

МВД России
Санкт-Петербургский университет

В. А. Шаповал

**ЭКСПЕРТНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА
ОЦЕНКИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И МОНИТОРИНГА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Монография

Санкт-Петербург
2019

УДК 159.913

ББК 88.4

Ш 24

Шаповал В. А.

Ш 24 Экспертная психодиагностическая система оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников органов внутренних дел: монография. СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2019. — 248 с.

ISBN 978-5-91837-235-7

Монография посвящена решению актуальной проблемы ведомственной психологической диагностики — разработке автоматизированной экспертной системы, предназначенной для оценки, скрининга, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников органов внутренних дел. В основу экспертной системы положен инновационный, базирующийся на оригинальной психоаналитической концепции личности авторский психодиагностический инструментарий — Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс». Автоматизированная на основе современных IT экспертная психодиагностическая система оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД может рассматриваться в качестве инновационного средства повышения качества морально-психологического обеспечения их оперативно-служебной деятельности.

Предназначена для научно-педагогических работников образовательных организаций системы МВД России и сотрудников подразделений по работе с личным составом.

УДК 159.913

ББК 88.4

Рецензенты:

Цветков В. Л., доктор психологических наук, профессор
(Московский университет МВД России им. В. Я. Кикотя);

Павлова С. А., кандидат психологических наук, доцент
(Краснодарский университет МВД России)

ISBN 978-5-91837-235-7

© Санкт-Петербургский университет
МВД России, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Глава 1. Теоретический анализ проблемы профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.....	19
1.1. Социально-психологические предпосылки проблемы оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья кандидатов, поступающих на службу (учебу) и сотрудников ОВД...	19
1.2. Здоровье человека как многоаспектная и целостная междисциплинарная категория	32
1.3. Соотношение понятий психического и психологического здоровья	36
1.4. Определение и соотношение понятий «профессиональное», «социальное» и «профессиональное психологическое» здоровье	70
1.5. Основные подходы к исследованию поведенческих проявлений профессионального психологического здоровья в практической и юридической психологии	77
1.6. Теоретические основы психодинамического подхода к оценке профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.....	80
1.7. Опыт прогнозирования психического здоровья и возможности его использования при прогнозировании профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.....	84
Глава 2 Профессиональное психологическое здоровье сотрудника ОВД с позиций психодинамически ориентированной Я-структурной модели личности	121
2.1. Я-структурная модель личности Г. Аммона как методологическая основа психологической диагностики профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.....	121
2.2. Центральные Я-функции личности как детерминанты профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.....	133
2.3. Опыт операционализации и психометрической квантификации центральных Я-функций с помощью Я-структурного теста Г. Аммона	144
Глава 3 Экспертная психодиагностическая система оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД на основе психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс»	158
3.1. Проблема психодиагностической оценки профессионального психологического здоровья при обследованиях массовых контингентов и основные этапы разработки психодиагностического инструментария на основе психодинамического подхода	158

3.2. Технология психометрической экспертизы и коррекции Психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс».....	168
3.3. Технология разработки шкал субъектно-профессиональной идентичности сотрудников ОВД на основе ПОЛО «Ресурс»	175
3.4. Технология разработка шкалы профессионально-психологической успешности сотрудников ОВД на основе ПОЛО «Ресурс».....	184
3.5. Технология разработки интегральных показателей ПОЛО «Ресурс»	189
3.6. Учет возрастных особенностей сотрудников ОВД при оценке и прогнозировании их профессионального психологического здоровья.....	194
3.7. Решающие правила для определения итогового показателя профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД на основе интегральных показателей ПОЛО «Ресурс»	200
Заключение.....	225
Список литературы.....	229

Актуальность проблемы профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД и особенно разработки валидного психодиагностического инструментария для его скрининга, прогнозирования и мониторинга в условиях массовых недобровольных психопрофилактических обследований обусловлена:

1) высокой социальной значимостью профессиональной деятельности сотрудников ОВД, наделенных властными полномочиями с правом применения мер принуждения (легитимного насилия, включая использование огнестрельного оружия) и юридических мер воздействия¹, а следовательно — высокой социальной опасностью лиц с отклонениями в состоянии профессионального психологического здоровья, оказавшихся на службе в органах внутренних дел;

