, отдых, желание спать, желание спать, и Вы не сопротивляетесь этому желанию, отдыхаете... Сонливость усиливается с каждым вздохом. Дышится легко... Дыхание спокойное, поверхностное, ровное, ритмичное, и вы все глубже погружаетесь в сонливость. Желание спать нарастает, все сильнее и сильнее хочется спать. Неодолимая сонливость охватывает Вас... Желание спать, и Вы постепенно погружаетесь в сон, сон, отдых... Забываетесь сном... Спите, спите... Глубже и глубже в отдых, сон, лечебный сон, при котором ясно и отчетливо слышите мой голос. Лечебный сон».

Выведение из гипнотического состояния

После окончания лечебных внушений для выведения из гипнотического состояния внушают: «А сейчас я сосчитаю до трех, и когда назову цифру "3", Вы откроете глаза, будет бодрость во всем теле, свежесть в голове, хорошее самочувствие, внутреннее спокойствие, уравновешенность, хороший жизненный тонус». Дальше в бодрящем тоне: «Раз – скованность в руках, ногах, во всем теле проходит. Приятная бодрость появляется во всем теле, свежесть в голове, хорошее самочувствие. Два – двигаются руки, ноги, бодрость во всем теле, свежесть в голове, приятное спокойствие, хороший жизненный тонус. Три – открываются глаза, просыпаетесь».

Гипносуггестивная психотерапия сотрудникам ОВД проводится при РА в группах до 10 человек для снятия психоэмоционального напряжения и вегетативных проявлений болезни в виде лечебного гипнотического внушения продолжительностью 40 минут до десяти сеансов. Комбатантам с тревожным и соматоформным вариантами ПТСР, после купирования острой симптоматики, на амбулаторном этапе медицинской реабилитации - 3 раза в неделю для редукции тревоги и аффективных нарушений.

Самовнушение по Куэ – активное самовнушение с использованием формулы и ее многократного автоматического повторения пациентом. Формула внушения составляется индивидуально с содержанием, отражающим актуальные переживания пациента. Классическая формула Э. Куэ: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше». Формула внушения — это предложение, составленное в настоящем времени. Не важно, соответствует ли утверждение реальности, формула адресована к нашему подсознательному «Я».

Аутогенная тренировка представляет комплекс упражнений, направленных на улучшение саморегуляции произвольных функций организма. Предложена немецким ученым И.Г. Шульцем. Путем самовнушения формируется расслабление мышечного тонуса, затем в состоянии релаксации проводится самовнушение, направленное на нормализацию функций организма. Используется для нормализации высшей нервной деятельности, эмоционально-волевой сферы.

Для освоения приемов аутогенной тренировки необходимы систематические упражнения. Обучающий курс - до 28 дней.

Тренировка укрепляет силу воли, активизирует человека. Основным элементом аутогенной тренировки является обучение приемам релаксации. Полученные после обучающего курса навыки у сотрудников ОВД позволят снять или уменьшить эмоциональное напряжение, получить полноценный отдых за короткий промежуток времени.

Продолжительность овладения аутогенной тренировкой зависит от индивидуальных особенностей человека, но в среднем составляет около 3-4 месяцев при ежедневных двух-трехразовых занятиях по 10 минут.

Таблица 6

Аутогенная тренировка
(ступени)

| | | |
|---|---|--|
| Первая ступень аутогенной тренировки | Упражнения, направленные на вызывание ощущения тяжести | Проводятся индивидуальные и коллективные занятия; продолжительность - от 20 мин до 1,5 ч (в зависимости от методики) |
| | Упражнения, направленные на вызывание ощущения тепла | |
| | Упражнения, направленные на овладение ритмом сердечной деятельности | |
| | Упражнения, направленные на овладение регуляцией режима дыхания | |
| | Упражнения, направленные на вызывание прохлады в области лба | |
| Вторая ступень | Упражнения, направленные на визуализацию представлений | |
| | Погружение в сомнамбулическое состояние | |

2.4. Когнитивно-поведенческая психотерапия

Поведенческая психотерапия основана на теории научения, а также на принципах классического и оперантного обусловливания. В основе этой формы психотерапии лежит идея, что симптомы некоторых психических расстройств обязаны своим появлением неверно сформированным навыкам.

Цель поведенческой терапии - изменение отклоняющегося (неадаптивного) поведения пациента.

Основой поведенческой терапии является идея о том, что стереотипы поведения играют важную роль в формировании нарушений психического здоровья. Предполагается, что поведение может быть изменено с помощью применения терапевтических методов.

- Стереотипы поведения могут включать в себя функциональные реакции со стороны вегетативной нервной системы, при этом границы готовности к вегетативной реакции на стрессы у разных людей различаются.

- В поведенческой терапии используются методы, эффективность которых была подтверждена клинически, предпочтение отдается техникам, которые имеют позитивное влияние.

- Исходным пунктом терапии является проблема, которая беспокоит пациента в данный момент. Правило терапии «здесь и сейчас».

Когнитивная психотерапия. Суть метода – перестройка ошибочных представлений о жизненных обстоятельствах, которые являются причиной формирования аффективных нарушений и появляющихся симптомов, обучение больного более оптимистическому восприятию себя.

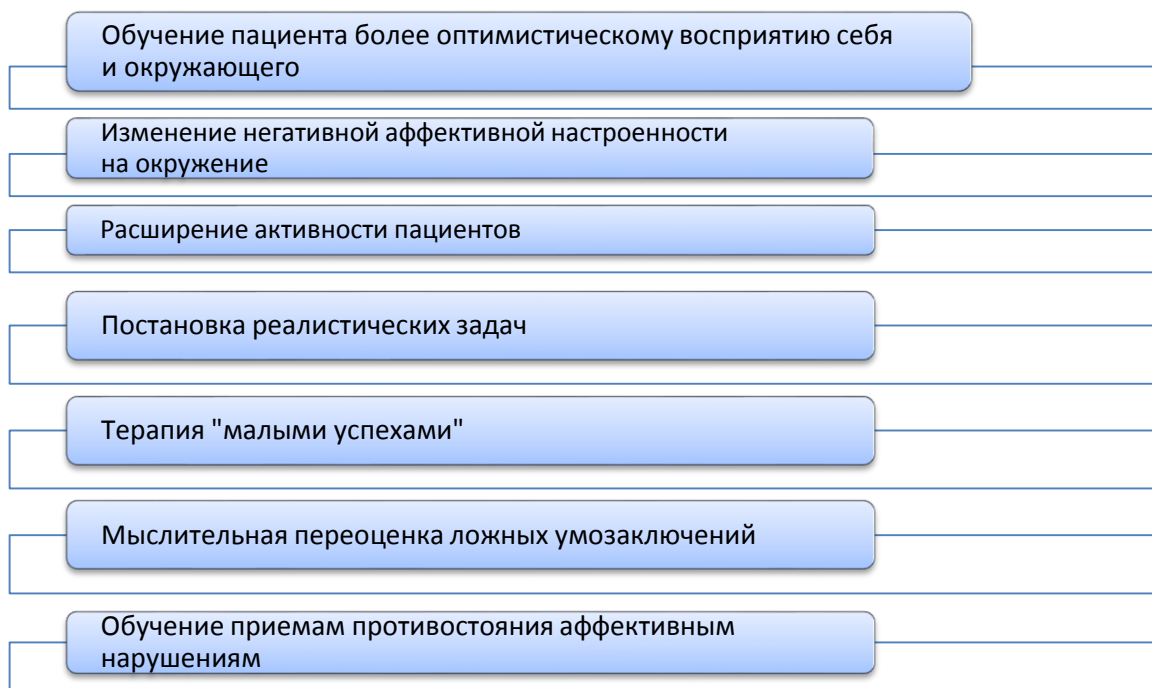


Рис.7. Когнитивная психотерапия последовательность проведения

Целесообразно применять КТ при депрессиях средней и легкой степени тяжести, ситуационных невротических состояниях, тревожно-депрессивных расстройствах, различных видах фобий, панических атаках.

Когнитивно-поведенческая психотерапия Айрона Бека (1960) (КПТ)

Рекомендуется для использования у сотрудников ОВД с донозологическими невротическими состояниями, расстройствами адаптации с выраженным дисфорическим, аддиктивным поведением, депрессией, тревожными расстройствами, дистимией.

Использование КПТ у сотрудников ОВД является оптимальным, так как за короткий промежуток времени дает ощутимый положительный результат, отражающийся на всех сферах жизни пациента.

КПТ анализирует мышление человека, из которого вытекает стиль поведения. Мышление человека наполнено установками, моделями, приобретенными в процессе жизни – некоторые из них здоровые, адаптивные, способствующие качественной жизни, другие жёсткие, дезадаптивные, вызывающие негативные мысли, которые нарушают поведение, приводят к внутриличностному конфликту, мешают адаптироваться к обстоятельствам, быть здоровым и счастливым.

КПТ основана на принципе, что определенные события (А) вызывают у человека эмоциональную реакцию (С), но только наши мысли и слова (В) определяют тип этой реакции и эмоциональное состояние человека. То есть любое негативное событие (А) может вызвать у человека разную эмоциональную реакцию (С), которая зависит от нашего зачастую искаженного восприятия и негативных мыслей [38].



Рис. 8. Формула ABC А. Эллиса

Пример: сотрудник органов внутренних дел К., 39 лет, холост, проживает один. В воскресенье вечером, сидя у телевизора, просматривая художественный сериал про полицейских, почувствовал резкий приступ тревоги, сердцебиение, ощущения жара по всему телу, появился страх. Вызвал скорую медицинскую помощь. При проведении объективного обследования врачом скорой помощи соматического заболевания выявлено не было. Рекомендовано обратиться к психотерапевту. На следующий день на приеме у психотерапевта на вопрос, с чем связывает возникновение данного состояния сообщил, что, сидя в кресле, подумал: «Завтра – понедельник, идти на работу. Утром совещание у начальника. Полковник М., наверное, спросит меня о выполнении поручения, которое я не сделал в пятницу вечером, и ушел со службы. А в отделе полиции планируется сокращение штата. Полковник М. предупреждал о том, что кто плохо будет служить, тех сократят в первую очередь. Это значит, что меня

могут уволить. Я останусь без работы, а сейчас в регионе с трудоустройством проблемы, я не смогу найти себе новую работу. Я останусь без средств к существованию».

Соответствуют ли мысли пациента действительности? Обязательно ли все произойдет так, как подумал пациент? Может реализоваться большое количество других сценариев данной ситуации.

Совещание могут отменить (как бывало часто). Полковник М. может не спросить о его поручении. Даже узнав о том, что приказание не выполнено, начальник может дать время для завершения порученного. Даже, если невыполнение указания руководителя станет поводом для его увольнения, из чего следует, что сотрудник К. не сможет найти себе новую работу? Если бы пациент подумал так, то вряд ли у него появился бы у него появилась тревога, страх и другие возникшие симптомы.

Таким образом, человек не принимает во внимание различные варианты развития ситуации, не оценивает иные возможные сценарии развития событий, а безальтернативно определяет для себя возможный самый плохой прогноз развития событий, который приводит к появлению у него психосоматической симптоматики с приступом тревоги и страха.

Там, где, несмотря на наличие негативных событий, могут быть позитивные или нейтральные чувства появляются негативные.

Размышления (В) изменяют реакцию (С) в негативную сторону – это искажение в восприятии реальных событий, негативный не соответствующий реальности когнитивный прогноз запускает формирование невроза.

«Людей расстраивают не сами события, а то, как они их воспринимают». «Мысли человека – это всего лишь идеи, но не истина. Все наши реакции всегда опосредствованы речевыми инструкциями. События не воздействуют на наши чувства не будучи откомментированными» – Эпиктет (Римский философ, I век н.э.)

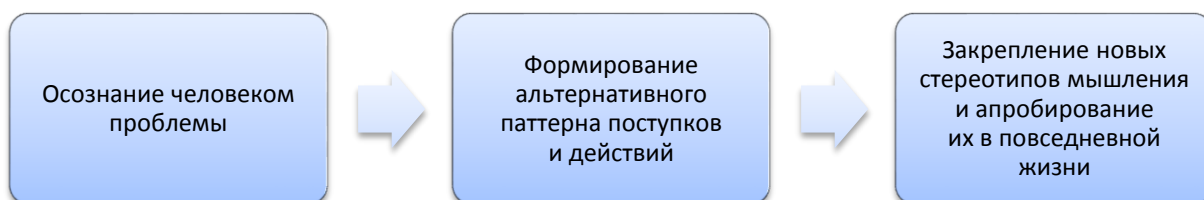


Рис. 9 Основные принципы КПТ

Психотерапевт выясняет, какие именно установки и мысли отрицательно влияют на чувства, эмоции и поведение пациента, учит критически их воспринимать, анализировать и заменять негативные стереотипы на позитивные. Новые навыки у пациента формируют позитивное мышление, которое изменяет ответную реакцию на конкретные ситуации и их восприятие пациентом, и человек меняет свое поведение. Продолжительность терапии индивидуальна в каждом конкретном случае.

Основные техники КПТ.

1. «Дневник внутренней жизни» – записи мыслей – фиксация автоматических мыслей, оценка их с точки зрения функциональности, адаптивности.
2. Взвешивание и анализ каждой мысли с точки зрения конструктивности, выявление негативных мыслей, формирование альтернативы, изменение поведения в конкретных ситуациях.
3. Изменение привычной системы образов, которые искажают мысли и поведение, прекращение деструктивного потока мыслей, замена их на конструктивные. Упражнения: выбрать и применять стоп-слово при заикливании, создать, развить и повторять новые образы, помогающие держаться за реальность.
4. Закрепление результатов, достигнутых на сеансах. Самостоятельный анализ возникающих в ходе дня моментов. Тренировка полученных умений.
5. Поиск скрытых мотиваций. Проводится в случае, если человек, осознавая разрушительность мыслей и отдавая себе в этом отчет на сеансах, продолжает действовать по-старому (поиск вторичной выгоды).

2.5. Психотерапия в рамках проведения медико-психологической реабилитации сотрудникам органов внутренних дел

Сотрудникам, исполнявшим служебно-боевые задачи в особых условиях и имеющим отклонения в состоянии психического здоровья, целесообразно использовать в комплексной терапии психотерапевтические методы. Многочисленные психотерапевтические методики работы с лицами, страдающими ПТСР и РА, можно подразделить на индивидуальные и коллективные.

При выборе метода важно учитывать сроки реабилитационного лечения, определенные приказом МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации».

Целью психотерапевтического лечения пациентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо отреагировать на негативные эмоции и найти происшедшему травматическому событию надлежащее место в дальнейшей жизненной перспективе. При проведении психотерапии на начальном этапе медицинской реабилитации необходимо учитывать наличие «комбатантной акцентуации», в структуре которой имеется сформировавшееся недоверие, нежелание обращаться за помощью, скептицизм, трудности межличностных коммуникаций, повышенная раздражительность и вспыльчивость. Данные особенности часто приводят к конфликтам с медицинским персоналом и психологами. У комбатантов с ПТСР отдается предпочтение индивидуальным формам психотерапии, особенно на стационарном этапе, так как коллективная и групповая психотерапия в стадии острой клинической симптоматики может вызывать выраженные про-

тестные реакции в виде эксплозивных вспышек и усиления диссоциативных симптомов.

Установление эмпатических, доверительных отношений между пациентом и психотерапевтом являются переломным терапевтическим фактором, необходимым для эффективности терапии. Поэтому при построении общения в процессе психотерапевтического лечения обязательно следует учитывать личностные особенности пациентов [14].

В процессе психотерапии пациентов с *гипертимным типом* акцентуации необходимо избегать директивности, авторитарности. Необходимо уважать его независимость, индивидуальность. Желательно сохранять дистанцию в процессе общения, которую он обычно пытается сократить.

Пациент с *циклоидным типом* акцентуации, особенно в фазе депрессии, нуждается в понимании и сопереживании. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы научить его спокойно относиться к возможному изменению настроения, а в плохом настроении – верить в обратимость своей депрессии и ждать ее окончания.

Пациентов с *лабильным типом* акцентуации необходимо научить самостоятельному управлению своим настроением, инициированию положительных эмоций, спокойному отношению к перепадам настроения. «Тот, кто умеет грустить – тот умеет радоваться». «Если бы не было депрессии, то в хорошем настроении не так бы радовала жизнь». Необходимы тренинги формирования уверенности в себе, эффективного межличностного общения.

При воздействии на пациентов с *астеноневротическим типом* акцентуации необходимо соблюдать следующие правила:

- избегать смысловых неопределенностей и иронии (особенно в их адрес);
- не комментировать и не оценивать его поведение;
- не допускать авторитарности в общении (он может «уйти в себя»);
- демонстрировать эмпатию и поддержку (т.к. таким пациентам свойственно переживание по поводу оценки себя окружающими);
- проявлять ненавязчивые, дружеские отношения (они очень ценные для таких пациентов).

Можно объяснить пациенту с *астеноневротическим типом* акцентуации характера, что он способен тонко чувствовать мир в отличие от поверхностного, «грубого», примитивного отношения к жизни у «сильных» характерологических типов. Умные и интеллигентные люди по достоинству оценят его скромность и чувство такта. Ему необходимы тренинги, направленные на повышение его уверенности в себе, предупреждение и конструктивное разрешение межличностных конфликтов. Мнительность в данном случае можно снять простым успокоением и отвлечением. «Все будет хорошо, даже если будет иначе». Необходимо объяснить, что ему лучше оставаться самим собой, а не пытаться изменить себя для того, чтобы стать тем, кем никогда не будет.

Жизненные проблемы человека необходимо анализировать и обсуждать, а не критиковать его за сделанные ошибки. Надо анализировать причины удачного решения проблемы. Учить отделять главное от второстепенного,

отделять эмоции от логики, снимать возникающее психоэмоциональное напряжение. Склонность постоянно возвращаться к тревожащей мысли можно представить как его уникальную способность к прогнозированию. Можно предложить составить сценарии развития возможных ситуаций. Это упорядочит его мысли и чувства, снимет излишнее психоэмоциональное напряжение, подготовит к различным вариантам развития событий. Для астеничных пациентов характерно стремление к гиперкомпенсации – достижению успеха в той сфере жизнедеятельности, в которой он изначально слаб, в том числе из-за стремления соответствовать предъявляемым требованиям окружающих. При невозможности гиперкомпенсации комплекс неполноценности только обостряется. Необходимо объяснить астенику относительность и субъективность всех оценок и мнений. Он должен осознавать свою индивидуальность, неповторимость и ценность своего жизненного опыта, научиться радоваться жизни здесь и сейчас.

У пациентов с *сенситивным типом акцентуации* эффективны мягкие трансовые техники гештальттерапии, эриксоновский гипноз, аутогенная тренировка, эффективны спортивные мероприятия, прогулки, физические нагрузки. Расслабление тела снимает психоэмоциональное напряжение.

Признаком доверия к психотерапевту пациента с *шизоидным типом акцентуации* является его стремление говорить самому, иногда на тему далекую от первоначальной темы разговора, останавливать его нежелательно. Чтобы избежать свойственную такому пациенту истощаемость в общении периодически следует менять темы разговора, при этом следует абсолютно исключить авторитарность. Надо помочь пациенту самому осознать свою проблему, определить, что он хочет на самом деле и реальные способы ее решения. Лицам с шизоидной акцентуацией полезны тренинги эффективного общения, в которых они могли бы научиться компенсировать врожденный недостаток эмпатии, недостаточно развитую способность выражать свои мысли и чувства, неумение объяснять особенности своего поведения. Желательно помочь им выработать новые, более адекватные стереотипы поведения в ситуациях, требующих эмпатии в межличностных отношениях.

В беседе с пациентом, имеющим *эпилептоидный тип акцентуации*, лучше не шутить на связанные с ним темы, его самокритичные шутки лучше не поддерживать. Нельзя задевать его достоинство, вступать в противоречие, резко обрывать его высказывания. Этим людям нравится, когда их слушают и соглашаются с ними. Если необходимо переубедить такого пациента, то надо ссылаться на признанные авторитеты в этой области, которые для него значимы. Тогда ему будет не стыдно изменить свое мнение и восприятие информации. Желательно использовать специальные термины и определения, что повысит авторитет врача в его глазах. Начинать общение следует в период его психоэмоционального расслабления, при этом важно придерживаться следующих правил:

– в начале беседы желательно показать свою доброжелательность, оказать уважение (например, улыбнуться, крепко пожать руку);

– речь психотерапевта должна быть спокойной, уверенной, без иронии и двусмысленности;

– в разговоре спокойно и доброжелательно смотреть пациенту в глаза, так как бегаящий, напряженный, длительный взгляд может вызвать негативную реакцию;

– в начале беседы выявить соответствие формулировок психотерапевта установкам, принципам и интересам пациента;

– комплименты желательны, но должны быть максимально объективны, чтобы не вызвать подозрения о неискренности психотерапевта.

Необходимо научить пациента, имеющего *эпилептоидный тип акцентуации*, снимать напряжение социально приемлемым путем. Важно обратить внимание на его выгоды от возможных изменений себя и отношения к ситуации, терпимости к недостаткам окружающих, демократичности в общении, акцентируя его на собственный высокий разум – сбережение собственных нервов, особенно в момент прилива гнева, перспективы облегчения карьеры и надежности достигнутого социального положения.

В начале беседы с пациентом, имеющим *истероидный тип акцентуации*, необходимо дать ему возможность «показать себя», раскрыться, проявляя интерес и поощряя эмоциональные проявления. Психотерапевту при этом следует вести себя спокойно и с достоинством, не играя навязываемую ему пациентом роль. Нельзя поддерживать его театральную самокритику, реагировать на его эмоциональные высказывания. Важно находить элементы логики в словах пациента и строить диалог на их основе – то есть переводить эмоциональное в рациональное.