2) высокими требованиями к состоянию профессионального здоровья и личностным качествам сотрудников ОВД², большинство видов профессиональной деятельности которых в силу их экстремального и гиперстрессового характера по степени психоэмоционального напряжения относящихся к группе опасных профессий и профессий напряженного эмоционального труда³;

3) низким качеством профессионального психологического здоровья кандидатов, поступающих на службу в ОВД, связанного с негативными социально-психологическими факторами (размыванием нравственных и моральных устоев общества, искаженными социокультурными ориентирами с доминированием навязываемых материальных ценностей «общества глобального потребления», индивидуализма, эгоцентризма, пренебрежения к общественным нормам морали и права, правового нигилизма, девиантного поведения, социальной

¹ Сутурина М. Н. Правоохранительная система государства (теоретико-правовой аспект): автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.01. СПб., 2008.

² Указ Президента РФ от 24.12.09 № 1468 «О мерах по совершенствованию деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» // Информационно-правовой портал Гарант. РУ [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/12171874/> (дата обращения: 19.09.2018).

³ Шогенов А. Г., Эльгаров А. А. Особенности профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел и основные сердечно-сосудистые заболевания // Профилактическая медицина. 2010. № 2. С. 9–14.

агрессии, экстремизма, социальных ориентиров криминальной среды и др.)¹; а также с высокой распространенностью среди населения граждан, страдающих психическими заболеваниями, хроническим алкоголизмом и наркоманией, не состоящих на учете в психоневрологических и наркологических диспансерах, часть из которых стремится поступить на службу, руководствуясь патологическими мотивами;

4) высокой психотравматизацией личности сотрудников ОВД, принимавших участие в боевых действиях (до 30 % от общего числа участников)², а также выезжающих в длительные служебные командировки для выполнения задач по обеспечению правопорядка, общественной безопасности, профилактике и раскрытию преступлений, контртеррористических операций в составе сводных отрядов полиции временной оперативной группы на территории Северо-Кавказского региона Российской Федерации;

5) широкой распространенностью среди сотрудников ОВД профессионных нарушений и профессиональных деструкций, снижающих эффективность профессиональной деятельности и ведущих к её срывам (стрессовые, постстрессовые, аффективные, невротические, соматоформные, аддиктивные расстройства, относящиеся как к клинически очерченным, так и к преморбидным нарушениям социально-психической адаптации³; эмоциональное выгорание, хроническая алкоголизация и наркотизация, семейные дисгармонии, разводы, сексуальные девиации, профессиональные деформации со склонностью к агрессивно-насильственному криминальному поведению и немотивированной жестокости на службе, в семье и быту вплоть до brutальных исходов в виде гомицидов, суициды и др.);

6) взаимосвязью нарушений сотрудниками ОВД служебной дисциплины и законности, вовлечением их в преступную деятельность, злоупотреблением должностными полномочиями, применением неза-

¹ Лисовский В. Т. Молодежь России в зеркале криминологии // Криминология. XX век / под ред. В. Н. Бурлакова и В. П. Сальникова. СПб.: Юрид. центр Пресс, 2000.

² Иванов С. Н., Метелев А. В. Посттравматические стрессовые состояния сотрудников правоохранительных органов: проблемы психологической экспертизы: монография. Ижевск: УдГУ, 2008.

³ Беребин М. А., Григорьева И. Ю. Клинико-психодиагностические основания оценки и прогноза риска нарушений психической адаптации и профессиональной надежности сотрудников правоохранительных органов // Вестник ЮУрГУ. 2011. № 29. С. 58–68.