При психотерапевтическом воздействии целесообразно соблюдать следующие правила:

– указывать на то, что пациент добился бы большего в жизни, если бы сдерживал свою демонстративность, которая мешает ему устанавливать межличностные контакты;

– можно «приписать» пациенту необходимые для психотерапевта черты характера и соответствующие им способы решения проблем;

– надо стать значимым для пациента, при этом он будет стараться понравиться собеседнику и, дорожа его мнением, стремиться сохранять свою привлекательность;

– установив доверие и став значимым для пациента, можно давать ему какие-либо рекомендации, которые он будет выполнять, чтобы ни потерять удовольствие выглядеть в глазах собеседника привлекательным, однако, оказывая ему повышенное внимание, можно нивелировать свою ценность как объекта для его самоутверждения: собеседник будет пройденным этапом, у него появятся новые объекты для самоутверждения;

– в пациенте с истероидным типом акцентуации лучше всего хвалить то, что он сам выставляет на демонстрацию;

– желательно, чтобы свои обещания пациент выполнял как можно быстрее, пока ваши отношения сохраняют для него ценность, и он не переключил внимание на новый объект демонстрации своей исключительности.

Тактику психотерапевтического воздействия у лиц с *неустойчивым типом акцентуации* определяет возможность формирования эксплозивного типа ПТСР и нарушений поведения в форме расстройства приспособительных реакций. Если возбудимость пациента проявляется в сочетании с агрессивностью, целесообразно строить беседу по аналогии с эпилептоидным типом акцентуации.

Личностные особенности пациентов с *конформным типом акцентуации* – непереносимость перемен и ригидность установок, предполагают эффективность применения при психотерапевтическом лечении косвенных внушений и «мягких» трассовых техник.

Следует отметить, что частым явлением у участников боевых действий является повышенная тяга к алкоголю и психоактивным веществам. В этих случаях необходимо разъяснять опасность их употребления в начальном периоде реабилитационной работы, так как именно в данный период это может привести к формированию сопутствующей наркологической патологии.

Психотерапия, проводимая с комбатантами, в целом должна быть направлена:

- на формирование мотивации на лечение и преодоление стигматизированного отношения к лечебному процессу;
- изучение участниками своих психологических и личностных особенностей;
- коррекцию когнитивной модели жизни;
- формирование навыков адаптивного поведения на службе и в быту;
- обучение приемам психической саморегуляции и расширение своих психологических возможностей для обретения контроля над эмоциональными реакциями и восстановления личностной целостности.

На начальном этапе реабилитации со всеми комбатантами необходимо использовать *индивидуальную рациональную психотерапию* в классическом варианте по методу Поля Дюбуа – для трактовки характера и причин возникновения травматического стресса путем логического переубеждения, формирования мотивации на психотерапевтическое лечение и преодоление стигматизированного отношения к психотерапевтической помощи. Средствами психологического воздействия выступают: убеждение, переубеждение, разъяснение, отвлечение. Основная цель данного психотерапевтического метода – изучение личности пациента, оценка и коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов больного, определяющих нарушение его психологического и социального функционирования. При этом фиксируются три плоскости нарушений: когнитивная, эмоциональная и поведенческая

При работе с сотрудниками правоохранительных органов хорошо зарекомендовала себя арт-терапия.

Арт-терапию возможно проводить как в группе, так и индивидуально, в зависимости от характера расстройства, выявленной проблемы и индивидуальных особенностей пациента. Пациентам предлагаются различные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, и др.), которые направлены на отработку своих проблем, улучшение взаимодействия с врачом психотерапевтом и участниками группы. Целесообразно мотивировать пациентов на самостоятельное творчество,

что является основным лечебным фактором. Факторы позитивного воздействия: социально-личностная коррекция, направленная на повышение адаптационных резервов, при этом позитивные изменения достигаются путем снижения эмоционального напряжения с отреагированием внутренних переживаний.

Использование арттерапии способствует дополнительной диагностике личностных проблем, аффективных нарушений, в дальнейшем – дезактуализации травматического события, расширению адаптационных резервов, коррекции самооценки и настроения. Сюжет должен быть связан с особенностями мироощущения комбатантов, чувствами и переживаниями, отражающими стрессовые воздействия. Арт-терапия проводится в индивидуальном порядке и эффективна у комбатантов как с расстройствами адаптации, так и ПТСР. Рекомендуется использовать техники живописи и рисунка различными материалами (гуашь, карандаш, масло, акварель, художественный уголь). В зависимости от выбранного самим комбатантом материала продолжительность сеанса составляет от 30 минут до 1,5 часов, количество сеансов за курс терапии от 3 до 10 раз.

Примеры, иллюстрирующие теоретический материал:

Работы комбатанта К. (27 лет, с диагнозом ПТСР, тревожный тип) выполнены художественным углем.

При обследовании после возвращения из СКР выявлены выраженные тревожно-депрессивные симптомы, нарушение коммуникативных процессов, социальная отгороженность, пессимизм (по сюжету – «волк воет на луну», рис. 10 а).

После проведенной медико-психологической реабилитации отмечались: стабильность эмоционального фона, уравновешенность, отсутствие тревоги и депрессии на фоне интравертированности (сюжет – «зимний пейзаж», рис. 10 б).



Рис. 10 а.



Рис. 10 б.

Работы комбатанта К. (27 лет, диагноз ПТСР, дисфорический тип) выполнены художественным углем.

При обследовании после возвращения из СКР были выявлены выраженные эксплозивные и дисфорические симптомы, нарушение коммуникативных процессов, социальная отгороженность, пессимизм (по сюжету – «одинокий всадник», рис. 11а).

После проведенной медико-психологической реабилитации отмечались: улучшение эмоционального фона, редукция основных психопатологических проявлений (сюжет – «гнездо», рис. 11б).

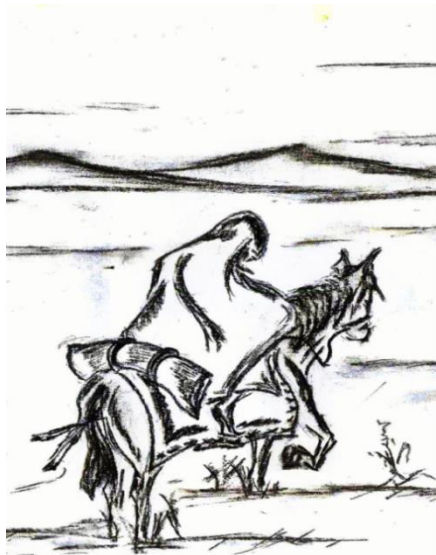


Рис. 11 а.



Рис. 11 б.

При обследовании комбатанта М. после возвращения из СКР прослеживались выраженные вспышки гнева, тревога, страх, стойкие нарушения сна со сновидениями негативного содержания, агрессивно-дисфорическая настроенность, нарушение межличностной коммуникабельности, негативизм, «оборонительная позиция» (по сюжету – «воин», рис. 12 а). После проведенной терапии и медико-психологической реабилитации отмечались: стабильность эмоционального фона, уравновешенность, снижение тревоги и агрессивности (сюжет – «море, штиль», рис. 12 б).



Рис. 12 а.

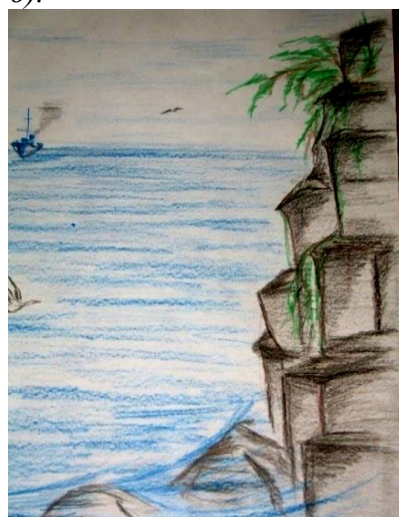


Рис. 12 б.

Семейная психотерапия. Одним из ведущих методов при работе с комбатантами является семейная психотерапия, направленная на восстановление семейных ценностей и межличностных отношений. Важно акцентировать внимание ближайшего окружения пациента на необходимость оказания психологической помощи и семейной поддержки, разъясняя при этом, что возвращение в мирную жизнь может сопровождаться сложностями. Членам семьи следует объяснить, что особенности поведения комбатанта и проблемы, которые возникают после боевого стресса, носят непостоянный характер, и семья может помочь с ними справиться. В ходе семейной психотерапии выделяются 3 этапа.

1. *Психодиагностический.* С учетом особенностей контингента, проводятся беседы с супругами пациентов – «союзниками» психотерапевта. Определяется глубина семейного конфликта. Изучается «биография» семейных отношений. Выявляются особенности межличностных коммуникаций в семье, которые во многом зависят от особенностей работы супруга (длительные командировки, перенос типа служебно-боевого реагирования на службе в семью) и психических нарушений комбатанта. Женам необходимо разъяснить наличие и особенности психопатологических нарушений у мужей, их влияние на поведение в семье.

2. *Осознание особенностей внутрисемейных отношений.* В большинстве случаев выявляется «тиранический» тип поведения комбатантов в семейных отношениях с повышенной требовательностью к супруге, подозрительностью, немотивированной бдительностью и ревностью, что соответствует типу «комбатантного» реагирования. Определяется роль супругов в нарастании эмоционального отчуждения, углублении конфликта. Разъясняются причины данного типа реакции обоим супругам, формируются альтернативные варианты взаимодействия.

3. *Реконструкция семейных отношений.* Наиболее часто применяемой методикой является «конструктивный спор»: обсуждение конкретных конфликтных ситуаций с ролевыми играми (с обучающей целью), что способствует эмоциональному сближению, снижению фиксации на проблеме и дезактуализации ситуации. Для формирования наиболее адаптивного варианта межличностной коммуникации в семье супругам предлагаются «домашние задания», направленные на формирование «нового» семейного стереотипа с последующим обсуждением результата на сеансе психотерапии. В зависимости от глубины конфликта и характера пограничных психических расстройств рекомендуется от 3 до 7 встреч.

К наиболее эффективным методам симптоматической психотерапии относятся различные варианты внушения (наяву и в состоянии гипнотического сна) и самовнушения (*самовнушение по Э. Куэ*). Проведение *гипносуггестивной психотерапии* на стационарном этапе реабилитации рекомендуется при расстройствах адаптации в группах до 10 человек для снятия психоэмоционального напряжения и вегетативных проявлений болезни в виде лечебного гипнотического внушения продолжительностью 40 минут до десяти сеансов. После купирования острой симптоматики на амбулаторном этапе медицинской реабилитации комбатантам с тревожным и соматоформным вариантами ПТСР возможно проведение

гипносуггестивной психотерапии 3 раза в неделю для редукции тревоги и аффективных нарушений.

На этапе реадaptации необходимо наблюдение за пациентами с осмотрами психиатром не реже 1 раза в месяц. После купирования острой симптоматики необходима групповая психотерапия. После проведения реабилитации необходимо оценивать ее эффективность, и на основании полученных данных решать вопрос о возможности дальнейшего продолжения сотрудником органов внутренних дел службы на должностях, связанных с исполнением служебно-боевых задач в особых условиях. При сохранении или нарастании психопатологических нарушений с тенденцией к формированию расстройств личности, комбатанты нуждаются в направлении на военно-врачебную комиссию для решения вопроса годности к дальнейшей службе в занимаемой должности.

Рекомендуемая дифференцированная психотерапия клинических вариантов расстройств адаптации на этапах медицинской реабилитации, клинические варианты ПТСР и оптимальная продолжительность этапов медико-психологической реабилитации в зависимости от результатов психопрофилактического обследования в соответствии с пунктами приказа МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних Российской Федерации» приведены далее в таблицах (см. табл. 8, 9, 10).

Дифференцированная психотерапия клинических вариантов расстройств адаптации на этапах медицинской реабилитации

| Варианты расстройств адаптации | F43.20 | F43.21 | F43.22 | F43.23 | F43.24 | F43.25 |
|--------------------------------|---|---|--|---|---|--|
| <i>Психодиагностический</i> | Экспериментально-психологическое исследование (оценка динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетированием; рационально-разъяснительное клиническое интервью), клинический осмотр с установлением нозологической формы пограничного психического расстройства | | | | | |
| <i>Этапы реабилитации</i> | <i>Стационарный</i> | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч | | индивидуальная рациональная психотерапия до 14 встреч; коллективная гипносуггестивная психотерапия №10 | индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч; арт-терапия; семейная психотерапия | |
| | <i>Амбулаторный</i> | коллективная гипносуггестивная психотерапия №10; арт-терапия; непроизвольное самовнушение по Э. Куэ | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10 | индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч; коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10 | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; арт-терапия | непроизвольное самовнушение по Э. Куэ; индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч; арт-терапия; семейная психотерапия |
| | <i>Санаторно-курортный</i> | | | | | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10 |
| | <i>Динамической диагностики</i> | клинический динамический осмотр с оценкой редукции основных психопатологических симптомов; экспериментально-психологическое исследование в ЦПД с оценкой динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетированием | | | | |
| <i>Реадаптация</i> | клинико-психологическое наблюдение до 3 месяцев, при необходимости продолжение психотерапии, повторное обследование у психиатра и в ЦПЗ через 6 месяцев | | | | | |

Таблица 9

Дифференцированная психотерапия клинических вариантов ПТСР на этапах медицинской реабилитации

| Клинические варианты ПТСР | | тревожный | астенический | эксплозивный | соматоформный | атипичный |
|---------------------------|---------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|-----------|
| Этапы реабилитации | <i>Психодиагностический</i> | экспериментально-психологическое исследование (оценка динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетированием; рационально-разъяснительное клиническое интервью), клинический осмотр с установлением нозологической формы пограничного психического расстройства | | | | |
| | <i>Стационарный</i> | индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч; арт-терапия; семейная психотерапия | | | | |
| | <i>Амбулаторный</i> | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; непроизвольное самовнушение по Э. Куэ, семейная психотерапия | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; семейная психотерапия | арт-терапия; семейная психотерапия | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10, непроизвольное самовнушение по Э. Куэ. семейная психотерапия | |
| | <i>Санаторно-курортный</i> | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10 | | арт-терапия; семейная психотерапия | коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10 | |
| | <i>Динамической диагностики</i> | клинический динамический осмотр с оценкой редукции основных психопатологических симптомов; экспериментально-психологическое исследование в ЦПД с оценкой динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетированием | | | | |
| | <i>Реадаптация</i> | клинико-психологическое наблюдение до 6 месяцев, при необходимости продолжение психотерапии, повторное обследование у психиатра и в ЦПД через 6 месяцев. | | | | |

Таблица 10

Этапы и продолжительность медико-психологической реабилитации в зависимости от результатов комплексного психофизиологического обследования сотрудников органов внутренних дел после участия в служебно-боевых операциях

(графа «Пункт приказа» – в соответствии с приказом МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации»)

| Пункт приказа | Формулировка заключения комплексного психофизиологического обследования | Код фактора риска и его вес | этапы и продолжительность медико-психологической реабилитации |
|---------------|--|--|--|
| 1.2.1. | Выявлены симптомы психической дезадаптации в эмоционально-волевой и когнитивной сферах личности. Нуждается в проведении комплексной, поэтапной медико-психологической реабилитации | Б 10. F 43.20 – 2 Б 10. F 43.21 – 3 (зависит от глубины эмоциональных нарушений) | – Стационарный (не менее 7 суток). – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность 21– 30 суток |

| | | | |
|--------|--|---|---|
| 1.2.2. | В психическом статусе определяются астенические симптомы, отражающие состояние кратковременной реакции дезадаптации. Нуждается в проведении комплексной, поэтапной медико-психологической реабилитации | Б 10. F43.23– 2 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный. – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность 18– 30 суток |
| 1.2.3. | Выявлены признаки дезадаптации в форме когнитивно–поведенческих реакций. Нуждается в проведении комплексной, поэтапной медико-психологической реабилитации | Б 10. F43.24 – 2 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный. – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность 18– 30 суток |
| 1.2.4. | Обнаружено резкое снижение (срыв) адаптационных механизмов вегетативной регуляции системы кровообращения. Клинические признаки патологии. Нуждается в обследовании и лечении у терапевта, проведении комплексной медико-психологической реабилитации | В 7. I10. – 2 В 7. I11.– 2 В 7. I44. – 2 В 7. I45. – 2 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 18 суток |
| 1.2.5. | Выявлены признаки клинических симптомов ПТСР, нуждается в комплексном, поэтапном проведении лично–ориентированной медико-психологической реабилитации, лечении и наблюдении у психотерапевта | Б 10. F43.1 – 3 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный (не менее 7 суток). – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 30 суток |
| 1.2.6. | Выявлены клинические симптомы тревожного типа ПТСР, нуждается в комплексном, поэтапном проведении лично–ориентированной медико-психологической реабилитации, лечении и наблюдении у психотерапевта | Б 10. F43.1 – 3 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный (не менее 7 суток). – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 30 суток |
| 1.2.7. | Выявлены клинические симптомы расстройства адаптации с нарушением поведения, нуждается в комплексном, поэтапном проведении лично–ориентированной медико–психологической реабилитации, лечении и наблюдении у психотерапевта | Б 10. F43.24 – 3 Б 3. Z72.1 – 3 При подтвержденном наркологом диагнозе (склонность к злоупотреблению алкоголем с вредными для здоровья последствиями) – Б 10. F 10.1 – 3 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный (не менее 7 суток). – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 30 суток |

| | | | |
|---------|---|---|---|
| 1.2.8. | Выявлены клинические признаки расстройства адаптации с психосоматическими нарушениями, нуждается в комплексном, поэтапном проведении лично-ориентированной медико-психологической реабилитации, лечении и наблюдении у психотерапевта | Б 10. F43.25 – 2 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный (не менее 7 суток). – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 30 суток |
| 1.2.8 | Клинические признаки психосоматического типа ПТСР, нуждается в комплексном, поэтапном проведении лично-ориентированной медицинской реабилитации, лечении и наблюдении у терапевта и психотерапевта | Б 10. F43.1 – 3 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный (не менее 7 суток). – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 30 суток |
| 1.2.9. | Клинические признаки расстройства адаптации с психосоматическими нарушениями. Нуждается в проведении медико-психологической реабилитации, комплексном обследовании, лечении, наблюдении терапевта, гастроэнтеролога, психотерапевта | Б 10. F43.25 – 2 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный (не менее 7 суток). – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 30 суток |
| 1.2.10. | Клинические признаки РА с психосоматическими нарушениями. Нуждается в комплексном лечении, проведении медико-психологической реабилитации комплексном обследовании, наблюдении у терапевта, невролога и психотерапевта | Б 10. F43.22 – 2 | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный (не менее 7 суток). – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 30 суток |
| 1.2.11. | Клинические признаки обострения хронической соматической патологии. Нуждается в проведении медико-психологической реабилитации, комплексном лечении и наблюдении у терапевта и узких специалистов | Маркер зависит от клинического варианта дезадаптации и нозологической структуры заболевания | <ul style="list-style-type: none"> – Стационарный (не менее 7 суток). – Амбулаторный. – Санаторно-курортный. Оценка эффективности. Общая продолжительность – 18 суток |

3. Опыт проведения психокоррекционных мероприятий и психотерапии психологами и психотерапевтами МВД России

Психокоррекционные мероприятия являются составной частью медико-психологической реабилитации сотрудников, вернувшихся из служебной командировки из зоны с особыми условиями служебной деятельности, с донологическими невротическими реакциями и психосоматическими заболеваниями.

3.1. Групповая психокоррекция

Цель проведения: установление доверительного контакта, информирование о влиянии эмоционального напряжения на состояние здоровья, преодоление стигматизации, формирование позитивного настроения на реабилитационные мероприятия, отреагирование негативных эмоций, восстановление нарушенных коммуникаций, снятие чувства уникальности пережитого опыта.

Программа психологических коррекционных занятий.

Было проведено 5 занятий продолжительностью до 2 часов. В группе было 6 сотрудников органов внутренних дел с пограничной артериальной гипертензией с донологическими невротическими состояниями.

Каждый этап психологической коррекции начинался с рассказа психолога, ведущего тренинг, о теме и целях данного этапа и его значимости в общем процессе психологической коррекции.

1-е занятие.

Проводился опрос участников группы о чувствах, мыслях, ожиданиях в начале тренинга, психолог вел беседу о связи физического и психического самочувствия, влиянии неотреагированных негативных эмоций на здоровье.

Затем участники тренинга обсуждали способы снятия эмоционального напряжения, которые они сами используют.

Ведущий рассказывал о дыхательных техниках и предлагал участникам выполнить дыхательные упражнения, направленные на снижение тонуса мышц, снятие эмоционального напряжения, общее расслабление. Применялись следующие техники глубокого дыхания:

- Дыхание медленное, глубоко через нос, при вдохе и выдохе считать от 1 до 4.
- Последовательно расслабить плечи и верхние мышцы груди, во время дыхания, сознательно при каждом выдохе.
- Упражнение Нади Шодхана: большим пальцем правой руки закрыть правую ноздрю и глубоко вдыхать через левую. На пике вдоха закрыть левую ноздрю безымянным пальцем и выдохнуть.

Релаксационный блок. Использовалось музыкальное сопровождение с ароматизацией помещения эфирными маслами с успокаивающим эффектом (лавандовое, кедровое, апельсиновое, черного тмина). Сотрудники располагались комфортно в креслах, с закрытыми глазами, внимание направлено на дыхание. Следуя указаниям пси-

холога, перемещали внимание по телу, последовательно расслабляя все мышцы. Давалась суггестивная установка на здоровье, бережное отношение к своему телу, настрой на спокойное созерцательное состояние, с применением различных позитивных аффирмаций.

Было предложено *нарисовать пастелью* свое эмоциональное состояние на текущий момент. Участникам было сложно рисовать, т.к. они не знали, с чего начать, как выразить свое состояние через рисунок, испытывали стеснение, неловкость. В процессе проведения беседы, направленной на разъяснение пользы проводимого занятия, усиливался интерес к терапии, проходила неловкость, стеснение, появлялось желание продолжить рисование.

Затем следовало *выполнение упражнения по самопознанию, письменная практика*. Предлагалось в три столбца прописать продолжение фраз: «Я должен ...», «Я хочу ...», «Я могу ...». Во время работы отслеживались свои внутренние ощущения, насколько отличаются состояния «должен», «хочу», «могу», как на них откликается тело. Сравнивались все три столбца, схожесть, различия. Проводился анализ своего состояния, пояснялось, что возможно не все то, что мы «должны», является для нас полезным и встречает внутреннее сопротивление, многие «долженствования» можно переформулировать с учетом своих желаний и потребностей, изменив внутренние установки на более приемлемые для себя.

2-е занятие.