конных методов расследования, коррупционного поведения, восприятия их населением как источника повышенной опасности, роста недоверия граждан, негативного общественного резонанса и отрицательного имиджа с низким уровнем морально-нравственной составляющей профессионального психологического здоровья сотрудников;

7) кризисом ведомственной психологической диагностики, связанным с проблемами:

- низкой валидности и надежности психодиагностического инструментария, традиционно применяемого при профессионально-психологическом отборе и массовых психопрофилактических обследованиях сотрудников;

- легкодоступности его контента и ключей в сети «интернет»;

- коррупционно-протекционистской дискредитации и административно-бюрократической профанации существующей системы профессионального психологического отбора кандидатов, поступающих на службу в ОВД;

- более чем 20-летнего отсутствия в системе МВД России научно-исследовательского подразделения, способного осуществлять психометрическую экспертизу применяемого и разработку нового психодиагностического инструментария для ведомственных центров психофизиологической диагностики и подразделений психологической работы;

- неэффективности и опасности предпринятого палиативного варианта решения проблемы психодиагностического обеспечения ведомственных подразделений по психологической работе путем массовой закупки дорогостоящих аппаратно-программных психодиагностических комплексов «Мультипсихометр», изготовленных коммерческой структурой ООО Научно-производственный центр «ДИП», на откуп которой фактически была отдана конфиденциальная задача разработки критериев и нормативов профессионального психологического отбора сотрудников ОВД, а также невольное привлечение потребителей её продукции к использованию нелегализованных, контрафактных зарубежных психодиагностических методик, а также методик с непроверенными и недоказанными психометрическими характеристиками;

- административного запрета возможности применения ведомственными психологами новых психодиагностических методик, не входящих в список, рекомендованный координационно-методическим

советом по психологической работе с личным составом органов, организаций, подразделений системы МВД России (т. е. не включенных в состав «мультипсихометра»), лишаящего психологов возможности проявлять креативность в поисках, апробации и использовании новых эффективных тестов, а также превращающего их в бездумных пользователей и заложников «мультипсихометра», не желающих брать на себя ответственность при принятии судьбоносных экспертных и организационных решений в случаях расхождений их мнений с полученными «мультипсихометрическими» показателями и заключениями, зачастую противоречащими актуальному состоянию испытуемого, личному опыту и здравому смыслу психолога-эксперта;

8) стремительным изменением социальных условий и содержанием оперативно-служебной деятельности сотрудников ОВД, требующих систематической коррекции используемых психодиагностических критериев, а также активной разработки и внедрения новых методологических подходов, повышающих эффективность психологической работы;

9) динамично изменяющимися условиями труда самих ведомственных психологов, связанных с тотальной цифровизацией и информационной насыщенностью деятельности, что требует от них компьютерной грамотности, владения современными информационными технологиями, включая:

- автоматизацию процесса обработки и подсчета результатов массовых психодиагностических обследований сотрудников;

- создание и ведение цифровых баз психологических данных;

- привлечения для анализа баз данных методов многомерной математической статистики;

- навыков разработки, использования и коррекции автоматизированных экспертно-диагностических систем, отвечающих принципам процессуальности, ответственности, рефлексивности и сочетающих в себе преимущества замещающего, обучающего и развивающего подходов;

10) важностью разработки и введения в практику деятельности подразделений морально-психологического обеспечения многоступенчатой системы выявления у сотрудников признаков психических отклонений, проведения их обязательных периодических психофизио-

логических обследований, а также обеспечения надежности профессиональной деятельности личного состава¹;

11) разработкой и внедрением новой модели оказания психолого-психиатрической помощи в медицинских организациях системы МВД России на основе реформирования ведомственных центров психофизиологической диагностики в центры психического здоровья с концентрацией в них всех специалистов психиатрического и медико-психологического профиля².

В связи с изложенным, *цель исследования* заключалась в теоретико-методологическом обосновании и разработке экспертной психодиагностической системы оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД на основе инновационных психодиагностических и современных информационных технологий.

В качестве *объекта исследования* в работе рассматривается профессиональное психологическое здоровье сотрудников ОВД России.

Предметом исследования является экспертная психодиагностическая система оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.

Основной *гипотезой исследования* явилось предположение о том, что оценка и прогнозирование профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД России в условиях психолого-психиатрической экспертизы их профессиональной пригодности и регламентированных недобровольных массовых психопрофилактических обследований наиболее эффективно могут быть реализованы с помощью автоматизированной экспертной психодиагностической системы, разработанной на основе релевантных теоретико-методологических положений, инновационного психодиагностического инструментария, валидных критериальных показателей и набора

¹ О неотложных мерах по укреплению служебной дисциплины и законности в органах внутренних дел российской федерации: решение коллегии Министерства внутренних дел Российской Федерации (15 марта 2012 г.) // Приложение к приказу МВД России от 23.03.12 № 211 «Об объявлении решения коллегии МВД России».