Проводился опрос участников группы о чувствах, мыслях, событиях, которые произошли за период после первого занятия. Давалась возможность получить поддержку группы по поводу своих переживаний. Проводился скрининг текущего эмоционального состояния. Негативные и позитивные эмоциональные реакции на высказывания и действия ведущего и других участников высказывались в формате «Я-сообщений».

Дыхательная практика и релаксационный блок. Продолжали отрабатывать дыхательные упражнения, которым обучались на первом занятии.

Рисование гуашью. Задание: нарисовать место, в котором эмоционально комфортно, легко и спокойно, где можно отдохнуть душой и восстановить свои силы. Рисовали более активно, чем на первом занятии, с желанием. Практически все нарисовали тихое спокойное место на природе у водоема.



Рис. 13. Работы сотрудников ОВД при проведении психокоррекции

3-е занятие.

Проводился опрос участников группы о чувствах, мыслях, событиях, которые произошли за период после предыдущего занятия.

Дыхательная практика и релаксационный блок. Продолжали отрабатывать дыхательные упражнения.

Интуитивное рисование. Учились рисовать мандалу¹, цветные круги. Данная техника помогает сосредоточиться на своем внутреннем мире, немного абстрагироваться от происходящего вовне. На фоне мандалы каждому предлагалось нарисовать свое дерево. Рисунки получились очень яркие, энергетически насыщенные, отражающие внутреннее состояние художника. Сами сотрудники были приятно удивлены результатам своего творчества. Процесс вызвал положительный отклик, вдохновил, спровоцировал на активное групповое обсуждение.

Примеры, иллюстрирующие теоретический материал:

сотрудник М., 44 года (рис. 14), состояние характеризовалось выраженными дисфорическими проявлениями, недовольством, вспыльчивостью, проблемами в общении;

сотрудник Н., 29 лет. (рис. 15) В актуальном состоянии прослеживалась эмоциональная напряженность, склонность обвинять окружающих в своих проблемах, дисфоричность;

сотрудник К. 42 года (рис. 16) Психическое состояние с астеническими симптомами, вялостью, напряжением, тревожностью, беспокойством.



Рис. 14.



Рис. 15.

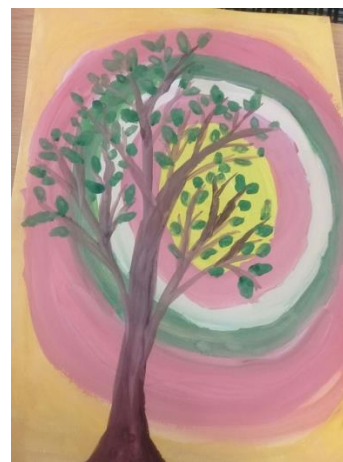


Рис. 16.

Элементы сказкотерапии – работа с картами Т. Зинкевич-Евстигнеевой «Сокровищница жизненных сил». Поиск актуального на данный момент жизненного ресурса.

Получение обратной связи по результатам проведенной психокоррекционной работы. Проводилась беседа, в ходе которой каждый из участников высказывал свое мнение о проведенных занятиях, о характере полученных знаний и эмоций.

4-е занятие.

Проводился опрос участников группы о чувствах, мыслях, событиях, которые произошли за период после предыдущего занятия, велась беседа о связи физического и психического самочувствия, влиянии неотреагированных негативных эмоций на здоровье, обсуждались способы снятия эмоционального напряжения, которые используют члены группы.

¹ **Мандала** — слово, обозначающее название геометрического рисунка. Этот рисунок не прост и представляет собой **геометрическую матрицу**. Если буквально перевести слово «мандала», то оно расшифровывается, как «круг» или «окружность». На самом деле так и есть: мандала — это квадрат, вписанный в окружность и украшенный множеством декоративных фигур и узоров.

Психокоррекционная работа с элементами арт-терапии – техника (Shojfet M.S., 2010) «Нарисуй свою болезнь» [49]. Сначала проводилась медитация на соединение со своим телом: участники группы пытались почувствовать болезненные ощущения от внутренних органов или работали с состоянием (усталости, страха, обиды, гнева и др.), затем прорисовывали то, что беспокоит (физическую или душевную боль и др.), прорабатывали деструктивные чувства, состояния, болезни, освобождались от них в своем внутреннем пространстве.

В работе с рисунком важно ответить на вопросы: «Почему мне выгодно болеть?», «Какую вторичную выгоду я имею, когда болею?». При этом происходит осознание того, что человек на уровне бессознательного нередко сам запускает процесс болезни. Также необходимо принятие себя со всеми своими особенностями, в том числе с негативными; осознать то, что нет необходимости прятаться за болезнью. В конце занятия рисунок, изображающий негативные чувства и заболевания, уничтожали различными способами (рвали, зачеркивали, затем сжигали и т.д.).

5-е занятие.

Опрос участников группы о чувствах, мыслях, событиях, которые произошли за период после предыдущего занятия.

Беседа о связи физического и психического самочувствия, влиянии неотреагированных негативных эмоций на здоровье, обсуждение способов снятия эмоционального напряжения на примерах присутствующих сотрудников.

Интуитивное рисование: включало рисование «мандалы». Данная техника является медитативной, успокаивающей, сонатраивающей со своим внутренним миром. На фоне созданной «мандалы» можно прорисовывать различные образы отражающие проблемы, спонтанно возникающие.

Примеры иллюстрирующие теоретический материал:

работа сотрудника С., 34 года, диагноз: пограничная артериальная гипертензия, астено-невротический синдром. Отмечал наличие эмоциональных проблем из-за ситуации в семье, которая сложилась после командировки (предразводная ситуация из-за измены жены) (рис. 17. «Одинокая кошка»);

работа сотрудника В., 32 года, диагноз: пограничная артериальная гипертензия, невротический синдром. Переживания связывал с тем, что не может видеть ребенка, бывшая жена переехала вместе с дочерью в другой регион (рис. 18. «Печаль о прошлом»).



Рис. 17.



Рис. 18.

Занятие завершилось получением обратной связи о результатах проведенной психокоррекционной работы. В ходе общения каждый из участников высказывал свое мнение о проведенных занятиях, полученных знаниях, о том, что удалось узнать о себе, какие изменения произошли в эмоциональном состоянии и над чем надо работать в дальнейшем.

3.2. Методы биоповеденческой терапии при работе с членами семей лиц опасных профессий

На сегодняшний день терапевтические процедуры с применением биологической обратной связи утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации и рекомендованы для клинического использования. Биоуправление как лечебно-реабилитационная технология прошла апробацию, показав высокую эффективность применения и была включена в инфраструктурную базу научной платформы медицинской науки «Психиатрия и зависимости» [2].

Биоуправление – это комплекс идей, методов и технологий, базирующихся на принципах биологической обратной связи (далее - БОС) и направленных на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций при различных патологических состояниях и в целях личностного роста. Основной задачей биоуправления является обучение навыкам саморегуляции, а обратная связь облегчает процесс обучения физиологическому контролю, делая доступной информацию, в обычных условиях не воспринимаемую. Адаптивная обратная связь принимает участие во всех функциях человеческого организма, начиная от самых элементарных биохимических реакций и заканчивая крайне сложными видами деятельности человека. Это особый вид обучения, обеспечивающий произвольную регуляцию многих физиологических показателей – частоты сердечных сокращений, электрического сопротивления и температуры кожи, степени напряжения мышц, биоэлектрической активности мозга и др. С помощью технологий биоуправления удается достичь понимания пациентом интегративной связи между физиологическими реакциями человека, его мыслями, эмоциями, представлениями. Он учится чувствовать свое тело, обретает способность к тонкой дифференцировке соматических ощущений эмоциональных реакций.

Инструментарий для БОС-тренинга состоит из электродов, кабеля, соединяющего электроды с интерфейсом, усиливающим сигналы, а также компьютера с программным обеспечением, обрабатывающим сигналы и отображающим их на экране монитора в доступном для пациентки виде. Релаксация способствовала изменению ряда психологических характеристик, свидетельствующих о снижении напряжения, выраженном в разной степени. Обучение релаксационному БОС-тренингу проводилось с использованием приемов аутогенной тренировки, элементов визуализации, прогрессивной мышечной релаксации, дыхательных упражнений. Психофизиологические реакции организма на различные стрессоры можно контролировать путем повышения сопротивляемости, применяя метод волевой саморегуляции – БОС, позволяющую с минимальной временной задержкой информировать человека о состоянии его физиологических показателей, за счет чего возникает возможность их сознательной регуляции. БОС-терапия используется, в первую очередь, для повышения адаптивных возможностей, затрагивая как физиологические, так и психологические аспекты. Психологический аспект заключается в выборе стратегии поведения для достижения позитивной цели в условиях стрессового воздействия. Используя биоуправление, мы обучаем пациентов навыкам саморегуляции физиологических функций для нормализации работы систем организма с высокой степенью контроля сознания. Развитие механизмов саморегуляции, достигнутое при помощи БОС-тренинга, расширяет поведенческий репертуар личности, помогает в дальнейшем справляться со стрессовыми воздействиями, используя максимально энергосберегающие стратегии, исключая деструктивное и самодеструктивное поведение. Биоуправление показано во всех случаях, когда эффективны релаксационная терапия и нервно-мышечное

обучение. Лечение с помощью биоуправления, проводимое компетентным и опытным специалистом, позволяет пациентам изменить представления о самих себе, включая положительные физиологические изменения, а специалисту – оценить и документировать улучшение.

Основными методами коррекции психологического состояния членов семей представителей опасных профессий в рамках использования БОС являются миографический тренинг, температурный тренинг и температурно-миографический тренинг. Известен эффект генерализации: если в процессе тренинга удастся добиться стойкого изменения значений по одному из параметров, то по остальным будет наблюдаться аналогичная тенденция. При формировании курса релаксационного тренинга рекомендуется начинать работу с тренинга по температуре или по электромиограмме (ЭМГ). После того, как пациент освоит эти виды тренинга, можно переходить на температурно-миографический тренинг.

Релаксационный тренинг с использованием технологии биоуправления

Релаксация приводит к изменению ряда психофизиологических характеристик, свидетельствующих о снижении напряжения, выраженном в разной степени. Для того чтобы определить степень напряжения, следует проводить мониторинг психофизиологических параметров пациента в спокойном состоянии. Релаксационный тренинг биоуправления проводится через демонстрацию на экране компьютера тех сигналов, которые выходят за рамки индивидуальной нормы состояния систем организма. В ходе релаксационного тренинга пациент обучается изменять эти параметры организма в нужном направлении для того, чтобы снять напряжение, улучшить свое функциональное состояние и закрепить это улучшение.

Существует большое количество параметров, по которым проводится релаксационный тренинг биоуправления. Если в процессе тренинга удастся добиться стойкого изменения значений по одному из параметров, то по остальным - будет наблюдаться аналогичная тенденция, что рассматривается в качестве «эффекта генерализации».

Миографический тренинг

Управление тонусом мышц с использованием ЭМГ широко и эффективно используется для проведения релаксационного тренинга. Это обусловлено рядом причин, прежде всего, тем, что активность двигательной системы в наибольшей степени, по сравнению со всеми остальными системами организма, контролируется волевыми, осознаваемыми процессами. Любое сокращение мышцы сопровождается появлением электрической активности, характер и амплитуда которой определяются размером мышцы (количеством активных двигательных единиц) и степенью напряжения мышцы. С нарастанием силы мышечного сокращения не только увеличивается амплитуда электрических колебаний, но и частота генерации потенциалов действия. Одновременный учет этих двух показателей в интегрированной ЭМГ позволяет с достаточной степенью точности считать ее амплитуду показателем мышечного тонуса.

Стрессовая ситуация или угроза ее возникновения всегда связана с повышением мышечного тонуса, возрастанием электрической активности мышечной ткани, которая может быть отражена с помощью ЭМГ. Мышечная активность изменяется в широких пределах, но человек осознает только мышечное напряжение, связанное с движением, а высокий мышечный тонус, вызванный эмоциональным напряжением,

часто остается ниже порога восприятия. Предоставление пациенту информации об электрической активности мышечных волокон позволяет наглядно увидеть степень его напряженности, и, в то же время, дает ему возможность, снизив мышечную активность, добиться состояния релаксации при одновременном снижении сопутствующих стрессу уровня артериального давления, числа сердечных сокращений, частоты дыхания, электрической активности мышц, что, в целом, способствует улучшению психофизиологического состояния.

Особенно эффективным видом релаксационного тренинга при состояниях эмоционального напряжения является биоуправление по ЭМГ фронтальных лобных мышц, которые в меньшей степени, чем другие мышечные группы, находятся под контролем сознания. Сигнал ЭМГ позволяет пациенту осознать ежеминутные изменения мышечного напряжения, объективизируя попытки расслабления и саморегуляции. ЭМГ-тренинг может быть использован в следующих целях: научить пациентов снимать спазм или напряжение отдельных мышечных групп (жалобы на головные боли напряжения) и обучить релаксации и снятию эмоционального напряжения.

Инструментарий для миографического БОС-тренинга состоит из электродов, кабеля, соединяющего электроды с интерфейсом, который усиливает и посылает сигналы в компьютер, и самого компьютера с программным обеспечением, обрабатывающим сигналы и отображающим их на экране монитора в доступном для пациентов виде.

Наиболее общеупотребительным местом расположения электродов является лоб, где измеряется активность фронтальных мышц. Считается, что определяемая здесь электрическая активность отражает общий уровень напряжения мышц лица, мимической мускулатуры, что, в свою очередь, характеризует эмоциональную напряженность. Другие возможные места расположения электродов – любая группа мышц, где имеется повышенное напряжение.

Температурный тренинг

Наш организм реагирует на стресс централизацией кровообращения, т.е. спазмом периферических сосудов, «перекачиванием» крови в жизненно важные участки тела, повышением артериального давления, ускорением кровотока. Приток крови к конечностям и пищеварительным органам снижается, поэтому признаком стресса является охлаждение рук. Измерение температуры пальцев может предупредить о нарастающем стрессе.

Биоуправление по температуре рук – наиболее распространенный метод релаксационного тренинга, используемый для контроля уровня стресса параллельно с мышечным расслаблением. Вызывая у себя потепление рук, пациент способствует расширению сосудов конечностей, усилению периферического кровообращения, снижению артериального давления (АД); таким образом, предотвращается развитие эмоционального напряжения либо снижается его уровень.

Температурно-миографический тренинг

Обучение релаксационному тренингу по ЭМГ и температуре проводится с использованием приемов аутогенной тренировки, элементов визуализации, прогрессивной мышечной релаксации, дыхательных упражнений.

Пациенту во время тренинга необходимо изменить свое внутреннее психологическое состояние таким образом, чтобы температура кончика пальца ведущей руки начала подниматься, что на экране монитора будет выглядеть как растущая вверх кривая, а напряжение лобных (фронтальных) мышц – снижаться. Психологом предлагаются различные варианты использования образов: погружение в теплую ванну, пляж, приятные воспоминания, связанные с чувством отдыха, покоем, психологическим комфортом. Результатом эффективного тренинга будут выращенные 8 цветов.

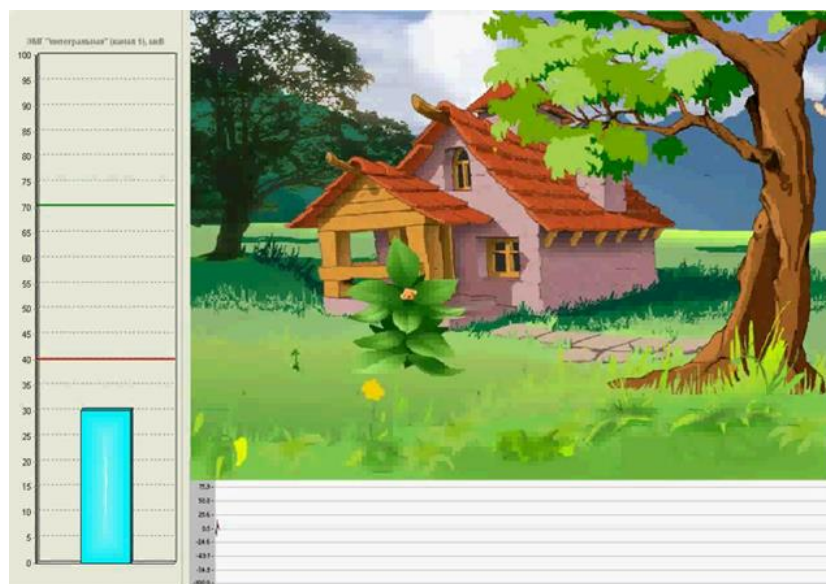


Рис. 19. Экранное представление игры «Цветы»

Технологии компьютерного игрового биоуправления

Один из вариантов технологии биоуправления – компьютерный лечебно-оздоровительный тренинг по частоте сердечных сокращений для профилактики стресса и стресс-зависимых состояний, обучению методам саморегуляции. Этот метод, разрабатываемый в научно-исследовательском институте молекулярной биологии и биофизики СО РАМН с 1997 года, получил название игрового биоуправления.

Игровое биоуправление можно рассматривать как новый способ формирования стресс-нагрузки при проведении психофизиологического тестирования на стрессоустойчивость, позволяющий более точно выявить особенности поведения в стрессовой ситуации за счет оценки состояния механизмов саморегуляции испытуемого. Выполненный в современной мультимедийной среде, он моделирует стрессовую ситуацию соревнования, выиграть в котором человек может, только научившись владеть своими эмоциями, хладнокровно регулировать физиологические функции (в данном случае – длительность кардиоинтервалов). Основная особенность игрового биоуправления – его используют для лечебных, оздоровительных целей, задач медицинской реабилитации и повышения профессионального здоровья, развития навыков саморегуляции.

Компьютерный игровой тренажер состоит из нескольких сюжетов, выполненных средствами мультимедиа. Сюжет игр управляется частотой сердечных сокращений с помощью специального простого датчика «БОС-Пульс», регистрирующего сигнал и передающего его в компьютер. Наличие эмоциональных и поведенческих паттернов оказывают существенное влияние на эффективность саморегуляции, в частности, та-

кие психологические особенности, как толерантность к неопределенности, низкий уровень эмоциональной напряженности, умеренный уровень тревожности, признание своей роли в проблеме, способствуют эффективности саморегуляции. Соревновательный сюжет технологии компьютерного игрового биоуправления является сильным мотивирующим фактором к достижению высоких результатов, заключающихся в получении требуемого сигнала обратной связи и, как следствие, победы в игре. Мотивация получения необходимого (положительного) сигнала биологической обратной связи приводит к запуску своеобразного целенаправленного поведения, начинающегося с выработки программы выбора оптимального способа саморегуляции психофизиологической функции, после чего формируется звено «программа». В соответствии с имеющимися у пациента представлениями осуществляется перебор способов саморегуляции, которые реально выступают как воспроизводимые способы получения сигнала обратной связи, отражаемые в его субъективных отчетах. В качестве «критерия успеха» выступает получение и удержание требуемого сигнала обратной связи. Сохранение в течение продолжительного периода времени необходимого сигнала обратной связи (требуемая динамика регулируемой функции) свидетельствует о нахождении испытуемым оптимального способа саморегуляции. Если же пациент не получает сигнал обратной связи об исходе игры с требуемыми характеристиками, то вырабатывается сигнал рассогласования между полученным и ожидаемым результатом. Такое рассогласование находит свое выражение в оценке результата. При этом положительная оценка результата приводит к закреплению выбранного способа управления физиологической функцией, отрицательная – к продолжению перебора способов саморегуляции в рамках выбранной программы, отсутствие результативности поиска – к изменению программы выбора оптимального способа саморегуляции и запуску звена «коррекция процесса саморегуляции».

Игра «ВИРА!»

Соревнование по подводному погружению, в котором скорость играющего обратно пропорциональна пульсу, является психофизиологической моделью стрессовой ситуации, выполненной в виде игры.

Играющий управляет одним из соревнующихся. Его задача – обогнать соперника, скорость которого – это скорость игрока, достигнутая в предыдущей попытке. Чтобы обогнать соперника и победить в игре, испытуемому нужно продемонстрировать навыки саморегуляции, умение управлять физиологическими функциями в стрессовой ситуации.



Рис. 20. Экранное представление игры «Ви́ра»

Игра «Ралли»

Шоссейные гонки с препятствиями. Чем медленнее пульс играющего, тем быстрее движется автомобиль. Испытуемый должен внимательно следить за дорогой, чтобы как можно быстрее реагировать на камни, внезапно появляющиеся на его пути. Поскольку в этой игре две целевые установки, носящих противоположный характер, необходимо контролировать сердечный ритм одновременно с поддержанием высокого уровня концентрации внимания, ее используют для диагностики оптимальной организации ресурсов организма в условиях длительно действующего стресса. С помощью игры «Ралли» можно проводить анализ динамики показателей внимания в условиях действия фактора монотонии, умения одновременного управления несколькими процессами, по своей природе противоположно направленными, такими как увеличение длительности кардиоинтервалов и уменьшение времени реакции на внезапно возникающие стимулы.



Рис.21. Экранное представление игры «Ралли»

Игра «Гребной канал»

Программа имитирует телевизионную трансляцию соревнований по гребле. Тренирующийся считается участником гонок на байдарках. Он управляет скоростью своей лодки с помощью «Детектора пульса». Регистрируемая величина кардиоинтервала преобразуется в скорость лодки тренирующегося. Чем длиннее кардиоинтервал (реже пульс), тем быстрее участник проходит дистанцию. Скорость соперника задается компьютером по специально разработанному алгоритму. Соревнования проводятся по олимпийской системе и начинаются с 1/32 финала. Цель игры – завоевать олимпийскую медаль.

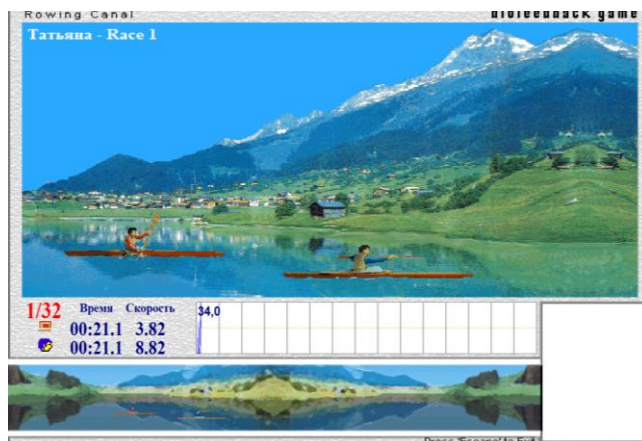


Рис.22. Экранное представление игры «Гребной канал»

Игра «Магические кубики»

В игре волшебник строит башни из кубиков. Чтобы башня стала как можно выше, пациент должен прогрессивно замедлять свой сердечный ритм. Кубики ложатся друг на друга тем точнее, чем глубже пациент сумеет расслабиться и замедлить свое сердцебиение. Если это не удастся, то кубики рассыпаются, и нужно будет снова и снова начинать с нуля. Попытка на этом закончится, и можно начать строить новую башню. Если удастся построить башню из 16 кубиков, то пациента поздравят с победой.

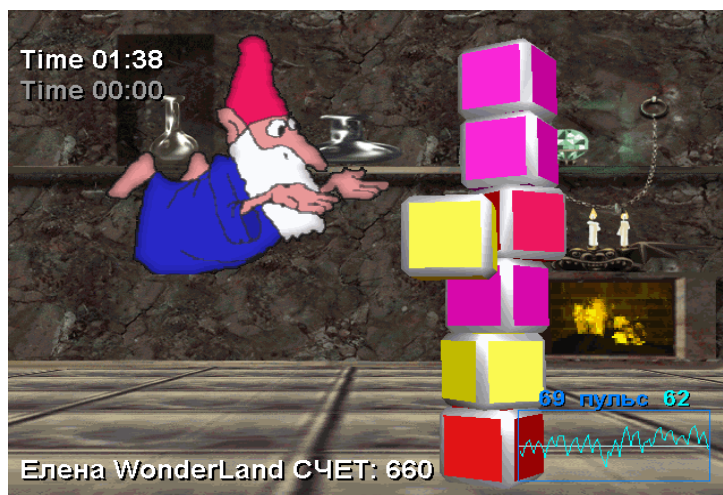


Рис.23. Экранное представление игры «Магические кубики».

3.3. Психологические методики, сочетающиеся с лечебно-реабилитационным биоуправлением

Метод биоуправления по температуре и ЭМГ лишь условно может быть отнесен к психорелаксационным техникам. Пациент во время БОС-процедуры входит в состояние релаксации, что должно сопровождаться переключением тонуса симпатической нервной системы на парасимпатическую (снижение мышечного тонуса, расширение периферических сосудов, снижение АД и частоты сердечных сокращений и т.д.). Несмотря на это, он поддерживает высокий уровень контроля сознания, отслеживая соматические ощущения, наблюдая за кривой на экране монитора и любыми способами, стараясь изменить ее в нужном направлении. Парадоксальное сочетание мышечного расслабления и высокой степени контроля сознания, концентрации внимания, активной работы воображения, значительных волевых усилий принципиально отличают этот метод от других релаксационных психотерапевтических процедур, таких как аутогенная тренировка, прогрессивная мышечная релаксация, медитация.

Прогрессивная мышечная релаксация (с элементами прогрессивной релаксации и аутогенной тренировки)

Прогрессивная релаксация позволяет идентифицировать отдельные мускулы и мышечные группы, особенно напряженные, и различать состояния расслабления и напряжения. Прогрессивную релаксацию проводят лежа или сидя в кресле, при этом внимание концентрируется то на одной, то на другой группе мышц. Некоторым пациентам не сразу удается достичь существенных успехов в глубокой миорелаксации, для этого требуется иногда достаточно длительный период. Сначала даже после

30-минутной процедуры пациент может ощущать только частичную релаксацию, однако со временем он сможет полностью расслабиться за несколько секунд.

Рекомендуются следующие упражнения:

- На несколько секунд плотно сжать руку в кулак. Сконцентрировать внимание на напряжении. Наблюдать, что происходит с кривой на мониторе.
- Постепенно ослабить напряжение. Почувствовать расслабление, поднимающееся по руке и медленно распространяющееся по всему телу.
- Закрывать глаза и пассивно отдыхать. Сосредоточиться на дыхании, пока кривая миограммы не установится стабильно на низком уровне.
- Повторить процесс напряжения и расслабления в мышцах торса, по 5-10 секунд на каждую мышцу. Напрячь мышцы рук, живота, ягодиц, бедер, икр, стоп, поднять плечи. В последнюю очередь плотно зажмурить глаза и свести брови. Не забывая расслабить каждую группу мышц (на 15 секунд), прежде чем напрячь следующую.
- На всем протяжении упражнения продолжать ровно и глубоко дышать.

Вербальные формулы самовнушения

Ускорить обучение можно с помощью словесных формул самовнушения или стандартных упражнений аутотренинга. Эти упражнения заключаются в проговаривании определенных фраз во время релаксации соответствующих мышечных групп для усиления концентрации внимания и подключения образного мышления, усиливающего эффекты саморегуляции.

Тема ощущения тяжести в конечностях:

- *Я ощущаю приятную тяжесть в правой руке. Представьте и почувствуйте, что правая рука все больше и больше тяжелеет.*
- *Я ощущаю тяжесть в левой руке...*
- *Обе руки тяжелые...*

Тема ощущения тепла в конечностях:

- *Я чувствую приятное тепло в правой руке. Представьте, что погружаете руку в очень теплую, почти горячую воду.*
- *Я чувствую приятное тепло в обеих руках, ногах.*

Тема регуляции ритма и частоты сердцебиения:

- *Мое сердце бьется ровно и ритмично.*
- *Мой пульс замедляется, сердце отдыхает.*

Тема регуляции дыхания:

- *Мое дыхание замедляется.*
- *Мое дыхание ровное, спокойное, дышу ритмично, ровно.*

Тема ощущения тепла в солнечном сплетении:

- *Мое солнечное сплетение излучает тепло.*
- *Приятное ощущение тепла проникает во все внутренние органы.*

Тема общего самовнушения:

- *Я владею своими мыслями.*
- *Я управляю своими эмоциями.*
- *Я владею собой.*

Применение формул самовнушения во время занятий прогрессивной миорелаксацией с помощью приборов биоуправления способствует улучшению ЭМГ и температурных показателей.

Дыхательная релаксация (с элементами трансцендентальной медитации)

Рекомендуются следующие упражнения:

- *Спокойно сядьте и расслабьтесь с закрытыми глазами, сосредоточьтесь на своем дыхании. Каждый раз, когда Вы вдыхаете, позвольте животу расширяться, и пусть это расширение медленно перекачивается вверх на грудную клетку.*
- *Вдохните медленно и полностью, каждый раз мысленно произнося слово "покой". Растяните слово таким образом, чтобы оно превратилось в ПОООКО-ООЙ; также поступайте во время выдоха.*
- *Если возникают мысли или внимание блуждает, просто сосредоточьтесь на дыхании, когда заметите, что это произошло.*
- *Это упражнение поможет Вам избавиться от мысленных образов, которые расстраивают Вас или вызывают напряжение.*

Упражнение продолжается в течение 15– 20 минут. По окончании медитации не вставайте, посидите спокойно, переживая свои мысли и ощущения. Постарайтесь запомнить состояние глубокого покоя и расслабления, которое возникает во время медитации. Обратите внимание на показания ЭМГ и температуру рук до и после упражнения.

Визуализационная релаксация

Рекомендуются следующие упражнения:

- *Закройте глаза. Сосредоточьтесь на дыхании. Дышите глубоко, ровно и медленно в течение нескольких минут.*
- *Теперь вообразите место, где Вы расслаблены и Вам хорошо: на пляже, в сауне или на солнце.*
- *Когда сцена зафиксирована в Вашем воображении, подумайте о своих теплых руках и ногах, почувствуйте это ощущение и пассивно наблюдайте его.*
- *Когда Вы начнете расслабляться, Ваши руки и ноги станут теплее, кривая на мониторе поднимется вверх. Также пассивно наблюдайте за этим.*

Если пациенту удастся изменять температуру, ему следует обратить внимание на внутренние ощущения, которыми сопровождается подъем температуры. Таким образом, он может научиться достигать более прямого контроля над изменениями температуры рук и ног без какой-либо помощи в виде компьютерной обратной связи.

Визуализация

Представьте и попробуйте пережить в деталях приятную ситуацию. Понаблюдайте ее действие на миографическую и температурную кривую. Затем представьте неприятную, стрессовую ситуацию. Если это вызвало подъем миографической кривой и снижение температурной, сосредоточьтесь на том, чтобы вновь изменить их в желаемом направлении, вернувшись мысленно к приятной сцене.

Этот метод противодействия напряжению расслаблением следует использовать для «систематической десенситизации» навязчивых страхов и других стрессовых ситуаций.

Представьте ситуацию, вызывающую тревогу, и попытайтесь предотвратить повышение кривой миограммы и снижение температурной кривой путем противостояния тревоге с помощью релаксации. Когда Вы научитесь оставаться в состоянии релаксации, воображая стрессующие ситуации, Вы сможете достичь большего контроля над реакциями Вашего организма на стресс.

Прогрессивная мышечная релаксация Джекобсона (реализация в программе «БОСЛАБ»)

Для обучения дифференцированной релаксации ЭМГ электроды следует прикрепить к крупным мышцам или к тем мышцам, которые хронически напряжены. Пациент напрягает по очереди группы мышц, стараясь превысить порог, после этого максимально расслабить мышцы.

При правильном выполнении мышцы после периода напряжения становятся более расслабленными, чем были вначале.

Инструкция: *напрягите мышцы, ЗАПОМНИТЕ ОЩУЩЕНИЕ, расслабьте мышцы, ЗАПОМИНАЯ это ОЩУЩЕНИЕ и "ПРОДЛЕВАЯ" его дальше в сторону расслабления.*

Критерием эффективности тренинга является снижение ЭМГ менее исходного уровня, что говорит о способности пациента снизить мышечный тонус и прогрессивно расслабить мышцу.

Гетерогенное словесное внушение при проведении БОС-тренинга

*Итак, закройте глаза и позвольте пассивно расслабиться. Сфокусируйтесь на Вашем дыхании. Вдох... выдох... вдох... выдох... вдох... выдох... Вдохните – расслабление... Выдохните – напряжение... Вдохните... Выдохните... Во время команд темп снижается, длительность вдоха и выдоха с каждым разом растет.....**40 сек.***

*А теперь подумайте о мышцах вокруг глаз и рта. Позвольте им совершенно расслабиться, чувствуя тяжесть расслабленных мышц. Позвольте нижней челюсти опуститься вниз, чувствуя полное спокойствие. Продолжайте дышать ровно. Мышцы Вашей шеи расслабляются. Ваши плечи расслабляются, а Ваше дыхание глубокое и ровное.....**60 сек.***

*Теперь дайте этому ощущению расслабленности опуститься от плеч в руки. Ваши руки начинают тяжелеть... Они очень тяжелы. Ваши кисти рук расслабляются, по мере того как Вы продолжаете дышать глубоко и ровно. Чувство тяжести распространяется на Ваши лицевые мышцы, Вашу шею, Ваши плечи, Ваши руки... Вы расслабляетесь все глубже и глубже.....**60 сек.***

*А теперь Ваша грудь, Ваш живот, Ваша спина медленно расслабляются. Вы чувствуете расслабление и комфорт, продолжаете дышать глубоко и ровно. Чувство расслабления и тяжести. Чувствуете, как Вы становитесь более и более расслабленным, свободным от забот... Полный комфорт.....**60 сек.***

А теперь Вы чувствуете, как расслабляются мышцы живота, и это ощущение расслабления стекает вниз, вниз на мышцы Ваших бедер. Вы рас-

слабляется и чувствуете себя спокойным и тяжелым. Вы чувствуете умиротворение, спокойствие, полный комфорт и расслабление..... 60 сек.

А теперь пусть расслабление стекает вниз в Ваши ноги, Ваши лодыжки, Ваши ступни, в каждый из Ваших пальцев на ногах, делая их тяжелыми, очень-очень тяжелыми. Вы очень расслаблены и спокойны. Продолжайте дышать глубоко и ровно. И одновременно начинайте снова с расслабления Вашего лба, Ваших глаз, Вашего рта, Ваших щек, Ваших губ, разрешая им полностью расслабиться. Дайте им стать тяжелыми, очень тяжелыми и разрешите этому чувству расслабления стечь вниз на Вашу шею, в Ваши плечи, в Ваши руки и кисти. Чувство тяжести и расслабления.... Теперь позвольте этому чувству расслабления стечь в Вашу грудь и Вашу спину. Вообразите – все Ваше тело расслаблено отдыхает.....60 сек

А теперь дайте расслаблению стечь в Ваши бока, Ваши бедра, Ваши ноги и Ваши ступни, что дает Вам чувство совершенного расслабления. Вы расслаблены. Все Ваше тело расслаблено. Когда я на некоторое время замолчу, насладитесь этим расслаблением, спокойствием.

3.4. Техники активизации психологических ресурсов

Ресурсное состояние – это такое психическое и физическое состояние, в котором человек чувствует себя обладающим ресурсами для достижения результата. Задачи воздействия на уровне активации ресурсов: восстановление адекватности физиологического ответа организма на внешние воздействия, снижение нервно-психического напряжения, гипервозбудимости. Постоянное нахождение в напряжении приводит к психоэмоциональному истощению, из-за чего наблюдается снижение психических функций и физической работоспособности. Опыт переживания состояний выраженного утомления, невозможности преодоления чего-либо, негативно влияет на представления человека о собственных возможностях, способностях и ресурсах. В процессе МПР членам семей лиц опасных профессий необходимо помочь не только восстановить физические и психические силы, но и скорректировать их представления о собственных возможностях и способностях, в том числе в преодолении постстрессовых проявлений. В процессе работы формируется ресурс для жизнедеятельности, самостоятельного совладания с травматическим материалом (переживаниями, воспоминаниями). Субъективно у человека прибавляются силы переносить то, что раньше казалось невозможным перенести, уменьшается возбудимость, нормализуется сон, улучшаются когнитивные функции. За счет активации ресурса, восстановления представлений о своих возможностях и способностях, повышения самооценки, снижается конфликтность, улучшается качество коммуникаций. Воздействия, направленные на активацию ресурса, способствуют снижению возбудимости. Члены семей лиц опасных профессий тренируются дифференцировать свои телесные ощущения, при этом у них восстанавливается способность к адекватному телесному реагированию на актуальную ситуацию, появляется ощущение повышения самоконтроля. Для расширения адаптационных возможностей пациентов, улучшения взаимоотношений следует применять техники работы с ресурсными состояниями.

Гетеротренинг

Применение гетерогенной тренировки с элементами саморегуляции и гетеросуггестии позволят увеличить роль обучаемых пациентов с повышением их внутренней активности. Учитывая, что во время психотерапевтического сеанса пациенты, в отличие от гипноза и сна, находятся в ясном сознании, все слышат, могут двигаться, одновременно испытывая при этом глубокое чувство покоя, расслабленности и психологического комфорта, внушение осуществляется на фоне музыкального сопровождения ровным, спокойным, уверенным голосом специалиста. От развернутых блоков формул по мере приобретения пациентами опыта перехода в релаксационное состояние, психолог переходит к основным, опорным формулам, усиливает эмоциональную выразительность музыкального сопровождения, осуществляет речевую стимуляцию воображения. Сеансы, как правило, носят групповой характер. Однако в отдельных случаях могут проводиться индивидуально.

Конечная цель указанной методики заключается в том, что по завершению курса восстановительного лечения у членов семей лиц опасных профессий к минимуму сводятся чувство тревоги, внутреннего раздражения, эмоциональная лабильность, неадекватные эмоциональные и поведенческие реакции в семье. Кроме этого, нивелируются инсомнические нарушения, существенно укорачивается период засыпания, сон становится глубоким и непрерывным. Групповая суггестивная психотерапия (гетерогенная тренировка) проводится в группе, состоящей из 6-10 человек в оборудованном для групповой психотерапии кабинете. Время проведения гетеротренинга 30-40 минут.

Примерные тексты инструкции для проведения сеанса гетеротренинга.

Полностью расслабьте все тело.

Полностью расслабьте все мышцы своего тела.

Полное расслабление и спокойствие.

Расслабьте мышцы лица, шеи.

Расслабьте мышцы плеч, рук и ног.

Полное расслабление и спокойствие во всем Вашем теле.

Появляется приятное ощущение теплоты.

Вы чувствуете, как солнечная теплота разливается сверху вниз по всему Вашему телу.

Вы чувствуете, как потоки солнечной теплоты струятся по Вашим рукам, ногам, по всему Вашему телу.

Вы погружаетесь в особое состояние полного расслабления, теплоты, доброты.

Полное расслабление и спокойствие.

Все клетки Вашего тела, все органы Вашего тела, все Ваше тело наполняется солнечной теплотой, энергией и спокойствием.

Вы ощущаете, как все клетки Вашего тела, все органы Вашего тела, все Ваше тело наполняются солнечной теплотой, энергией и спокойствием.

Вы ощущаете прилив сил, энергии и уверенности.

Ваша душа наполняется солнечным светом, радостью и свободой.

Вы ощущаете удивительное чувство свободы, радости и гармонии.

Вы погружаетесь в особое состояние – состояние теплоты, доброты, гармонии и свободы.

Вы постоянно продолжаете наполняться солнечной теплотой, энергией и спокойствием.

Ваша душа наполняется, заряжается радостью, свободой и гармонией.

Незаметно для себя Вы стали другим человеком.

Вы стали спокойным, свободным и гармоничным человеком.

Вы хорошо отдохнули, Вы получили заряд энергии, радости и свободы.

На душе стало легко и свободно.

Голова светлая и ясная.

Вы постепенно выходите из этого особого состояния лечебного отдыха, сохраняя силу, энергию и спокойствие.

Сядьте, пожалуйста, поудобнее, пусть ничто Вас не стесняет...закройте глаза.

Почувствуйте опору под собой, каждую точку соприкосновения с опорой.

Почувствуйте спинку кресла, на которую можно облокотиться.

Поставьте поудобнее ноги. Почувствуйте ногами пол.

Руки расположите поудобнее (почувствуйте подлокотники).

Шею, голову расположите так, чтобы Вам было удобно и приятно представлять образы, постарайтесь расслабиться.

Расслабиться, снять накопившееся напряжение.

Так, как будто Вам хотелось бы немножечко вздремнуть.

Начните расслабляться с мышц плеч.

Постарайтесь почувствовать, как плечи становятся тяжелые, теплые и расслабленные. Плечи тяжелые и теплые. Тяжелые и теплые.

Представьте, как приятное тепло распространяется из плеч по всему телу.

Почувствуйте, как тепло опускается из плеч в руки.

Расслабляется верхняя часть рук. Расслабляются локти.

Ваши запястья расслабляются.

Расслабляются кисти рук – ладони становятся тяжелые и теплые.

Ладони тяжелые и теплые. Тяжелые и теплые.

Расслабляется каждый палец на руках. Руки расслаблены, провисли, вплоть до самых кончиков пальцев.

А теперь обратите внимание на то, как вы дышите – попытайтесь вдохнуть весь воздух, который Вас окружает. Сделайте очень глубокий вдох. Задержите воздух... и расслабьтесь. Теперь выдохните весь воздух из легких. Перейдите к нормальному дыханию. Почувствуйте, как Вы расслаблены.

Постарайтесь почувствовать приятное тепло в груди, тепло в области солнечного сплетения, тепло в области груди, тепло в области солнечного сплетения, тепло в животе.

Представьте, как тепло из живота опускается в ноги.

Почувствуйте, как расслабляется верхняя часть ног, расслабляются колени, расслабляются голени.

Стопы становятся тяжелые и теплые. Стопы тяжелые и теплые, тяжелые и теплые.

Почувствуйте пятки. Пальцы ног. Все ноги расслаблены.

Теперь обратите внимание на спину. Почувствуйте, как расслабляется поясница, почувствуйте позвоночник. Почувствуйте лопатки.

Почувствуйте, как расслабляется середина спины между лопатками.

Расслабляется шея, затылок. Вся голова расслаблена.

Расслаблено темя, виски. Расслабляется лоб, лицо.

Почувствуйте свои щеки, почувствуйте скулы, подбородок. Нижняя челюсть становится тяжелой. Губы расслаблены, язык теплый, расслабляются нос и глаза.

Веки тяжелеют, ресницы слипаются. Глаза расслаблены.

Попробуйте представить себе самый красивый морской пейзаж, который Вы когда-либо видели. На море штиль, солнце медленно и плавно опускается за горизонт, легкая волна накатывается на берег, оставляя мокрый след на песке: вдох – волна плавно накатывается на песок, выдох – волна также плавно уходит. Становится темно. Ваше сознание – спокойная морская поверхность. Ночь, покой, пустота, на небе появляется полная луна, ее холодный блеск отражается на поверхности воды. Вы спокойны. В прошлом с Вами произошло много приятных событий, Вы давно о них не вспоминали одни были значительные, другие – не очень. Но все они радовали, приносили счастье. Вспомнить сейчас свой радостный день, верните к жизни ушедшие часы и минуты, когда Вы были счастливы, любимы, необходимы кому-то, довольны, веселы... С каждым вздохом почувствуйте, как расслабляется Ваше тело и сознание... уплывают шум, звуки, лица, проблемы... все дальше и дальше... На небе яркие звезды. Выберите себе самую яркую, она притягивает Вас, а теперь... проглотите ее... Она взрывается в Вас, наполняя весь организм энергией. Энергия проникает во все клетки Вашего организма, наполняя его жаждой что-то сделать, изменить, поправить.

Теперь я хочу, чтобы Вы ощутили себя и окружающий Вас мир, я буду считать от 1-10, на каждый счет Вы будете чувствовать, что сознание становится все более и более ясным, а тело более свежим и энергичным, когда я досчитаю до десяти, откройте глаза, и Вы почувствуете себя лучше чем когда либо. Придет ощущение бодрости, свежести, прилива сил и желания действовать.

Раз... два... вы начинаете пробуждаться.

Три...четыре...пять...появляется ощущение бодрости.

Шесть...семь...напрягите кисти и ступни.

Восемь...потянитесь.

Десять... теперь откройте глаза. Вы пробудились и готовы действовать. Ваше сознание ясно, ваше тело отдохнуло.