² Богдасаров Ю. В., Ичитовкина Е. Г. Развитие психиатрической службы в системе МВД России // Актуальные проблемы психологии правоохранительной деятельности: концепции, подходы, технологии (Васильевские чтения — 2019): материалы международной научно-практической конференции / под ред. Ю. А. Шаранова, В. А. Шаповала. 2019. СПб.: Изд-во МВД России. С. 61-67.

решающих правил с использованием современных информационных технологий и программного обеспечения.

В качестве частных нами также рассматривались следующие гипотезы:

1. Профессиональное психологическое здоровье сотрудников ОВД представляет собой неспецифическую профессиональную компетенцию, интегрирующую в себе набор универсальных требований к психическому и психологическому здоровью, а также к личности сотрудника, отраженных в соответствующих государственных и ведомственных нормативно-правовых актах.

2. Наиболее удачным средством концептуализации профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД, как профессиональной компетенции и интегрального многоуровневого психологического феномена, может служить психодинамическая гуман-структуральная модель личности Г. Аммона, а релевантным данной концепции средством его операционализации в валидный психодиагностический конструкт — авторский Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс», разработанный на основе методологии Я-структурного теста Г. Аммона на репрезентативной институциональной выборке сотрудников ОВД с использованием библиотеки утверждений более 40 широко известных опросников и предназначенный специально для оценки профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД на уровне неосознаваемых Я-структурных компонентов личности в условиях недобровольных массовых обследований и психолого-психиатрической экспертизы профессиональной пригодности (с установкой на социальную желательность ответов).

3. В качестве валидных психодиагностических критериев профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД, объединяющих в себе как ресурсоцентрический, так и патоцентрический аспекты, может служить набор интегральных психодиагностических показателей Психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс», отражающих соотношение значений интегральных конструктивных и деструктивно-дефицитарных шкал в Я-структурной психограмме личности испытуемого: конструктивный ресурс личностной идентичности, ресурс субъектно-профессиональной идентичности, а также ресурс профессионально-психологической успешности.

4. Положенные в основу экспертной психодиагностической системы регрессионные и дискриминантные модели оценки интегральных показателей ПОЛО «Ресурс», разработанные с учетом требований к концептуальной, конвергентной и внешнекритериальной валидности, надежности, дискриминативности и репрезентативности методик, а также учитывающие специфику гендерных различий и возрастных особенностей испытуемых, позволят эффективно реализовать уровневый принцип оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД в условиях комплексной психолого-психиатрической экспертизы их профессиональной пригодности и регламентированных недобровольных массовых психопрофилактических обследований.

Объект, предмет, цель и гипотезы исследования определили постановку следующих задач:

1. Систематизация современных теоретико-методологических подходов к трактовке, исследованию, оценке и прогнозированию психического и психологического здоровья на основе анализа и обобщения литературных источников.

2. Исследование теоретико-методологических основ, определение содержания понятия, специфики и критериев профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД, как неспецифической профессиональной компетенции, интегрирующей в себе набор универсальных требований нормативно-правовых актов МВД России к психическому здоровью и личности сотрудника.

3. Теоретико-методологическое обоснование релевантности психодинамического подхода и гуманструктуральной модели личности Г. Аммона для концептуализации феномена «профессиональное психологическое здоровье сотрудника ОВД», как предмета психодиагностического исследования и комплексной психолого-психиатрической экспертизы профессионально-психологической пригодности.

4. Определение теоретических предпосылок и возможностей операционализации концепта «профессиональное психологическое здоровье сотрудника ОВД» в валидный и квантифицируемый психодиагностический конструкт, который может быть положен в основу экспертной психодиагностической системы.

5. Разработка релевантной концепту, специальной психодиагностической методики для оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД на уровне

центральных (неосознаваемых) Я-структурных компонентов личности в условиях комплексной психолого-психиатрической экспертизы их профессиональной пригодности и недобровольных массовых психодиагностических обследований, ее стандартизация, апробация и психометрическая экспертиза.

6. Концептуально-методологическое и информационно-технологическое обоснование экспертной психодиагностической системы для оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД в условиях массовых психопрофилактических обследований.