Устройтесь поудобнее, займите положение, которое кажется Вам наиболее комфортным. Закройте глаза... Все тело начинает постепенно расслабляться. Вы чувствуете, как исчезает напряжение в мышцах. С каждым произносимым словом каждый мускул тела все больше наполняется ощущением покоя и приятной вялости. Ваше дыхание ровное, спокойное.

Воздух свободно заполняет легкие и легко покидает их. Сердце бьется четко, ритмично. Обратите свой внутренний взор пальцам ваших рук. Кончики пальцев рук как будто касаются поверхности теплой воды. Вы чувствуете пульсацию в кончи-

ках пальцев. Возникает ощущение, что руки постепенно погружаются в теплую воду. Эта волшебная вода омывает ваши кисти, расслабляет их и поднимается вверх по рукам... До локтей... Еще выше... Вот уже все ваши руки погружаются в приятную теплоту, расслабляются... по венам и артериям ваших рук бежит свежая обновленная кровь, даруя им отдых и питая новыми силами... Дыхание ровное, спокойное. Сердце бьется четко, ритмично...

Обратите свое внимание к ногам. Ступни расслабляются. Они чувствуют приятное тепло, напоминающее тепло от огня, горящего в камине. Ощущение такое, как будто ваши ноги стоят на каминной решетке. Доброе, ласковое тепло поднимается по ногам вверх, даруя живительное расслабление и отдых мышцам... Напряжение исчезает... И вот уже мышцы ног расслабляются – от кончиков пальцев до бедра. Дыхание ровное, спокойное. Сердце бьется четко, ритмично...

Есть еще один источник тепла в вашем теле. Он в районе солнечного сплетения. словно маленькое солнышко пропитывает своими лучами Ваши внутренние органы и дарит им здоровье, помогает лучше работать... Расправляются, расслабляются мышцы живота и груди ... По всему телу распространяется приятное расслабляющее тепло, которое создает ощущение покоя и отдыха... Исчезает напряжение в плечах, шейном отделе, в нижней части затылка... Вы чувствуете, как скопившееся здесь напряжение растворяется, исчезает и уходит... Ваша спина ощущает добрую силу земли... Эта сила позволяет Вам расслабиться и вливает в Ваше расслабленное тело новую, свежую энергию... Дыхание ровное, спокойное. Сердце бьется четко, ритмично...

Теперь Ваш внутренний взор обращается к лицу, расслабляются мышцы лица... Уходит напряжение из скул... Из челюстей... Губы становятся мягкими и податливыми. Разглаживаются морщинки на лбу... веки перестают подрагивать... Они просто сомкнуты и неподвижны... Все мышцы лица расслаблены... Легкий приятный ветерок омывает Ваше лицо... Воздух несет вам свою целебную энергию... Дыхание ровное, спокойное. Сердце бьется четко, ритмично...

Все ваше тело наслаждается полным покоем... Напряжение спадает, растворяется... УХОДИТ. Усталость улечивается... Вас наполняет сладостное ощущение отдыха, расслабленности, покоя... Покоя, наполняющего Вас новыми силами, свежей и чистой энергией... Вы расслаблены и свободны. Вы можете оказаться там, где Вам хочется быть. Там, где Вам хорошо. Для кого-то, может быть, это его собственный дом, для кого-то – это уголок двора, где он любил прятаться в детстве. А для кого-то – просто полянка в летнем лесу, где можно валяться в траве и увидеть над собой ослепительную голубизну... Побудьте немного в этом месте. Напитайтесь позитивной энергией этого дорогого для Вас места... Сейчас я начну считать от семи до одного. С каждой следующей цифрой Вы станете все больше выходить из состояния расслабленности – вплоть до того момента, когда я назову цифру «один» и Вы встанете отдохнувшими, бодрыми, полными новых сил и энергии. Итак, **семь...** Вы чувствуете, как к Вам возвращается ощущение собственного тела... **Шесть...** Ваши мышцы наполняются силой и энергией... Вы пока неподвижны, но пройдет несколько мгновений, и Вы сможете легко встать и начать двигаться. **Пять...** Сохраняется состояние спокойствия, но оно начинает наполняться ощущением силы и возможностью чувствовать... Расслабленность заменяется собранностью... **Четыре...** Вы чувствуете, что окончательно пришли в себя и уже готовы к проявлению активности. Бодрость и энергия все больше наполняют Вас. **Три...** Пошевелите ступнями. Вы полностью чувствуете свои ноги и способны легко

напрячь мышцы. Пошевелите пальцами рук. Медленно сожмите пальцы в кулак. Два... Не открывая глаз, поворочайте головой. Вы бодры, наполнены силой и энергией. Вы хорошо отдохнули. Вы спокойны и уверены в себе. **Один.** Открыли глаза. Встали. Не делайте это слишком быстро.

Ресурсные техники

Психотехника «Поплавок».

Жизнь не так проста, как кажется, и временами преподносит неожиданные сюрпризы. «Жизнь — это бурное море, где очень редко бывает штиль» — эти слова принадлежат великому Льву Толстому. «Выйти сухим из воды» удастся не всегда. Ни один страховой полис не избавит Вас от решения трудных задач. В конце концов, ведь каждому испытания посылаются по силам.

Представьте себе бурное море, шторм, ураган, смывающие все на своем пути мощные валы волн. Внезапно Ваш взор выхватывает поплавок, уходящий под воду и снова вынырывающий на гребень волны. Представьте, что Вы и есть этот поплавок, а бурное море — Ваша жизнь. На Вас накатываются волны житейских невзгод, но Вы — непотопляемы. Вы снова и снова всплываете на поверхность. Ваша уверенность и Ваша удача наполняют этот поплавок и выталкивают его на поверхность. Наконец, море, не одолевшее Вас, успокаивается, из-за туч выглядывает солнце, и Вы-поплавок — наполняетесь солнечными лучами удачи. Вы пережили очередной шторм в своей жизни и вышли победителем. Представьте себе последующие возможные ураганы Вашей жизни, и из них Вы тоже выйдете победителем, непотопляемым поплавком.

Техника «Циркуляции энергии».

Для того чтобы адекватно реагировать на самые экстремальные события, необходимо использовать все ресурсы психики. В одних ситуациях требуется проявить свойства металла — стойкость, прочность, надежность. В других — легкость (свойство воздуха), в третьих — подвижность (свойство воды), в четвертых — быстроту, гибкость, хлесткость, в пятых — напор, энергию, страсть и так далее.

Закройте глаза и вспомните самый чистый, легкий **ВОЗДУХ**, каким Вы дышали когда-либо. Медленный плавный вдох — и легкий, чистый воздух наполняет кисти рук, плечи, выдох — и он выходит через руки. Вдох — воздух заполняет ступни, голени, бедра, живот, грудь; выдох — и он плавно выходит через ноги. Вдох — воздух заполняет все Ваше тело. Свойства воздуха теперь свойства Вашего тела: легкость, прозрачность, невесомость. Вы и есть этот чистый, прозрачный, легкий воздух.

Представьте себе ласковую голубую **ВОДУ**. Вы лежите в голубом бассейне. Вдох — и вода заполняет ваши руки, плечи. Выдох — и она выходит через руки. Вдох — и вода заполняет наши ноги, выдох — выходит через ноги. Вдох — и вода заполняет вашу голову, выдох — выходит. Вдох — и все Ваше тело полностью наполняется чистой голубой водой. Вы растворяетесь в ней. Свойства воды теперь свойства Вашего тела и вашей психики: текучесть, подвижность, всепроницаемость.

А теперь представьте бушующий **ОГОНЬ**. Вы дышите всей поверхностью тела, и с каждым вдохом огонь заполняет ваши руки, ноги, грудь, живот, голову. Вы заполнены бушующим пламенем, и свойства огня — отныне Ваши свойства.

*Представьте себе легкий серебристый **МЕТАЛЛ**. Медленный плавный вдох — и Ваши руки и ноги заполняются металлом. Почувствуйте, как свойства металла становятся Вашими свойствами: прочность, надежность, стойкость.*

*А теперь представьте тяжелую, рыхлую и надежную **ЗЕМЛЮ**. Вы лежите на земле и дышите всей поверхностью тела. С каждый вдохом Вы втягиваете в себя землю и, наконец, растворяетесь в ней. И свойства земли теперь Ваши свойства: стабильность, надежность, уверенность.*

*И, наконец, представьте себе мощное, красивое **ДЕРЕВО**. Вдох — Ваши руки и плечи становятся ветвями этого дерева. Выдох — и Вы обретаете все свойства этого дерева: гибкость, грациозность, прочность.*

Быстрое и эффективное восстановление эмоционального равновесия.

1. Стоя, с закрытыми глазами. Представим над головой источник исцеляющего золотистого света, маленькое солнышко. Ощущаем приятное тепло кожей головы. На вдохе мысленно опускаем поток света вниз. Постараться — на это потребуется несколько вдохов — довести поток до ступней. Чувствуем в них легкое тепло.

2. Непрерывно отслеживая поток, последовательно наполняем золотистой энергией икры, бедра, таз, живот и грудь. Чувствуем, как тепло струится по рукам. Если поток «не поднимается», попробуйте представить контур своего тела и медленно, снизу-вверх «закрасить» его золотистым цветом.

3. Представим себя стоящим в конусе искрящегося света, почувствуем его очищающее, нежное прикосновение к коже.

«Техника волка».

Используется для того, чтобы вызвать у человека мощное состояние готовности выжить в любых условиях и уничтожить даже нескольких противников одновременно.

«Загрызть всех, чтобы никто не загрыз тебя» — так можно сформулировать ее суть. В экстремальной ситуации это часто бывает единственно правильным решением, единственным выходом, чтобы сохранить жизнь. А такие ситуации стали уже распространенными. Выжить и победить дает возможность использование «Техники волка».

Закройте глаза и представьте, что Вы плавно погружаетесь в сон в своей постели. Вы проваливаетесь в глубины своего «Я», опускаясь до опыта своей генетической памяти. Сумерки... Вы растворяетесь в темноте. Вы и есть эта темнота. Но вот далеко-далеко впереди забрезжил свет. Он становится все ярче и ярче, Вы попадаете в зону света в бескрайней степи. Вы — ВОЛК. Вы чувствуете свои сильные лапы, острые клыки, гибкое тело. Вы крупный и мощный хищник. Вы несетесь по степи, и для Вас она — родной дом. Но вдруг Вы замечаете за собой погоню: Вас преследуют три матерых волка. Сама смерть несется за Вами по пятам. Вам не уйти от погони, и Вы внезапно поворачиваетесь к ним с твердым намерением их уничтожить. Вы чувствуете сильнейший прилив энергии. Вы набрасываетесь на первого волка и разрываете ему горло. Наскакиваете на второго и перегрызаете ему лапы. Но самый мощный третий волк впивается клыками Вам в бок. Вас захлестывают острая боль и злорадия, которые мгновенно переходят в ярость, и Вы загрызаете последнего противника насмерть. На степь уже опустилась ночь, и полная луна заливают леденящим светом округу. И вдруг Вы, глядя на луну, начинаете выть древним воем мощного хищника, который вам самому жуток и непонятен. Вой пере-

ходит в дрожь. Но эта дрожь постепенно заполняет Ваше тело и душу уверенностью и силой. Вы оказались сильнее трех могучих волков! Тьма сгущается. Вы ложитесь на землю и засыпаете. И просыпаетесь здесь и сейчас: сильным, ловким, уверенным в себе человеком.

Техника «Энергетическое дерево».

Образ «энергетического дерева» позволяет в символической форме сконструировать модель оптимального комфортного уровня физиологического функционирования организма, повышая положительное восприятие человеком самого себя. Данное упражнение, в свою очередь, снимает остроту бессознательного внутриличностного конфликта между тем, каким человек хотел бы быть, и тем, как выглядит и чувствует себя на самом деле. Положительная клиническая динамика состояния пациента наблюдается сразу же после проведения упражнения, даже если субъективно пациент этого не отмечает.

- *Представьте себе какое-либо дерево.*
- *Какое оно?*
- *Представьте себя этим деревом, почувствуйте свой ствол, ветви. Почувствуйте свои листья. Почувствуйте, как солнечные лучи касаются Ваших листьев. Почувствуйте, как энергия солнца преобразуется в Вас в энергию жизни.*
- *Какие у Вас корни? На какую глубину они опускаются? На какое расстояние вишьрь они расходятся? Почувствуйте корнями землю. Какой температуры земля? Почувствуйте самые кончики своих корешков, как они продолжают расти, раздвигая кусочки грунта. Почувствуйте, как Вы впитываете корнями влагу. В земле много микроэлементов и различных питательных веществ, которые необходимы Вам для роста, развития, восстановления сил, решения задач и построения планов. Почувствуйте, как Вы впитываете своими корнями влагу, минеральные элементы, питательные вещества, энергию земли.*
- *Вы можете взять из земли столько энергии, сколько Вам нужно, сколько необходимо для роста, развития, накопления сил, для восстановления истраченных ресурсов и достижения цели.*
- *Почувствуйте, как Вы втягиваете в себя энергию земли, соки поднимаются по Вашему стволу и питают ветки. Каждый листочек, каждая клеточка наполняется соком, энергией для роста и развития, для восстановления всех ресурсов.*
- *Вы можете взять из земли столько, сколько нужно. Когда Вы полностью наполнитесь и будет достаточно, то скажите об этом.*
- *Представьте, как энергию земли поднимается по Вашим корням вверх, устремляется в ствол, в ветви и листья. Почувствуйте, как энергия земли соединяется в Вас с энергией солнца, неба и воздуха. Почувствуйте то место, где в Вас соединяются энергия земли с энергией солнца, неба и воздуха.*
- *Запомните все, что Вам представляется, запомните свои чувства, свое настроение и попрощайтесь с образом.*
- *Когда будете готовы, то сильнее потянитесь и медленно открывайте глаза...*

После представления образа, в последующей беседе необходимо спросить пациента о том, как он себя чувствовал, какие наиболее сильные переживания испытывал, как изменилось его физическое или соматическое состояние после упражнения. Попросить нарисовать рисунок.

3.5. Опыт проведения психокоррекционной работы психолога УРЛС ОМВД г. Смоленску Ю.А. Чупиной

В настоящее время для диагностики личностных особенностей и стилей общения все большее значение в организации психологической подготовки приобретает использование проективных кейсов. **Кейс** – представляет собой систему игровых упражнений, позволяющих наглядно рассмотреть групповые процессы и явления, происходящие в конкретном коллективе подразделения, а также выявить низкоэффективные модели общения отдельных сотрудников. Данный кейс предполагает овладение группой системой соответствующих психологических приемов саморефлексии и объективизации своих действий в осуществлении делового и личного общения.

Проективность кейс-метода обуславливается использованием в нем функционального и сюжетного стимульного материала: выполняя упражнения, сотрудник выдает ответ в виде комплекса проекций своей личности. По содержанию данных проекций психолог– тренер делает вывод о наличии или отсутствии выраженных черт характера, а по их форме – об особенностях протекания психических процессов психики обследуемых сотрудников. Другими словами, проективный кейс позволяет увидеть проекцию личности.

Для проведения проективного кейса используются следующие основные методы профессионально-психологического тренинга:

- коммуникативные упражнения;
- упражнения на развитие навыка работы в группе;
- психотехнические игры;
- саморефлексия участников на основе метода обратной связи.

В процессе службы сотрудникам приходится общаться друг с другом. При этом они обмениваются информацией, осуществляют неизбежное воздействие один на другого, проводят обучение, передачу опыта. Служебное общение представляет собой необходимый, существенный аспект всякой профессиональной деятельности. Именно в процессе служебного общения проявляется сущность человека как специалиста, достигается взаимопонимание, слаженность при выполнении работы, растет способность прогнозировать поведение друг друга в тех или иных обстоятельствах или, наоборот, возникают конфликты и моральные противоречия, разлад в работе, проявляется неспособность предугадать поведение партнера по реализации служебных задач. По средством коммуникативных упражнений диагностируются нарушения коммуникативного компонента личности. Саморефлексия своей коммуникационной дисфункции позволяет сотруднику оказать сознательное влияние на её развитие и укрепление. Упражнения по развитию навыка работы в группе осуществляют задачу диагностики распределения ролей в коллективе, дают возможность оценить внутрислужебную иерархию и снизить влияние конфликтных ситуаций.

Проведение методики осуществляется в отдельном помещении, в кругу. Продолжительность процедуры не должна превышать двух часов. Перерывы исключаются или сводятся до минимума. На начальном этапе психолог отмечает, что данное мероприятие носит плановый характер, а активность и включенность каждого участника будет отражена в отчетной документации. Проектный кейс проводится в условиях мнимого дефицита времени. Задачей психолога также становится поддержание и удержание высокой динамики процесса, за исключением стадий обсуждения и саморефлексии.

Личность психолога, как основной инструмент и фактор эффективности реализации тренинговой работы с сотрудниками органов внутренних дел.

Основной массив данных психолог подразделения получает в процессе непосредственного общения с коллективом. Снижение диагностической полезности неформального общения связано с неоднозначностью роли психолога в структуре ОВД. С одной стороны, он является рядовым сотрудником, с другой – включен в процедуры, напрямую связанные с мотивационным содержанием своих коллег (отбор, перемещение, повышение на руководящую должность). Психолог действует с опорой и во взаимосвязи с начальствующим аппаратом и «карающими» органами. В связи с чем отношение сотрудников к нему строится на опасениях за результаты психологического заключения, а поведение в рамках индивидуальной и тренинговой работы носит формальный характер. Это порождает низкоэффективные стратегии взаимодействия, снижающие диагностические возможности психолога при оценке социально-психологического климата в коллективе. Нивелирование данного эффекта сопряжено с решением вопроса определения места психолога в системе взаимодействия внутри подразделения, как коллектива в целом. Кто ОН? Каким должно быть ЕГО поведение, чтобы сотруднику, вопреки установке давать социально ожидаемые ответы, захотелось «раскрыться в переживаниях»?

В редких случаях сотрудник ОВД готов открыться **роли** психолога, но в частых – его **личности**.

Личность – основной инструмент работы специалиста. Тренинговая, игровая формы терапии, проективная беседа и обсуждение – виды психологической работы, позволяющие максимально задействовать личность специалиста – как основной инструмент взаимодействия. Сила личности психолога зависит от комплекса факторов: его деловой компетенции, профессионального опыта, уровня эмпатии, внутренней содержательности, авторитета в коллективе. Помимо частных приемов работы с сотрудником (безусловное позитивное принятие, личный пример, конгруэнтность своему опыту) психологу подразделения следует использовать и внешние приемы:

1. Положительное подкрепление репутации психолога со стороны начальствующего звена (озвучивание профессиональных успехов психолога на комплексных собраниях отдела, демонстративное обращение к психологу при решении кадровых и иных вопросов, задействование при организации и проведении плановых и неформальных мероприятий).

2. Формирование отдельных направлений психологической работы (повышение энергетического тонуса, развитие личных и деловых компетенций, «Кружок стажеров»).

3. Организация и проведение спортивных и развлекательных мероприятий внутри подразделения и между отделами (дружеские встречи).

4. Медийность. Ведение аккаунта в социальных сетях, пропагандирующего активную жизненную позицию, здоровый образ жизни, спорт, увлеченность своей профессией. Поощрение неформального общения (дружбы) между сотрудниками.

Данное отступление возможно благодаря неоспоримому факту влияния личного примера человека на свое окружение. Независимо от приверженности научной школы, в рамках которой психолог консультирует сотрудников, он обязан производить впечатление, а в идеале являться, деятельным, успешным и открытым человеком. Только в таком ключе становится возможным нивелирование эффекта формализма и избегания взаимодействия с ним личного состава. Диагностика групповых

явлений, в данном случае, строится на включенности и личностной притягательности психолога как личности.

Профиль проективного кейса

Цели:

1. Изучение навыков межличностного взаимодействия сотрудников подразделения.
2. Исследование групповой динамики. Выявление нарушения компонентов общения. Выделение социальных ролей. Повышение эффективности взаимодействия рабочей группы.
3. Снижение эмоциональной напряженности внутри коллектива. Осознание коллективом особенностей общения друг с другом.

Структура:

Проективный кейс представляет собой комплекс игровых упражнений, сочетание которых подбирается тренером индивидуально под актуальное состояние группы и диагностическую цель.

1 упражнение «Элиас».

Цель: диагностика нарушения компонентов общения.

1. *Вступительная часть.* Формирование группы. Оглашение правил игры и системы оценивания.

Инструкция: «Сегодня мы с вами на час отвлечёмся от наших важных дел и попробуем превратиться в обычных людей. Я попрошу каждого из вас взять из стакана одну бумажку. На ней вы увидите номер «1» или «2». Я попрошу игроков с номером «1» занять левую половину стола, а с номером «2» – правую. Мы сыграем в легкую игру, не требующую особых навыков и умений. Очки в игре зарабатываются правильными ответами и вписываются в турнирную таблицу. Игра состоит из трёх уровней. На первом этапе один представитель команды должен объяснить появившееся на дисплее понятие своим игрокам, не используя однокоренных слов. Например, «животное, которое говорит мяу» – если кто-нибудь из команды отвечает «кошка» – то команда зарабатывает один балл. Уровень длится ровно 60 секунд. За это время вы можете объяснить столько слов, сколько успеете, однако помните, что пропускать слова нельзя, и команда должна назвать слово в той форме, числе, падеже в котором оно высвечивается на экране. За использование однокоренного слова начисляется штрафное очко. Команды играют попеременно друг с другом, пока каждый не внесет свой вклад в общий результат. Готовы? Тогда начинаем!».

Второй тур аналогичен первому, только вместо объяснения игроки должны показывать слова жестами, не произнося звуков, а в третьем – рисовать, не используя букв и цифр. Коэффициент пересчета баллов второго и третьего тура равен двум и трем соответственно. При грубо сниженном групповом взаимодействии, на усмотрение тренера, следует пропустить 2 тур.

2. *Проведение кейса.* Игровая ситуация стимулирует команду актуализировать внутренние процессы, вступать во взаимодействие друг с другом, повышая при этом общий энергетический и мотивационный потенциалы. Задача тренера – директивно отслеживать факты нарушения правил, поощрять командную работу.

3. *Обсуждение кейса.* Поднимаемые вопросы: с кем играть было удобнее, веселее, приятнее. Почему? Что было самым сложным в игре? Что раздражало, мешало

зарабатывать баллы? У кого лучше получалось. С чем это связано? За счет чего команде победителей удалось выиграть?

4. *Заключение.* Подготавливая психологическое заключение, психолог-тренер дает оценку трем компонентам процесса общения по каждому игроку (динамическому, операциональному, мотивационному). Выявленные маркеры нарушений вносятся в соответствующие графы общей таблицы.

Нарушение динамического компонента общения выражается в сниженной работоспособности в процесс игры, инертности, вялости, замедленной, тихой речи, низкой переключаемости, неспособности объяснить слово иным путем, заикливости на выбранном способе описания, агрессии при неправильной интерпретации слов и действий объясняющего.

Нарушение операционального компонента связано с нарушением восприятия смысла предъявленного слова, искажением передачи информации, сниженной способностью к подбору обобщающего понятия.

Мотивационный компонент общения оценивается по принципу старания участника быть включенным в работу группы, приносить пользу команде. Вялость, нигилизм, ирония, отказ от участия в одном из этапов или игре в целом – признаки снижения мотивационного потенциала личности.

2 упражнение «Детектив».

Цель: диагностика распределения социальных ролей. Оценка лидерских тенденций членов группы.

Инструкция: «Сейчас я вам раздам по несколько полосок бумаги. Это части одного детектива. Вы должны разгадать его (найти убийцу), пользуясь следующими правилами: полоски бумаги с текстом нельзя показывать друг другу и складывать вместе. Детектив считается разгаданным, если определен убийца и объяснено, из чего это следует. Время ограничено. У вас есть три попытки дать правильный ответ. Ответ принимается в случае, если за него проголосовало большинство. Начинайте!»

Упражнение запускает процесс распределения ролей в группе и актуализации лидерских тенденций ее участников (табл. 11). В результате чего игра становится симуляцией взаимодействия в деловой и личной сферах.

Таблица 11

Виды социальных ролей в малой группе

| Роль | Характерные черты личности | Поведение в игре |
|----------------|---|--|
| Лидер | Способен, уверен в себе, с развитым самообладанием, ориентирован на результат | Управляет групповой динамикой, берет на себя ответственность за озвучивание ответа. Принимает решение о готовности группы дать ответ. Следит за временем |
| Реализатор | Динамичен, очень неспокоен, склонен опережать других, общителен | Принимает ведущую идею и реализует ее, сортирует данные, записывает детали, ведет протокол, выполняет команды лидера |
| Генератор идей | Индивидуалистичен, с серьезным складом ума. Развит интеллект и воображение. Имеет обширные знания | Предлагает идеи по сортировке информации. Дает параллельные оценки и пути решения. Переключает внимание группы в момент застоя |

| | | |
|--------------|--|---|
| Критик | Осмотрителен, рассудителен, практичен, недостаточно эмоционально отзывчив | Анализирует состоятельность предложенного командой подхода, дает оценку выбранному направлению, вступает в полемику |
| Организатор | Консервативен, с развитым чувством долга и предсказуемым поведением. Дисциплинирован. Работоспособен | Следит за временем и выполнением инструкций тренера |
| Снабженец | Склонен к энтузиазму, любознателен и коммуникабелен. Легко вступает в контакт с людьми, энергичен, но неустойчив, может быстро истощаться | Заряжает группу энергией, поддерживает командный дух, использует уместный юмор |
| Гармонизатор | Мягко, чувствителен, ориентирован на общение с людьми, эмоционально отзывчив, создает атмосферу дружной работы | Смягчает конфликты, встает на сторону слабого или же занимает промежуточную позицию, избегает грубых оценок, ориентирован на поддержание взаимоотношений в группе, а не на результат игры |
| Контролёр | Совестлив, старателен, педантичен, стремится доводить дело до конца, ориентирован на высокое качество выполнения упражнения. Склонен всего опасаться | Тревожится по пустякам, ограничивает свободу действия других игроков, перепроверяет данные, оттягивает время |

В процессе игры между участниками возможно, как возникновение ситуативных конфликтов, так и актуализация старых латентных. Полезной информацией в данном случае будут выступать факты взятия на себя третьим лицом роли переговорщика, гармонизатора. Такие люди являются буфером коллектива. Несмотря на то, что игра не поможет разрешить латентные конфликты, она способна значительно снизить их энергию. Конфликтные ситуации регистрируются в протоколе исследования и обсуждаются в завершающей стадии тренинга.

Обсуждение. Тренер просит дать игрокам оценку самому себе (На что я опирался? Что делал для группы? Как убеждал? Почему соглашался/спорил/конфликтовал?) и своим коллегам (С кем было комфортно? Кто и чем поддерживал/помогал/мешал?) В примечании к заключению тренер отмечает лидера группы, распределение ролей, моральный дух команды, отвечает на основной вопрос упражнения: сдалась ли группа перед сложной задачей или наоборот это вдохновило ее на победу?

3 упражнение «Леопольд».

Цель: диагностика уровня доверия, навыков убеждения и нахождения подхода к людям.

Описание: игрокам по кругу раздаются карточки с ролями. Участник, получивший роль «мыши», занимает центр круга. Все остальные становятся «котами». Каждый «кот» имеет бумажку со своим именем, одного из них зовут Леопольдом, а всех остальных – прочими кошачьими именами (Василием, Муркой, Пушком и т.п.). Тренер напоминает группе сюжет мультфильма про кота Леопольда. В этом мульт-

фильме дружелюбный и безобидный кот пытался подружиться с мышами. В данном упражнении котам тоже нужно будет убедить мышь, в том, что они безобидны и с ними можно дружить. На убеждение мыши каждому коту дается не более двух минут. Мышь оценивает выступления и говорит, кому из котов она поверила. Правильный ответ приносит мыши и Леопольду один балл, за неправильный ответ победное очко начисляется коту, которого выбрала мышь.

Тренер оценивает игроков по их способности оказывать влияние на незначимого другого: аргументированность, интонацию, вид подстройки к партнеру (сверху или снизу). В процессе игры роль мыши переходит поочередно по кругу. Следовательно, каждый игрок круг за кругом реализует роль убеждающего. Благодаря этому тренер может отследить доминирующий вид инструмента подстройки каждого игрока к собеседнику. Подстройка снизу характеризуется тем, что человек изначально берет на себя роль безобидного и полезного партнера по общению. Подстройку сверху, как правило, демонстрируют более уверенные в своём авторитете члены группы.

В обсуждении группа осмысливает цель упражнения. Поднимается вопрос важности реализации стратегии общения, формирования доверия к себе. Как должен вести себя человек, который хочет склонить собеседника на свою сторону? Какие аргументы использовать? На что опираться в диалоге (на мотивацию оппонента и свою объективную и субъективную значимость для него)? Результаты диагностики тренер заносит в соответствующие графы общей таблицы.

Несмотря на то, что игровая терапия не является панацеей, она должна занять устойчивую позицию в комплексе методик по изучению навыков общения и работы группы. В руках опытного психолога-тренера комплекс любых кейсовых упражнений может стать источником полезной информации для профилактики конфликтов в данной группе и повышения эффективности её работы как подразделения.

**Психокоррекционные мероприятия
в рамках проведения медико-психологической реабилитации сотрудникам,
вернувшимся из служебной командировки
с особыми условиями служебной деятельности.**

Проводилось 3 групповых занятия с сотрудниками ОВД с донозологическими невротическими реакциями на базе центра реабилитации Нижне-Ивкино. В группе – 6 человек.

Цель: формирование позитивного мышления, обучение способам эмоциональной разрядки.

Задачи:

1. Снижение уровня эмоционального напряжения сотрудников.
2. Повышение уровня сплоченности группы.
3. Определение сильных сторон личности.
4. Формирование навыков позитивного мышления.
5. Формирование навыков аутогенной тренировки расслабления.

Помещение, оборудование и материалы:

1. Средство для воспроизведения аудиофайлов.
2. Ручки, фломастеры.
3. Фотоаппарат.
4. Листы формата А4.
5. Пластилин.
6. Булавки.
7. Бэйджи.

Задачи первого занятия: установление контакта, преодоление сопротивления среды, формулирование запроса, работа на групповую сплоченность.

Проблемы, обозначившиеся на первом занятии (по степени значимости для эффективности тренинга) и способы их преодоления:

1. Формальное отношение участников как форма сопротивления

Для преодоления необходимо: включение игровых заданий

Примеры:

Упражнение «Песня». Ведущий выбирает песню, слова которой знают все участники тренинга. Каждый участник по очереди говорит следующее слово в песне в след за предыдущим участником по часовой или против часовой стрелки. В случае сбоя или ошибки в слове одного из участников, игра начинается сначала.

Упражнение «Веревка» (3 мин.). Ведущий предлагает представить себе веревку, которая проходит через уши. Взяв «веревку» за кончики, медленно двигаем руками на уровне ушей, имитируя движение «веревки» из стороны в сторону. При этом мысленно представляем себе, что с каждым движением из головы исчезают неприятные мысли, тревоги, проблемы.

2. Трудности в распознавании собственных эмоций.

способ преодоления: использование техник опосредованного выражения негативных эмоций, обратная связь от ведущего, небольшая теоретическая часть об эмоциях – «адаптивные и дезадаптивные свойства как положительных, так и отрицательных эмоций».

Фабула направления тренинга: работа на эмоциональном уровне здесь и сейчас, отслеживание непосредственных эмоциональных реакций и их переработка.

1-е занятие:

- знакомство;
- определение правил работы группы;
- упражнения на сплоченность;
- упражнение: «настроение» (невербальное выражение своего текущего состояния) – длительностью 60 минут.

2-е занятие:

- развитие эмоциональной грамотности;
- обучение способам эмоциональной разрядки;
- упражнения: «настроение» (понимание текущего эмоционального состояния соседа); «ощущение времени»; «биржа личностных качеств»; «дотянуться до звезд».

1-е занятие.

Структура:

1. Вводная часть.

Определение правил группы:

- доверительное общение;
- общение по принципу «здесь и сейчас»;
- говорим только о присутствующих здесь людях;
- конфиденциальность;
- определение сильных сторон личности;

- недопустимость непосредственных оценок человека;
- правило «стоп».

Ожидания и опасения: «Собираясь на сегодняшний тренинг вы, может быть, задавались вопросом: «Что за мероприятие будет?», «Как всё будет проходить?», «Поможет ли мне это?»»

«У вас у всех есть свои ожидания, возможно, и опасения. Будет логично, если мы сейчас проговорим эти ОЖИДАНИЯ и ОПАСЕНИЯ. Постарайтесь коротко сформулировать ваши личные ожидания и опасения, а мы запишем их, чтобы потом озвучить, что сможем сделать сегодня, к чему нужно быть особенно внимательными».

2. Основная часть.

Знакомство.

Каждый участник представляется, рассказывает что-то о себе, что он считает важным. Затем по кругу, называет имя соседа справа и прилагательное, характеризующее его и начинающееся на первую букву его имени. Описывает настроение цветом (животным, фруктом и пр.).

Упражнение на сплоченность.

«Сейчас у нас будет возможность продолжить знакомство. Сделаем это так: стоящий в центре круга (для начала им буду я) предлагает поменяться местами (пересесть) всем тем, кто обладает каким-то общим признаком. Этот признак он называет. Например, я скажу: «Пересядьте все те, у кого есть сестры» – и все, у кого есть сестры, должны поменяться местами. При этом тот, кто стоит в центре круга, должен постараться успеть занять одно из мест, а тот, кто останется в центре круга без места, продолжит игру».

Упражнение на повышение работоспособности.

«Сейчас мы будем с вами считать, просто считать 1, 2, 3 и т.д. Кто-то из нас начнет счет, а рядом сидящий (по часовой стрелке) продолжит и так далее. Постарайтесь считать, как можно быстрее. Условие: в процессе счета вам нужно будет назвать число в которое входит цифра (6), то в этот момент вы не называете число, а совершаете хлопок. Если кто-то ошибется, то он выбывает из игры, но при этом остается сидеть в кругу».

Упражнение «Настроение».

Помогает справиться со стрессами и негативными переживаниями. Для выполнения необходимы карандаши или фломастеры, при помощи которых необходимо изложить свое состояние на бумаге, выбирая соответствующие цвета и изображения. После рисунка можно выразить эмоции словами, написав их на обратной стороне листа. Окончив выражать свое настроение, «шедевр» следует порвать, избавившись от негативных эмоций.

Упражнение «Пишущая машинка».

Цель: мобилизуется внимание, улучшается настроение, повышается активность.

«Давайте представим себе, что все мы – большая пишущая машинка. Каждый из нас – буквы на клавиатуре (немного позже мы распределим буквы, каждому достанется по две-три буквы алфавита). Наша машинка может печатать разные слова и делает это так: я говорю слово, например, «смех», и тогда тот, кому достаётся буква «с», хлопает в ладоши, потом мы все хлопаем в ладоши, затем хлопает в ладоши тот, у кого буква «м», и снова общий хлопок и т. д. Пробел между словами – всем нужно встать».

Тренер распределяет по кругу буквы по алфавиту.

«Если наша печатная машина сделает ошибку, то мы будем печатать с самого начала».

Упражнение на расслабление «Дотянуться до звезд».

Встаньте прямо, ноги на ширине плеч. Во время вдоха вытяните руки вверх и потянитесь так, как будто вы пытаетесь дотянуться до звезд. На выдохе отпустите и встряхните руки, примите исходное положение. Повторить 5 раз. Для большего эффекта от упражнения старайтесь дышать очень глубоко и растопыривайте пальцы рук в тот момент, когда вы тянитесь кверху.

3. Заключительная часть.

Обратная связь. Что было полезного? Какие чувства после окончания тренинга? Ожидания от следующей сессии.

2-е занятие.

Структура:

1. Вводная часть.

Повторение правил работы группы, определение текущего эмоционального состояния самими участниками (мысли, чувства, ожидания)

2. Основная часть.

Теоретическая часть об эмоциях: коммуникативная функция, невербальные сигналы.

Упражнение «Дерево чувств» (возможно стоит использовать текущее эмоциональное состояние на тренинге).

Материалы: наборы цветного пластилина, влажные салфетки, цветная бумага, листы А4, карандаши, фломастеры, краски.

«Вспомните какое-нибудь событие или ситуацию в вашей жизни, которые до сих пор вызывают в вас сильные негативные эмоции и чувства. Представьте эту «Картинку» и постарайтесь понять, какие именно чувства вы переживаете.

Возьмите пластилин или другие изобразительные средства (краски, карандаши, фломастеры и т.д.) и начните изображать дерево. Сделайте ствол – это вы сами. Потом ветви – это различные события в вашей жизни. Их, конечно, много. Потом обозначьте ту ветвь, которая вызвала у вас сильные негативные эмоции.

Начните делать плоды – это ваши эмоции в данной ситуации. Для каждого отдельного чувства и эмоции определите свой цвет и свою форму. Изобразите все сочетание чувств, которое вы испытываете. Поместите эти эмоции на ту ветвь, которую вы обозначили особо.

Внизу ствола изобразите корни, которые через вас питают именно ту ветвь, с которой вы работаете. Корни – это причины событий, которые вызвали ваши эмоции (их обозначьте одним цветом), и это – причины ваших чувств, ведь чувства возникают не только из-за событий, но и из-за вашего к ним отношения. Значит, корни другого цвета – это ваши мысли про эти события.

Сформулируйте их для каждой изобразите корень. Если при этом ваши чувства как-то изменятся, поместите новый плод на соответствующую ветку.

Теперь вспомните какое-то хорошее событие. И поступите с ним так же, как и с неприятным. Изобразите разноцветные плоды и корни».

Обсуждение: «Поделитесь своими переживаниями во время выполнения упражнения. Скажите, что полезного было именно для вас в этом упражнении».

Заметка для ведущего: Для достижения конкретной цели данного упражнения пластилин можно заменить цветной бумагой, ножницами и клеем. Но пластилин

намного эффективнее, так как он позволяет мять, сжимать, ломать, переделывать плоды, можно даже смять все ветки и все начать сначала. Эта моторика важна для проработки эмоций, что можно сделать косвенной задачей упражнения.

Упражнение «Ощущение времени».

«Закройте глаза, и после моей команды «начали» постарайтесь уловить момент, когда пройдет минута. Можете считать про себя. Как только, с вашей точки зрения, пройдет минута, поднимите руку и откройте глаза (нарушение адекватности восприятия длительности события приводит к искажению актуальной ситуации, порой ухудшает условия, повышают напряжение)».

3. Заключительная часть.

Обратная связь. Что было полезного? Какие чувства после окончания занятия?

3-е занятие.

Структура:

1. Вводная часть.
2. Теоретическая часть.

Симптомы стрессового состояния:

- истощение, усталость;
- психосоматические осложнения;
- бессонница;
- негативные установки по отношению к своей работе, коллегам;
- пренебрежение исполнением своих обязанностей;
- увеличение приема психостимуляторов (табак, кофе, алкоголь, лекарства);
- уменьшение аппетита или переедание;
- негативная самооценка;
- усиление агрессивности (раздражительности, гневливости, напряженности);
- усиление пассивности (цинизм, пессимизм, ощущение безнадежности, апатия);
- чувство вины.

Прокрастинация – еще одна беда сотрудника. Иногда нет ничего страшного в том, чтобы отложить дело на потом. Но если вы поступаете так со многими важными делами, день за днем откладывая их, или подменяете необходимые занятия необременительными бытовыми хлопотами или развлечениями, то вы — прокрастинируете.

Прокрастинация (от англ. procrastination — задержка, откладывание) — склонность к постоянному откладыванию даже важных и срочных дел, приводящая к жизненным проблемам и болезненным психологическим эффектам.

Прокрастинация отличается от лени тем, что в случае лени человек не хочет ничего делать и не беспокоится по этому поводу, а в состоянии прокрастинации он осознаёт важность и срочность работы, но не делает её, находя те или иные самооправдания.

Приемы самомотивации.

Это ненавязчивое программирование самого себя на успех и достижение целей. Необязательно ждать, пока что-то изменится или выпадет удобный случай. Надо работать над собой уже здесь и сейчас! При этом такой процесс не требует особых усилий. Он проходит естественно и даже незаметно.

3. Основная часть.

Упражнение «Простые утверждения».

Цель: повышение веры в свои силы, концентрация на своих сильных сторонах.

Повторение коротких, простых утверждений позволяет справиться с эмоциональным напряжением, снимает беспокойство. Еще такие утверждения называются «аффирмациями».

Примеры:

- Сейчас я чувствую себя лучше.
- Я могу полностью расслабиться, а потом быстро собраться.
- Я могу управлять своими внутренними ощущениями.
- Я справляюсь с напряжением в любой момент, когда пожелаю.
- Жизнь слишком коротка, чтобы тратить ее на беспокойство.
- Что бы ни случилось, я постараюсь сделать все, от меня зависящее, чтобы избежать стресса.
- Внутренне я ощущаю, что все в порядке.

Придумайте свои собственные утверждения! Их можно повторять всегда, когда оказываетесь в дискомфортной ситуации. Важные правила составления утверждений: они звучат в настоящем времени; отсутствуют частица «не», предлог «без».

Упражнение «Биржа личностных качеств» - для определения сильных сторон личности; укрепление самооценки и самопонимание.

«Давайте сыграем в волшебный магазин. Точнее, это будет биржа. Каждый может выставить на продажу свой товар, а взамен заказать себе что-нибудь другое. Например, я говорю: «Меняю 500 граммов выдержки на 100 граммов пронизательности». Если у кого-то из присутствующих есть желание отдать 100 граммов своей пронизательности и получить за это 500 граммов моей выдержки, это значит, что сделка состоялась.

4. Заключительная часть.

Обратная связь. Что было полезного? Какие чувства после окончания тренинга? Что удалось понять, сделать за время занятий, над чем надо работать?

3.6. Опыт проведения психотерапии комбатантам – пенсионерам МВД России с органическими расстройствами личности психотерапевтами в ЦПЗ МСЧ Кировской области

При проведении психотерапии комбатантам - пенсионерам МВД России использовались как индивидуальные, так и групповые методы работы: индивидуальная симптоматическая психотерапия, методы суггестии, психокоррекционная работа с элементами арт-терапии. Хорошо зарекомендовала себя проективная техника «Нарисуй свою болезнь», заключающаяся в изображении (рисовании) своей боли – физической или душевной, которая была направлена на освобождение от деструктивных чувств, сопровождалась изучением особенностей и причин ухудшения состояния с осознанием того, что обследуемый сам запускает процесс болезни, и принятием себя со всеми личностными особенностями, в том числе негативными.

Арт-терапия способствовала диагностике эмоциональных и личностных проблем с дальнейшим отреагированием негативных эмоций; сюжет восприятия болезни у пенсионеров МВД нередко был связан с профессиональными особенностями анамнеза. Использовались техники живописи и рисунка различными материалами: гуашь, карандаш, масло, акварель, художественный уголь. В качестве примера приводим работы пенсионера М., с диагнозом: органическое расстройство личности травматической этиологии (минно-взрывная ЗЧМТ). Работы выполнены художественным углем.



Рис. 24. Первый сеанс психотерапии



Рис. 25. После проведения психотерапии

На первом сеансе психотерапии при выполнении задания при «изображении болезни» М. использовал сюжет «разбитое сердце». На рисунке отмечались выраженные симптомы депрессии с дисфорическими проявлениями, пессимизм (рис. 24). После проведенного курса терапии при аналогичном задании М. изобразил «болезнь» в виде «птицы»: наблюдалась позитивная динамика с улучшением эмоционального фона и снижением дисфорических проявлений (рис. 25).

В среднем, через месяц после начала терапии у пенсионеров I гр. с органическими нарушениями, аффективными невротическими и соматоформными расстройствами отмечалась существенная редукция психопатологических симптомов в структуре выявленных заболеваний. У пациентов с расстройствами личности появилась мотивация на

продолжение терапии, отмечалось значительное улучшение психического состояния: снижались ощущение пустоты, раздражительность, конфликтность в семье, уменьшались вспышки гнева, тревога, улучшался контроль поведения, реже возникали сновидения о боевых действиях, улучшался сон и настроение.