7. Разработка алгоритмов (решающих правил) экспертной психодиагностической квантификации и принципов градации испытуемых на группы (категории) профессионального психологического здоровья для автоматизированной экспертной психодиагностической системы.

8. Апробация, отладка, разработка способов адаптации и совершенствования автоматизированной экспертной психодиагностической системы оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД в условиях комплексной психолого-психиатрической экспертизы их профессиональной пригодности и регламентированных недобровольных массовых психопрофилактических обследований.

Теоретико-методологической базой проводимого исследования явились:

— требования нормативно-правовых актов (Федеральных законов, Постановлений правительства, ведомственных приказов, директив, наставлений и инструкций) к психическому и психологическому здоровью, личности и профессиональным компетенциям сотрудников ОВД;

— системный подход в психологии и интегративные модели психической организации человека (С. Л. Рубинштейн, Б. Г. Ананьев, Л. С. Выготский, В. Н. Мясищев, В. С. Мерлин, Б. Ф. Ломов, В. П. Зинченко, К. К. Платонов, А. В. Петровский, В. А. Барабанщиков, В. А. Ганзен, В. Н. Юрченко, Ю. М. Забродин, В. Н. Панферов, Е. В. Шорохова, Н. В. Беломестнова, Д. Н. Завалишина, Л. И. Анцыферова, Н. В. Васильева), в том числе — системный подход к исследованию личности в юридической психологии (А. М. Столяренко, В. Л. Васильев, В. Н. Кудрявцев, М. И. Еникеев, Ю. В. Чуфаровский, А. В. Дулов, М. В. Костицкий, И. И. Аминов, А. Ф. Зелинский, С. Н. Мамонтова, С. Н. Абельцев, И. И. Аминов, А. М. Бандурка);

— субъектно-деятельностный подход в психологии (Г. А. Асмолов, К. А. Абульханова-Славская, А. В. Брушлинский, М. И. Воловикова) в том числе — психологии субъекта различных видов профессиональной деятельности (В. А. Бодров, Л. Г. Дикой, Е. А. Климов, А. К. Маркова, Т. Л. Миронова, Л. М. Митина, К. К. Платонов, Ю. П. Поваренков, С. И. Съедин, В. Д. Шадриков, И. В. Сыромятников);

— междисциплинарный подход и культурно-историческая концепция (Л. С. Выготский, Л. С. Леонтьев, А. Г. Асмолов);

— феноменология здоровья в культуре и науке (О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов, У. Уоттлс, Дж. Пауэлл, Д. Голдберг);

— нозоцентрический подход в клинической и психологической оценке психического здоровья (Э. Крепелин, Э. Блейлер, О. В. Кербиков, П. Б. Ганнушкин, А. С. Кронфельд, J. C. McKinley, S.R. Nathaway, Л. Н. Собчик, А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин);

— критериальный подход к оценке психического здоровья (Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков, О. В. Бойко);

— этиопатогенетический подход и концепция социальной детерминированности психического здоровья (Ф. Ницше, В. Франкл, Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий, Р. М. Войтенко, П. И. Сидоров);

— концепции военно-психиатрической экспертизы психического здоровья военнослужащих, военной психогигиены и психопрофилактики, агрессивного и суицидального поведения, учения о нервно-психической неустойчивости (Л. И. Спивак, Г. И. Крамаренко, И. С. Рудой, В. К. Смирнов, В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, Т. Н. Берг, С. В. Чермянин, В. А. Корзунин, В. В. Юсупов);

— современные методологические подходы к оценке поведения, психического здоровья и личности с позиций судебно-психологической и комплексной психолого-психиатрической экспертизы (М. М. Коченов, Ю. М. Антонян, В. В. Гульдан, И. А. Кудрявцев, А. Р. Ратинов, Ф. С. Сафуанов, В. В. Нагаев, И. И. Мамайчук, И. А. Горьковая, О. Д. Ситковская, Н. Г. Иванов, В. П. Смирнов, Т. Г. Смирнова, Л. М. Балабанова, Е. В. Ермакова);

— концепции предпатологических состояний, предболезненных расстройств и уровневой оценки психического здоровья (Б. С. Фролов, С. Б. Семичев, С. В. Запускалов, Б. С. Положий);