**Клинические наблюдения динамики психического состояния
сотрудников МВД России
с пограничными психическими расстройствами до и после проведения
медико-психологической реабилитации**

*Комбатант Н., сотрудник МВД России, ветеран боевых действий,
1976 года рождения.*

*Диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивный тип,
F43.1.*

Анамнез жизни: родился в г. О. первым ребенком, в семье рабочих. Мама по характеру спокойная, уравновешенная, застенчивая, отец - вспыльчивый, активный, деятельный, упрямый. Со слов Н., внимания детям уделяли мало, постоянно работали и были заняты работой по дому. В детстве рос здоровым ребенком, по характеру был лидером. Стойких привязанностей не имел, любил проводить время во дворе и заниматься активными спортивными играми. В школе учился на «хорошо» и «отлично». Посещал спортивные кружки, увлекался футболом и спортивной борьбой. Пользовался популярностью у сверстников, замечаний по дисциплине в школе не имел. По окончании 10 классов средней школы проходил срочную службу в военно-десантных войсках, демобилизовался в звании сержанта, в должности командира отделения. После возвращения устроился на работу в МВД России, в спецназ. Имел поощрения по службе, быстро продвигался по служебной лестнице. В 2000 году был направлен в СКР, где участвовал в боевых действиях, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям. После обстрела в горах Чери-Юрта возникло кратковременное состояние паники, купировалось без медицинской помощи.

Анамнез заболевания. Ухудшение состояния - с декабря 2008 года, после исполнения служебно-боевых задач в СКР. Во время служебной командировки участвовал в реальных боевых действиях, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям, во время «зачистки» был свидетелем гибели сослуживцев. После возвращения из командировки стал раздражительным, вспыльчивым, нарушился сон, появились сновидения о боевых действиях негативного характера (снились трупы убитых сослуживцев, «стрелял по врагам, но пули летели мимо», «чувствовал, как умирает», просыпался в холодном поту, с ощущением сердцебиения, тревогой), появились сложности в контроле поведения, беспокойство, мрачно-угнетенное настроение.

При целевом психодиагностическом осмотре после возвращения из СКР, сначала свои проблемы отрицал.

После проведения индивидуально-разъяснительного клинического интервью стал предъявлять жалобы на беспокойство, раздражительность, нарушения сна.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него возникают: раздражительность, перепады настроения, нарушения сна, сновидения о боевых действиях, сложности в контроле поведения, конфликтность в семейных отношениях, внутреннее напряжение, подозрительность, тревога, ощущение несправедливости жизни, непонимания со стороны окружающих, неспособность расслабиться. Возникающее напряжение снимает употреблением крепкого алкоголя не реже одного раза

в неделю. В состоянии алкогольного опьянения становится обидчивым и конфликтным, поэтому предпочитает «выпивать» в одиночестве. Круг интересов ограничен общением с сослуживцами, так как «только они его понимают». Отмечал, что сомневается в верности жены, поэтому в семье были скандалы и ссоры; за время службы изменился, «перестал доверять людям».

Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – тик профиля по шкале «тревожность» – 69,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» – 68,2 бал., «пессимистичность» - 78,4 бал.; МЛО «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – наличие потенциала агрессии, высокий уровень негативизма и раздражения; краткий отборочный тест – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирован в месте, времени, личности в полном объеме. Тревожен, напряжен, насторожен, подозрителен, дисфоричен, эмоционально лабилен. Ответы в плане заданного вопроса - краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица - угнетенно-мрачное, злое. Настроение - снижено, вял, пассивен. Мышление - логичное, последовательное, обычного темпа. Идеаторно заторможен. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту, образованию. Память не нарушена. При беседе о службе подробно рассказывает о психотравмирующей ситуации, детализирует произошедшее, высказывает недовольство по отношению к руководству, политикам. Стеничен, категоричен. Психопродуктивной симптоматики не выявлено. Употребляет крепкий алкоголь 1–2 раза в неделю, в количестве до 600 гр. В состоянии алкогольного опьянения становится злым, агрессивным «тянет подражаться». В постаналкогольном состоянии возникает тошнота, головная боль, «чувство вины», ухудшается настроение. Рвотный рефлекс сохранен, абстинентный синдром не сформирован. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено.

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 76 в минуту. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный обеих сторон. Отеков нет. Неврологический статус: легкий тремор мышц лица и кистей рук при волнении, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Диагноз: ПТСР, депрессивный тип. F – 43.1.

Проведенные реабилитационные мероприятия в стационарных условиях, в течение 23 дней. Медикаментозное лечение: амитриптилин до 75 мг/сут., седалит мг/сут., реланиум 2,0 мл на ночь; психотерапия: рациональная, семейная, арт-терапия.

При проведении арт-терапии после возвращения из СКР в рисунке комбатанта Н. (рис. 26 а) сюжет – «балерина со сломанной ногой» прослеживалась выраженная депрессивная настроенность, ранимость, тревога, нарушение межличностной коммуникабельности, социальная отгороженность, пессимистичность. После проведения медико-психологической реабилитации сюжет «журавли» (рис. 26 б) отмечалась стабильность эмоционального фона, внутренняя уравновешенность, позитивная оценка происходящего.

Остался служить в той же должности, на службе проблем не возникало, повторных обращений к психиатру не было. При психодиагностических обследованиях в ЦПД наличия признаков дезадаптации не выявлялось.



Рис. 26 а. Работа комбатанта Н. после СКР, диагноз: ПТСР, депрессивный тип



Рис. 26 б. Работа комбатанта Н. после проведения реабилитации, диагноз: здоров

Комбатант М., сотрудник МВД России, ветеран боевых действий, 1964 года рождения.

Диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивный тип, F43.1.

Жалобы на тревогу, беспокойство, утомляемость, стойкие нарушения сна (подолгу не может заснуть из-за тревожных мыслей о своем будущем и состоянии здоровья, сон поверхностный, просыпается в 4-00 утра, с ощущением вялости и тревоги, продолжительность ночного сна - 3-4 часа), боли в области грудной клетки слева на выдохе, колющего характера, заторможенность, рассеянность, невозможность сосредоточиться, ощущение «будто внутри все надувается», снижение массы тела на 6 кг за 2 мес., страх перед «неизвестной болезнью».

Данное состояние связывал с командировкой в СКР, перенапряжением.

Анамнез жизни: родился в г. Н., в семье рабочих, вторым ребенком. Наследственность психопатологически не отягощена. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. По характеру был спокойным, послушным, проблем с поведением не отмечалось. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо.. Товарищей среди сверстников было много, но длительных дружеских отношений «как-то не получалось», что связывает с частой сменой места жительства родителей (Краснодарский край, Татарстан).

Окончил 10 классов общеобразовательной школы в 1981 году, поступил в ПТУ по специальности слесарь КИП, окончил обучение с красным дипломом. 1982–1984 гг. – срочная служба в РА, служил в Польше, в боевых действиях во время срочной службы не участвовал. Демобилизовался в звании сержанта. После демобилизации работал на севере в г. Новый Уренгой, по основной специальности до 1987 года. В 1987 году переехал в г. К., работал слесарем на заводе бетонных конструкций, фабрике игрушек.

Служит в МВД России с 1993 года по настоящее время. Первый брак 1987–2010 г., от брака двое детей, развод по инициативе жены (с детьми не общается, так как «они не идут на контакт»). Женат второй раз с 2010 года, во втором браке общих детей нет. За время службы 4 раза командировался в СКР.

Анамнез заболевания: при проведении психодиагностического обследования после командировки в СКР в 2007 году был выявлен страх за состояние здоровья. В связи с чем предъявлял вышеперечисленные жалобы.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. Гипомимичен, идеаторно и моторно заторможен, внимание рассеяно, ответы краткие, после паузы, эмоционально лабилен, на глазах слезы. Просит о помощи, «устал так жить», настроение снижено. Сообщил, что перестал «видеть свет в окне», «нет радости», «нет чувств». Мышление логичное, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Память, интеллект в норме, внимание неустойчивое, рассеян, напряжен, астенизирован, ипохондричен. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено. Алкоголем не злоупотребляет. При беседе удалось выяснить, что к вечеру появляется состояние страха за жизнь, беспокойство, вспоминаются психотравмирующие события, связанные с войной.

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 58 в минуту, ритмичный, симметричный. Живот мягкий, безболез-

ненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: легкий тремор мышц лица и кистей рук при волнении, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Инструментальные методы обследования: ЭКГ, ЭЭГ, ТКДГ, КТ – без патологии.

Лабораторные исследования: без патологии.

Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – пики профиля по шкалам «тревожность» – 84,1 бал., «невротического сверхконтроля» – 88,1 бал., «пессимистичность» – 96,2 бал.; МЛО «Адаптивность» – снижение АС, КО, НПУ; тест Басса-Дарки – высокий уровень негативизма и раздражения; краткий отборочный тест – уровень интеллекта высокий, тест ПТСР Котенева – признание травмирующего события.

Направлен на стационарное лечение и обследование в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: ПТСР, тревожно-депрессивный вариант.

Проведенное лечение: эглонил 2,0 в/м № 10 через день, пароксетин 0,02 утром, феназепам 0,001 мг 3 раза в день, психотерапия: рациональная, семейная, арт-терапия.



Рис. 27 а. Работа комбатанта М. после командировки в СКР, диагноз: ПТСР



Рис. 27 б. Работа комбатанта М. после проведения реабилитации, диагноз: Здоров

Представленная в рисунках динамика отражает изменения в психическом состоянии данного комбатанта. Рисунки выполнены на грунтованном холсте маслом. После возвращения из СКР был нарисован «шаман без головы и горящие змеи» и выбрана цветовая гамма (черный, красный, оранжевый) на рисунке отчетливо прослеживалась эмоциональная нестабильность с выраженным эксплозивно-дисфорическим фоном, агрессивная направленность, страх, тревога, негативизм (рис. 27а). После проведенной реабилитации – сюжет «цветок в пустыне»; цветовая гамма: голубой, белый, зеленый, отмечались: уравновешенность, спокойствие, позитивная настроенность на будущее, отсутствие агрессивности и тревоги (рис. 27 б).

При выписке рекомендовано продолжить медикаментозное лечение: пароксетин 0,02 утром в течение 4 мес.

В дальнейшем продолжил служить в той же должности, руководством и психологами подразделения характеризовался положительно.

Комбатант М. сотрудник МВД России, ветеран боевых действий, 1972 года рождения.

Диагноз: Расстройство адаптации, со смешанными нарушениями эмоций и поведения F43.25.

Анамнез жизни: родился в г. Р., от нормально протекавшей беременности и родов. Воспитывался в полной семье. Психические заболевания у близких родственников не зарегистрированы. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал, был активным, общительным, жизнерадостным ребенком. Мама по характеру спокойная, уравновешенная. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, дисциплинарных замечаний не имел, был лидером среди сверстников, активным, деятельным. Занимался спортом. Окончил 10 классов общеобразовательной школы, затем получил высшее юридическое образование. С 2000 года служит в спецподразделении МВД России, в период с 2000 по 2008 год семь раз командировался в СКР, участвовал во 2-й чеченской войне, в активных боях в г. Аргуне, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям.

Анамнез заболевания: после возвращения из 7-й командировки в СКР в 2008 году, во время целевого психодиагностического обследования в ЦПД, были обнаружены признаки посталкогольного соматовегетативного состояния (подъем артериального давления до 140 на 90, тремор рук и мышц лица, инъекции сосудов склер).

Жалоб активно не предъявлял. При беседе сообщил, что накануне употребил 250 гр. водки и 1 литр пива. Отметил, что после командировки возникло «нервное» состояние, которое объяснял ссорами с женой и напряженной командировкой.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме, контактен. Моторно беспокоен, выраженный тремор рук, мышц лица, шеи, внутренняя дрожь. Крайне аффективно неустойчив, категоричен, все проблемы отрицает. Говорит на повышенных тонах. Возбудим, критики к поведению и состоянию нет. Считает, что тремор и такое состояние было всегда, и «это нормально, жить и работать не мешает». Семейные проблемы отрицает, однако после беседы с женой по телефону сильно нервничает, при этом усиливается тремор, поднимается АД. Тяготеет к обследованию. Мышление абстрактно-логическое, память, интеллект не нарушены, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Рвотный рефлекс сохранен, ситуационный контроль потребления снижен, частота употребления алкоголя (со слов) 4 раза в месяц, толерантность до 250 гр. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено.

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс 96 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: выраженный тремор мышц лица и кистей рук, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – тик профиля по шкале «тревожность» – 64,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» – 69,4 бал., «пессимистичность» – 80,2 бал.; МЛО «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – высокий уровень раздражения; КОТ – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него возникают вспыльчивость, которая проявляется «больше в семье», перепады настроения, конфликтность в семейных отношениях. Возникающее напряжение снимает употреблением крепкого алкоголя не реже четырех раз в месяц.

Был направлен на медико-психологическую реабилитацию в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: расстройство приспособительных реакций с нарушением поведения. Пагубное с вредными последствиями употребление алкоголя? (F 43.24, F 10.1?).

Обследование: данные лабораторных исследований – без патологии.

Инструментальные обследования: ЭКГ, Эхо КС, ТКДС – без патологии, КТГМ – признаков объемного процесса головного мозга не выявлено.

Осмотр кардиолога: синдром ВСД.

Осмотры окулиста, оториноларинголога: органической патологии не выявлено.

Проведенные реабилитационные мероприятия в стационарных условиях: медикаментозное лечение: эглонил 5%, 2,0 в./м. № 10, анафранил 50 мг в сутки, феназепам – 0,001 на ночь, психотерапия: рациональная, семейная, арт-терапия.

При проведении арт-терапии после возвращения из СКР в рисунке комбатанта Р. (сюжет – «зимний пейзаж», прослеживались выраженные тревожно-депрессивные симптомы, социальная отгороженность, пессимизм (рис. 28 а). После проведенной медико-психологической реабилитации (сюжет – «лето в лесу») стабилизировался эмоциональный фон, появилась уравновешенность на фоне интравертированности (рис. 28 б). Работы выполнены маслом на грунтованном холсте.

После проведенной стационарной реабилитации в течение 25 дней, отмечалась позитивная динамика психического состояния с редуцией психопатологических симптомов (улучшилось настроение, упорядочилось поведение, стал более коммуникабелен, появилась критика к поведению). Учитывая данные клинического обследования, показатели лабораторных исследований, диагноз: РА с нарушением поведения (F 43.24). Данных за злоупотребление алкоголем с вредными для здоровья последствиями не выявлено.

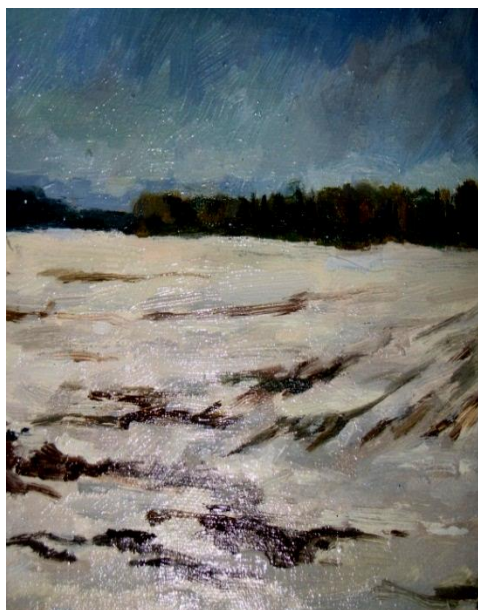


Рис. 28 а. Работа комбатанта Р. после командировки в СКР, диагноз: РА



Рис. 28 б. Работа комбатанта Р. после реабилитации, диагноз: Здоров

Рекомендовано: продолжить медикаментозное лечение: анафранил 50 мг в сутки в течение трех месяцев.

В дальнейшем продолжил служить в той же должности, руководством и психологами подразделения характеризовался положительно.

Комбатант П., сотрудник МВД России, ветеран боевых действий, 1978 года рождения.

Диагноз: Хроническое изменение личности после переживания катастрофы, F62.0

Анамнез жизни: родился в Мордовии в семье рабочих, младшим ребенком из двух. Воспитывался в полной семье. Бабушка со стороны мамы страдала психическим расстройством сосудистого генеза. Братья матери и отца злоупотребляли алкоголем. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, был активным, здоровым, общительным ребенком. В школу пошел с семи лет, учился хорошо, увлекался спортом (бокс, тяжёлая атлетика, гребля на байдарках), посещал художественную школу. Переехал с родителями в Молдавию в 1991 году, в этом же году окончил 9 классов общеобразовательной школы, поступил в художественное училище на специальность «живопись», художником быть не хотел, стремился стать военным летчиком, но родители настояли. После окончания художественного училища в 1995 году проходил срочную службу в Российской армии в спецназе в Ростовской области до 1997 года, демобилизовался в звании сержанта. После демобилизации через 4 дня устроился на службу в спецназ МВД России. За время службы командировался в Чеченскую республику 7 раз в период с 1999–2002 годы, с короткими интервалами между командировками от 3 недель до 1,5 месяцев и в 2006 году в составе сводных отрядов милиции. Участвовал в боевых действиях во 2-й чеченской войне, где неоднократно возникали угрожающие жизни ситуации.

Первая командировка в СКР в октябре 1999 года, участвовал в активных боях в Урус-Мартановском районе Чечни, «трупы, убитые, раненные, хаос». После воз-

вращения испытывал дискомфорт при громких звуках (при хлопках петард падал на землю, чувствовал угрозу извне). Через 1,5 месяца поехал во вторую командировку, дислокация - г. Грозный, Ханкала. Ситуация оставалась прежней, было много зачисток и подрывов на растяжках (возникла злость, агрессия, обида от бессилия, что «не могли их убивать, иначе подвергнут суду или расправятся на месте, а спишут на боевые потери»). После возвращения через 3 недели снова был направлен в ЧР, отдохнуть не успел, казалось, что здесь никому не нужен, не понимал, что происходит. В данной командировке принимал участие в зачистке г. Грозного, появилась навязчивая мысль привести трофей – «боевой чеченский пистолет». При возвращении в дороге был подрыв автомобиля: 2 раненых и 2 убитых сослуживцев. Эту ситуацию перенес тяжело, так как погибли близкие товарищи. Стал испытывать чувство вины, что «они погибли, а я жив». Изменился, появилось равнодушие к окружающему, конфликтность с родными и руководством отряда, стал «психованным». Вспоминалась Старопромысловская дорога – «дорога смерти», где за 1 день было по 14 подрывов, много погибших, появилась подозрительность (о планируемых выездах, операциях сослуживцам говорил только перед отправкой, держал в тайне маршрут следования и т.д.). Стал часто употреблять алкоголь – «от обиды – мы здесь никто и звать нас никак». В состоянии алкогольного опьянения практически всегда возникала агрессия, злость. Снился один и тот же сон: «боролся в рукопашную, бил противника, а тот не падал, удар не достигал цели», просыпался с ощущением тревоги, беспокойства. Обратился на прием к неврологу в феврале 2001 года. Диагноз: функциональное расстройство ЦНС, был направлен на лечение в загородный центр восстановительного лечения. В октябре 2002 года обращался с жалобами невротического характера к терапевту. Диагноз: функциональное расстройство ЦНС, лечение не проводилось.

Женился в первый раз в 2002 году, семейная жизнь не складывалась, были частые конфликты, ссоры, прожили вместе 3 мес. В состоянии алкогольного опьянения, после очередной ссоры с женой, угрожал табельным оружием группе случайных людей (показалось, что те сказали что-то обидное).

В 2003 году в связи с конфликтом с командиром отряда и нарушениями служебной дисциплины был переведен в другое подразделение МВД России. В 2003 году после официального развода, настаивал на встречах с дочерью, но жена и теща «не давали видеться». Узнал, что у жены есть другой – «нормальный», дочь называет его «папой», сильно разозлился, пообещал убить жену и тещу, стал следить, за тем, кто находится с ребенком, приводит в детский сад, кто забирает, наводил справки о новом поклоннике жены. В последующем отказался от дочери официально, обсуждения данной темы избегает. Стал злоупотреблять алкоголем и «пил каждый день», в состоянии алкогольного опьянения становился «неуправляемым, агрессивным».

В 2006 году был направлен в очередную командировку в ЧР в составе сводного отряда милиции по личному желанию, ехать хотел, «тем более, что здесь ничто не держало»: с женой развелся, от дочери пришлось отказаться, с родителями практически не общался, из отряда пришлось уйти, друзей нет. Данная командировка прошла спокойно и неинтересно. Однако после возвращения из очередной командировки состояние ухудшилось, были вспышки агрессии, вспыльчивость, которые снижал употреблением крепкого алкоголя в больших количествах (запой до 3 дней). Был задержан нарядом дорожно-патрульной службы за управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения. На службе был объявлен строгий выговор за нарушение служебной дисциплины.

Второй раз женился в 2008 году, от брака - сын. В семье отношения не складываются в связи с особенностями поведения дома («злой, конфликтный, прямолинейный, раздражается по мелочам, ревнует и т.д.»).

В связи с частыми служебными конфликтами с начальством из-за «неуживчивого характера» в 2008 году было предложено уволиться по собственному желанию, но «нашел место» в другом подразделении МВД России. На данном месте отношения с сослуживцами и руководством не складывались, возникали конфликты, ссоры и непонимание со стороны руководства. В 2009 году был направлен на плановое психодиагностическое исследование, в связи с тем, что «настояла жена и руководство». Идти не хотел, так как не чувствовал себя больным, «просто так сложилось».

Жалобы активно не предъявлял, при проведении скрининг-анкетирования и рационально-разъяснительного клинического интервью, удалось выяснить, что в течение месяца беспокоят нарушения сна со сновидениями негативного содержания про войну, снижение массы тела на 10 кг за 2 мес., злость, обида, отсутствие настроения, активности «могу полдня посмотреть в потолок», не хочет «видеть людей», появилось ощущение, что за ним следят, снижение памяти, рассеянность. Состояние ухудшилось в связи с проблемами на службе, в очередном отпуске в течение 2 недель жил в лесу, употреблял алкоголь, «чтобы успокоится». Данная мера облегчения состояния не принесла.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. Ответы в плане заданного вопроса, краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица угнетенно-мрачное, злое. Дистанция формальна, в беседе употребляет нецензурные слова, злится. Крайне дисфоричен, категоричен. Сидит в напряженной позе. Подозрителен, напряжен, испытывает страх перед нахождением в местах большого скопления людей, возникает ощущение опасности, тревога, безразличие, жестокость, отчужденность, периодически кажется, что за ним следят. Мышление логичное, последовательное, обычного темпа. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту, полученному образованию. Память субъективно не нарушена. Рвотный рефлекс утрачен, абстинентный синдром сформирован. Критика к состоянию формальная.