— системной концепции психической адаптации (Г. Селье, Ю. А. Александровский; Ф. Б. Березин; А. А. Реан, Л. И. Вассерман;

А. Н. Алехин, Н. А. Бернштейн, В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский, В. М. Воробьев, С. Т. Посохова, У. Кеннон, И. В. Агличева);

— концепции психологического здоровья и психологически здоровой личности (Г. С. Никифоров, И. В. Дубровина, В. А. Ананьев, Б. С. Братусь, А. Ф. Лосев, В. И. Слободчиков, А. В. Шувалов, А. Г. Асмолов, А. В. Петровский, Г. С. Абрамова, Ф. Е. Василюк, М. В. Сокольская, О. В. Хухлаева, Т. В. Башкирева, В. С. Хомик, Т. Д. Дубовицкая, Е. Б. Маслов);

— ресурсный подход в оценке психологического здоровья (Н. М. Амосов, В. П. Казначеев, А. И. Григорьев, Г. Л. Апанасенко, Г. С. Никифоров, С. Мадди, Д. А. Леонтьев, Э. Шосторм, А. И. Анисимов, Н. Н. Киреева, Н. П. Рапохин);

— концепции профессионального здоровья (В. А. Пономаренко, В. А. Пискунов, В. И. Шостак, Л. А. Яньшин, А. Г. Маклаков, Г. С. Никифоров);

— концепции гармоничности отношений (В. Н. Мясищев, В. В. Столин, Н. Н. Обозов, А. А. Реан, М. А. Емельянова, Л. И. Анцыферова, Ф. Перлз, John Welwood) и социальной зрелости личности (Е. А. Уваров, И. С. Кон, А. Л. Журавлев, А. А. Реан, Н. В. Бордовская);

— концепции личностной и профессиональной идентичности, как предпосылки профессионального психологического здоровья (Э. Эрикссон, И. Г. Фихте, Дж. Марсиа, Дж. Мид, А. Адлер, К. Юнг, Р. Ассаджоли, О. Н. Дериси, Е. И. Кузьмина, Б. Д. Карвасарский, Дж. Сеймор, О. Коннор, Б. Шефер, Б. Шледер, Г. Брейкуэлл, Х. Тэджфел, М. Мольц, Л. Б. Шнейдер, Л. М. Путилова, А. И. Липкина, М. Г. Ярошевский, Н. В. Антонова, Л. М. Митина, Г. И. Малейчук, Г. У. Солдатова);

— концепция профессиональной надежности (В. Д. Небылицын, А. И. Губинский, В. Ф. Венда, В. Хаккер, В. А. Бодров, В. Я. Орлов, М. А. Котик, Н. Н. Головин, Н. Ф. Феденко, Г. С. Никифоров, Е. К. Веселова, В. М. Крук, Е. Ю. Стрижов);

— концепции психологического здоровья с позиций зарубежной психологически ориентированной психотерапии (Дж. Уотсон, Б. Скиннер, Д. Вольпе, А. Эллис, А. Бек, К. Роджерс, В. Франкл, Э. Берн, Ф. Перлз, Г. Олпорт, А. Маслоу, Р. Бэндлер и Д. Гриндер);

— теоретические основы психоаналитической психологии и психодинамического подхода к исследованию психического и психологического здоровья (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, О. Ранк, В. Райх, Г. Салливен, К. Хорни, Э. Фромм, О. Кернберг, Х. Кохут, Х. Хензе-

лер, Э. Якобсон, Х. Хартман, А. Фрейд, Д. Штерн, Э. Эриксон, Г. Айзенк, Г. Олпорт, К. Роджерс, А. Маслоу, Н. Мак-Вильямс);

— концепция динамической психиатрии и гуманитарно-структурологическая концепция личности (Г. Аммон, М. Аммон, И. Бурбиль, Э. Фабиан, Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Н. Г. Незнанов, М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский, С. Л. Соловьева) и близкие к ней по методологическим положениям теории (Д. Н. Узнадзе, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, Н. А. Бернштейн, В. С. Ротенберг, А. Е. Шерозия, В. В. Аршавский, Ф. В. Бассин, И. Н. Смирнова);