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс 96 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: выраженный тремор мышц лица и кистей рук, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – недостоверность результатов. МЛЮ «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – высокий уровень физической агрессии. КОТ – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него отмечаются: вспыльчивость, «злость на всех», ненависть, физическая агрессивность, конфликтность в семейных отношениях.

Обследование: данные лабораторных исследований – без патологии.

Инструментальные обследования: ЭКГ, Эхо КС, ТКДС – без патологии, КТГМ – признаков объемного процесса головного мозга не выявлено.

Осмотр кардиолога: здоров

Осмотры окулиста, оториноларинголога : органичной патологии не выявлено.

После добровольного согласия был направлен на стационарную экспертизу и лечение в отделение пограничных состояний психиатрической больницы с диагнозом: хроническое расстройство личности после переживания катастрофы (F-62.0), синдром зависимости от алкоголя (F-10.2).

В последующем уволен из МВД России в связи с наличием психического расстройства. Был признан инвалидом 3 группы по психическому заболеванию.

В данном случае негативные изменения личности сформировались как в связи с воздействием стрессовых факторов и изначальными особенностями личности, так и в связи с отсутствием своевременной комплексной терапии и реабилитации.

Комбатант К., сотрудник МВД России, ветеран боевых действий, 1972 года рождения.

Диагноз: Хроническое изменение личности после переживания катастрофы, F62.0

Анамнез жизни: родился в О. области, в семье рабочих, старшим ребенком из двоих детей. Наследственность: мать проходила лечение по поводу психического расстройства сосудистой этиологии в психиатрической больнице, тетка со стороны матери совершила суицид. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, был активным, здоровым, общительным ребенком. В школу пошел с семи лет, учился хорошо, окончил 10 классов общеобразовательной школы и ПТУ № 6, по специальности монтажник радиоаппаратуры. Работал на Приборостроительном заводе в 1985–1986 гг. Срочная служба – 1986–1988 гг. – воздушно-десантные войска, демобилизовался в звании старшины. С 1994 года служил в МВД России, 1994–2000 гг. – государственная инспекция безопасности дорожного движения, с 2000 года являлся сотрудником спецназа МВД России, служба в данном подразделении связана с регулярным исполнением служебно-боевых задач в зонах локальных вооруженных конфликтов. За время службы командировался в Чеченскую республику в 2001, 2002, 2005, 2007, 2008 гг., участвовал в боевых действиях во 2-й чеченской войне, где неоднократно возникали угрожающие жизни ситуации. Был женат с 1988 по 2009 год – имеет двух сыновей 1989 и 1992 г. р. В семье возникали частые конфликты и ссоры, супруга неоднократно лечилась у психиатра в связи с реактивными состояниями. Развод по причине очередного конфликта в 2009 года, когда в агрессивном состоянии избил супругу, после чего она находилась на лечении у хирурга и психотерапевта.

Характеристика, представленная кадровым аппаратом содержала негативные моменты, отражающие особенности поведения на службе, такие как: выходы на службу в посталкогольном состоянии, приступы паники во время служебных командировок в СКР, конфликтность в семье и на службе.

Перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь I стадии риск I.

Анамнез заболевания: ухудшение состояния с декабря 2001 года, после исполнения служебно-боевых задач в Чеченской республике. Во время служебной командировки участвовал в реальных боевых действиях, где был свидетелем гибели сослуживцев. После возвращения из командировки стал «каким-то замкнутым», изменился, появилась злость, обида, ощущение непонимания со стороны окружающих, вспыльчивость, нарушился сон, появились сновидения о боевых действиях негативного содержания, сложности в контроле поведения, напряжение, не мог расслабиться. Напряжение

снял алкоголем, «чтоб хоть как-то уснуть». За лечением не обращался, так как боялся, что уволят. Искал помощи у сослуживцев, так как «только они могли понять, что происходит, они там были и все видели». Стал чаще употреблять крепкий алкоголь, но в состоянии опьянения стал неуправляем, агрессивен, груб, появлялась обида, старался уйти из дома, чтобы не навредить семье, пропало ощущение радости, настроение стало «пессимистичным». Стал изменять жене - для «остроты ощущений». В 2002 году направлен в очередную командировку, поехал с желанием, «со своими ребятами». По возвращении состояние осталось прежним: стойкие нарушения сна, обида, злость, частое употребление алкоголя, чувствовал себя комфортно только в коллективе сослуживцев. Стал недоверчивым, подозрительным, замкнутым, бесчувственным. К врачу не обращался, жалоб не предъявлял, так как «главным в жизни стала служба», боялся ее потерять. В 2006 году анонимно обратился к наркологу по настоянию супруги, что в состоянии алкогольного опьянения стал неуправляем, приходил домой в крови, сообщая, что «кого-то убил», наутро произошедшее не помнил. Анонимно получил курс противоалкогольного лечения, не употреблял алкоголь в течение года (данный факт выяснился при клиническом обследовании после командировки в СКР в 2008 году).

При целевом психодиагностическом обследовании после командировки в СКР в декабре 2008 года были получены следующие результаты: СМИЛ – пики профиля по шкалам «социальная интроверсия» - 98,1 бал., «импульсивность» - 79,2 бал. МЛО «Адаптивность» – показатели всех базовых шкал на низком уровне; тест Басса-Дарки – наличие потенциала агрессии, высокий уровень негативизма и раздражения; КОТ – уровень интеллекта средний.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что раздражителен, имеются перепады настроения, нарушения сна, сновидения о боевых действиях, сложности в контроле поведения, конфликтность в семейных отношениях, внутреннее напряжение, подозрительность, агрессивность, ощущение несправедливости жизни, ощущение «непонимания со стороны окружающих», неспособность расслабиться. Возникающее напряжение снимает употреблением крепкого алкоголя в больших дозах чаще одного раза в неделю. В состоянии алкогольного опьянения становится обидчивым и конфликтным, поэтому предпочитает «выпивать» в одиночестве. Круг интересов ограничен общением с сослуживцами. Отметил, что за время службы изменился, стал жестким, требовательным, «перестал доверять людям». В течение последнего года отмечает усиление сексуальной активности, что «мешает быть верным жене».

Осмотр психиатра: на приеме отмечались признаки посталкогольного вегетативного синдрома. Жаловался на вспыльчивость, тревожность, беспокойство, внутреннее напряжение, ощущение «непонимания со стороны окружающих», появились конфликты в семье «из-за несдержанности», нарушения сна, агрессивность, бесчувственность, снились сны про Чечню, появилась «апатия».

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирован в месте, времени, личности в полном объеме. Внешне небрежен, движения угловаты. Моторно заторможен. Лицо гиперемировано, инъецированы сосуды склер, тремор рук. Ответы в плане заданного вопроса, краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица угнетенно-мрачное, злое. Насторожен, подозрителен. Дисфоричен. Эмоционально лабилен. Аффективно неустойчив, насторожен, подозрителен. Настроение с выраженными колебаниями, крайне раздражителен. Мышление логичное, последовательное, обычного темпа. Интеллектуальный уровень соответствует

возрасту, образованию. Память не нарушена. При беседе о службе на глазах – слезы. Стеничен, категоричен. Психопродуктивной симптоматики не выявлено. Употребляет крепкий алкоголь чаще 1 раза в неделю, в количестве до 1 литра. Предпочитает употреблять алкоголь в одиночестве или с сослуживцами, часто период алкоголизации амнезирует. В состоянии алкогольного опьянения возникает агрессия (убегает из дома, душит кур, бьет собак и т. д.).

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД 150/100 мм. рт. ст. Пульс 76 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Диагноз: хроническое расстройство личности после переживания катастрофы F-62.0. Синдром зависимости от алкоголя F-10.25

Учитывая данные анамнеза, клинического обследования, был направлен на ВВК согласно положению «О военно-врачебной экспертизе» от 25.02.03 г. № 123, для определения годности к дальнейшей службе в занимаемой должности. Направлен на психиатрическую экспертизу в профильное ЛПУ, где подтвержден диагноз: хроническое расстройство личности после переживания катастрофы F- 62.0. Синдром зависимости от алкоголя F-10.25.

Уволен из МВД России в связи с наличием психического расстройства, категория «В» – «военная травма». В последующем был направлен на МСЭ, признан инвалидом 3 группы.

В данном случае негативные изменения личности сформировались как в связи с воздействием стрессовых факторов и изначальными особенностями личности, так и в связи с отсутствием своевременной комплексной терапии и реабилитации.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

ВОПРОС 1. Психическое здоровье - это

А) не только отсутствие психического заболевания, но и психосоциальное благополучие человека, которое позволяет личности реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества.

Б) отсутствие психического заболевания, что позволяет личности реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества.

В) отсутствие психического заболевания не включает психосоциальное благополучие человека, позволяющее личности реализовать собственный потенциал, но помогает противостоять стрессу

Г) все утверждения верны.

ВОПРОС 2. Факторы, влияющие на психическое здоровье личности

(3 ответа)

А) Мотивационные.

Б) Политические.

В) Семейно-бытовые.

Г) Ментальная экология личности.

ВОПРОС 3. Донозологическими являются состояния, при которых возникает

А) напряжение регуляторных систем с мобилизацией функциональных ресурсов организма вследствие воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.

Б) эмоциональное напряжение вследствие воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.

В) психическое расстройство, возникающие вследствие воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.

ВОПРОС 4. К донозологическим в психиатрии относят:

А) психические расстройства, резко выраженные у лиц с акцентуациями характера со сформированным психопатологическим синдромом, специфичные по своей структуре.

Б) психические и поведенческие реакции, не отвечающие в полной мере диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств, согласно международной классификации болезней 10 пересмотра.

В) выраженные психовегетативные дисфункции свойственные специфической нозологической структуре заболевания.

Г) все вышеперечисленное верно.

ВОПРОС 5. К донозологическим состояниям нарушений психического здоровья относятся:

А) невротические реакции.

Б) патохарактерологические реакции.

В) аффективно-шоковые расстройства.

Г) аддиктивное поведение.

Д) все выше перечисленное верно.

ВОПРОС 6. Реабилитация - это

А) комплекс последовательно проводимых мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического характера, направленных на восстановление личности до уровня ее социальной активности.

Б) восстановительные мероприятия в санаторно-курортных условиях с участием психологов и психотерапевтов.

В) медицинские вмешательства с социальной работой.

Г) лечение психических расстройств и соматических заболеваний с применением психотерапии и коррекции.

ВОПРОС 7. Базовые компоненты программ посттравматической реабилитации сотрудников силовых структур по Е. Jones:

А) профотбор кандидатов на должности, связанные с участием в ЧС.

Б) проведение санитарно-просветительной работы, формирование навыков стрессовой готовности и профессиональной подготовки.

В) психологическое обеспечение деятельности подразделений в ЧС; психокоррекция последствий психической травматизации.

Г) все перечисленное верно.

ВОПРОС 8. Этапы и виды реабилитационного лечения пациентов с ППР по О.И. Юрковскому

(нежелательны ответы в виде все верно)

А) совокупность медицинских, психологических и социальных мер в стационарных и амбулаторных условиях.

Б) организация школы психического здоровья, основными принципами которой являются: сбалансированность, адаптивность, превентивность; поэтапность, преемственность; комплексность.

В) концепция психосоциальной реабилитации включает три этапа: выделение основных потоков пациентов; проведение основного восстановительно-реабилитационного курса (с использованием специальных центров помощи); поддерживающие медико-психологические и социальные методы.

Г) все вышеперечисленное верно.

ВОПРОС 9. Динамическое направление психотерапии рассматривает невроз как:

А) неадекватное дезадаптивное поведение, возникающее в результате неправильного научения, и основной задачей терапии является обучение новым адаптивным способам поведения.

Б) конфликт бессознательного и сознания вследствие особенностей личностного развития и поведения, приводящих к вытеснению психотравмирующих факторов в бессознательное.

В) недостаток любви и самопринятия.

Г) все перечисленное верно.

ВОПРОС 10. Бихевиоризм рассматривает невроз как:

А) неадекватное дезадаптивное поведение, которое возникает в результате неправильного научения.

Б) блокирование самоактуализации.

В) конфликт бессознательного и сознания вследствие особенностей личностного развития и поведения, приводящих к вытеснению психотравмирующих факторов в бессознательное.

Г) все перечисленное верное.

Ответы на тест-контроль

| № вопроса | № правильного ответа |
|-----------|----------------------|
| 1 | А |
| 2 | А, Б, В |
| 3 | А |
| 4 | Б |
| 5 | Д |
| 6 | А |
| 7 | Г |
| 8 | Г |
| 9 | Б |
| 10 | А |

ЛИТЕРАТУРА

1. Об утверждении Положения об организации медицинского обслуживания и санаторно-курортного лечения в медицинских учреждениях системы МВД России: приказ МВД России от 8.11.2006 № 895.

2. Об утверждении научных платформ медицинской науки: приказ Минздрава России от 30.04.2013 № 281.

3. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: приказ Минздрава России от 17.05.2012 № 566н.

4. Об утверждении методик выявления злоупотребления алкоголем или токсическими веществами, потребления без назначения врача наркотических средств или психотропных веществ, склонности к совершению суицидальных действий, а также критериев оценки результатов комплексного обследования, направленных на их выявление: приказ МВД России от 26.12.2014 № 1130.

5. О мерах по реализации в Министерстве внутренних дел Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы: приказ МВД России от 2.04.2018 № 190.

6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: приказ Минздрава России от 05.05.1997 № 170.

7. Об апробации Центров психического здоровья: распоряжение ДТ МВД России от 27.04.2018 № 22/29/ЦЧ/9-2445.

8. Аксенов М.М. Жигинас Н.В., Петрова Ю.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при некоторых видах профессиональной деятельности: постановка проблемы // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2014. – № 5 (146). – С. 117–122.

9. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. 3-е изд.- М.: Медицина, 2000.

10. Аналитический обзор деятельности Центров психофизиологической диагностики Федеральных казённых учреждений. Медико-санитарные части МВД России по субъектам Российской Федерации. – М., 2018. – С. 73

11. Богдасаров Ю.В. Пути и способы реализации стратегии государственной антинаркотической политики в органах внутренних дел Российской Федерации // Вопросы материально-технического и медицинского обеспечения. - 2018. - № 6. - С.37-44

12. Богомолов А.М. Структурно-функциональный подход к оценке адаптационного потенциала личности // Сибирский психологический журнал. Клиническая (медицинская) психология. – 2008. - № 28. - С.53-58.

13. Психосоциальные особенности сотрудников органов внутренних дел, способствующие алкоголизации / Н.Е. Давыдова, Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Наркология. - 2017. - № 7. С. 58-64.

14. Джудит Бек С. Когнитивная терапия: полное руководство: М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2017.

15. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Системный мониторинг психического здоровья комбатантов – сотрудников полиции: монография. - Архангельск: Северный гос. мед. ун-та, 2017.

16. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов МВД России // Вестник психотерапии. – 2011. - № 37 (42). - С. 56-68.
17. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. - Л.: Медицина, 1980.
18. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для вузов // под общ. ред. Б.Д. Карвасарского: 3-е изд. - СПб: Из-во «Питер», - 2008.
19. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учеб. пособие / Е.А. Калужный [и др.]. - Арзамас: АГПИ, 2009.
20. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г. Медико-психологическая реабилитация жен военнослужащих в условиях внутрисемейной стрессовой ситуации // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. - 2016. - № 2. – С.109-115.
21. Концепция развития психиатрической службы МВД России: письмо ДТ МВД России от 10.04.2018 № 29/ЦЧ/9-2098. – М., 2018.
22. Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Психологическое сопровождение сотрудников органов внутренних дел с явлениями дезадаптации // Проблемы и перспективы развития педагогики и психологии: материалы междунар. заочной науч.-практ. конф. Ч. III. - Новосибирск, 2011. - С. 127-131.
23. Котенев И.О., Метелев А.В. Социально-психологический портрет участника контртеррористической операции (на материале сотрудников органов внутренних дел) // Ежегодник Российского психологического общества. Психология и ее приложения. – 2002. – № 1. – Т. 9. – С. 281–290.
24. Лазебная Е.О., Зеленова М.В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. - 1999. - № 5. - С. 62-74.
25. Личко А.Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии.// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. - № 1. - С. 5 - 17.
26. Лебедева О.В. Проблема соотношения понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественной и зарубежной литературе // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2013. – № 3 (1). – С. 35–37.
27. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. – М. : ОАО Изд-во «Медицина», 2005.
28. Литницкая Е.В. Проблема здоровья личности в психологии XIX – XX века // Ярославский педагогический вестник. 2012. – № 2. – Т. 11. – С. 268–274.
29. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика. - М.: Наука, 1981.
30. Пермогорская Е.М., Падун М.А. Посттравматический стресс и семейные отношения у сотрудников ОВД – участников контртеррористических операций на Северном Кавказе [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2011. - № 3(17) // URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 29.06.2016).
31. Резник А.М, Снедков Е.В. Трущелев С.А. Реакции боевого стресса: учебное пособие. - М.: Медкнига, 2007.
32. Режепо П.А. Статистика полковников. – СПб. 1907
33. Сандомирский, М. Е., Гуленко В.В. Соционическая модель личности и возможности её применения в психотерапии. Этюды о новой психотерапии. - Минск: МАПН, 1995. - С. 95 - 105.

34. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. – М. : Медицина, 1987. – С. 161–171.
35. Сергеев М.Ю., Артифексов С.Б., Бородачева И.В. Прикладные аспекты оценки семейно-сексуального статуса у лиц опасных профессий // Медицинский альманах. – 2011. - № 3. – С. 35-37.
36. Снедков Е. В. Боевая психическая травма : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – С. 28–30
37. Соловьев А.Г. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В. Анализ катамнеза комбатантов – пенсионеров МВД России с психическими расстройствами // Успехи геронтол. - 2016. - № 5. - Т 29. - С. 836-838.
38. Солохина Л.В., Акимов И.В. Современные проблемы ведомственной медицины и их влияние на военную семью // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 113–117.
39. Стрельникова Ю.Ю. Системно-динамический подход к оценке психологических последствий боевого стресса // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 4. – С. 79–87.
40. Субботина Н.А. Влияние посттравматического синдрома на развитие заболеваний у сотрудников органов внутренних дел Свердловской области, вернувшихся из командировки в Северо-Кавказский регион // Медицинский вестник МВД России. - 2006. - № 1(20). - С. 1 - 2.
41. Фастовцов Г.А., Резник А.М. Проблема лекарственной терапии посттравматического стрессового расстройства у ветеранов войн // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 59–65.
42. Клинико-диагностические аспекты боевых посттравматических стрессовых расстройств / В.К. Шамрей, В.М. Лыткин, Б.В. Дрига, С.А. Колов // Военно-медицинский журнал. – 2011. - № 8. - Т. 332. - С. 28-35.
43. Шамрей В.К., Колов С.А., Дрига Б.В. Отдаленные последствия боевого стресса с позиции биопсихосоциального подхода // Вестник психотерапии. – 2011. - № 38. – Т. 43. - С. 104-111.
44. Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия.-Феникс, 2008.-157с.
45. Черный Ю.В. Состояние здоровья пенсионеров МВД России и совершенствование их санаторно-восстановительного лечения: автореферат дис. ... канд. мед. наук. - СПб, 2004.
46. Юрковский О.И., Замотаев Ю.Н. Комплексная система реабилитации больных с постстрессовыми расстройствами. – М.: Медицина, 2006.
47. Axelrod S. R. Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder in Veterans of Operation Desert Storm / S. R. Axelrod, C. A. Morgan III, S. M. South-wick // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 270–275.
48. Brewin C. R. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults / C. R. Brewin, B. Andrews, J. D. Valentine Ю.Н. // Clin Psychol. – 2000. – № 68. – P. 48–66.
49. Jorm A. F. Mental health literacy / A. F. Jorm // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 177. – P. 396–401.
50. Jones N. Mental health and psychological support in UK armed forces personnel deployed to Afghanistan in 2010 and 2011 / N.Jones, P. Mitchell, J. Clack, M. Fertoutet al. // Br. J. Psychiatry. – 2014. – Vol. 204, №. 2. – P. 157–162.

51. Kitayama N. Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder a meta-analysis / N. Kitayama, V. Vaccarino, M. Kutner, P. Weiss, J. D. Bremner // *J Affect Disord.* – 2005. – № 88. – P. 79–86.
52. Lopez-Ibor J. J. Disasters and mental health / J. J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj, N. Sartorius, A. Okasha. – ChichesterEngland : John Wiley, 2005. – P. 11–12.
53. Furedi F. Therapy culture : cultivating vulnerability in an anxious age / F. Furedi // London Routledge. – 2003. – № 3. – P. 23–24.
54. Ginandes C Six Players on the Inner Stage Using Ego State Therapy with the Medically Ill.// *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2): 113-129, 2006
55. Shojfet M.S.(2010) Psihofizicheskaya samoregulyaciya. Bol'shoj sovremennyj praktikum. - M.: Veche, 2010.

Учебное издание

ИЧИТОВКИНА Елена Геннадьевна (д-р мед. наук)
БОГДАСАРОВ Юрий Владимирович
СОЛОВЬЕВ Андрей Горгоньевич (д-р мед. наук, проф.)
ЗЛОКАЗОВА Марина Владимировна (д-р мед. наук, проф.)
ДАВЫДОВА Наталья Евгеньевна
РАССОХА Алеся Александровна
КИВОРКОВА Александра Юрьевна (канд. биолог. наук)

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В ЦЕНТРАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МВД РОССИИ

Редактор, технический редактор: *Л.Р. Гильдеева*

Подписано в печать 28.06.2019
Формат 60x84 1/16. Объем 5,0 уч.-изд. л.
Тираж 150 экз. Заказ 10/19. Цена договорная.

РИО ВИПК МВД России
ул. Пихтовая, д. 3, мкр. Авиационный,
г. Домодедово, Московская обл., 142007