— психологические концепции профессионального отбора (В. А. Бодров, Б. В. Овчинников, Б. В. Кулагин, В. М. Звоников, М. М. Решетников, Т. П. Зинченко, А. А. Фрумкин, И. Н. Назимов, Д. Купер, А. Робертсон, И. В. Захаров, В. И. Дутов, А. А. Боченков, А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин, А. Н. Глушко, Ю. С. Шойгу, В. Ю. Рыбников; в том числе — в правоохранительных органах (М. В. Виноградов, А. И. Ермачков, Н. И. Мягих, Б. Г. Бовин, М. О. Калашников, В. А. Варламов, Г. В. Шутко, М. В. Кроз, И. О. Котенев, М. А. Бельченко, Ю. Н. Тарасова, Ю. Е. Скалин и др.);

— концепции и методология психологического обеспечения профессиональной деятельности военнослужащих Министерства Обороны России (Д. В. Гандер, А. Г. Караяни, Н. Д. Лысаков, А. Г. Маклаков, В. Н. Селезнев, В. Т. Юсов) и сотрудников ОВД (В. П. Вахов, М. И. Еникеев, А. В. Тимченко, Ю. Е. Аврутин, М. В. Пряхина, Н. Ю. Самарин, Л. Г. Почебут, С. П. Безносков, А. Г. Шестаков, Ю. А. Шаранов, В. Н. Смирнов, Е. В. Петухов, А. Д. Сафронов, М. И. Марьин, В. Е. Петров, А. И. Адаев, П. А. Корчемный, А. А. Ендржеевский, И. Ф. Солдатова и др.);

— концептуально-методологические положения в области современной тестологии (П. Клайн, К. М. Гуревич, Ю. З. Гильбух, В. М. Мельников, Л. Т. Ямпольский, А. Анастаси, А. Г. Шмелев), компьютерной психодиагностики (Л. И. Вассерман, В. А. Дюк, Б. В. Иовлев, О. Ю. Щелкова, А. Г. Шмелев, И. Н. Носс, О. А. Истомина, А. А. Васищев) и экспертных психодиагностических систем (Г. С. Осипов, Ю. М. Забродин, К. Р. Червинская, Л. В. Кан, Ю. М. Кузнецова, Н. В. Чудова, Т. А. Гаврилова, А. Н. Лебедев, Ю. М. Лотман, А. И. Молодченков, И. Н. Трофимова, A. Sanchez, W. A. Sands, M. F. Wiskoff,

R. Spiegel, Y. P. Nenh, M. B. First, R. L. Spitzer, M. Gibbon, J. M. Amosig, R. Martinez, E. Paculanang, J. H. Frenster);

— математические методы в психологических исследованиях (Г. В. Суходольский, Г. Шеффе, А. Д. Наследов, Е. В. Сидоренко, В. А. Якунин, Д. В. Сочивко, И. М. Кондаков) и другие.

Методы исследования. В работе использовался комплекс общенаучных методов: теоретико-методологический и логический анализ, построение аналогий, экстраполяция, обобщение и интерпретация научных эмпирических и теоретических данных, а также комплекс специальных методов, объединенных в рамках экспериментального исследования, включающий методы психологической диагностики, статистической обработки и математического анализа эмпирических данных с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS Statistics 21.

Теоретическая значимость исследования заключается в его научной новизне, расширении и углублении современных представлений о психологическом аспекте профессионального здоровья сотрудников ОВД и о неосознаваемых механизмах его детерминации качественным состоянием центральных Я-структурных личностных образований. В монографии представлена авторская концепция профессионального психологического здоровья сотрудников органов внутренних дел и описана технология разработки экспертной психодиагностической системы для его оценки, прогнозирования и мониторинга на основе авторского психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс» в условиях недобровольных массовых психопрофилактических обследований кандидатов на службу (учебу) и сотрудников ОВД России. Разработан оригинальный авторский концепт «профессиональное психологическое здоровье сотрудника ОВД», рассматриваемый в качестве интегральной, универсальной, неспецифической профессиональной компетенции сотрудника, а также технология его операционализации в валидный психодиагностический конструкт, квалиметрия которого основана на соотношении конструктивных (ресурсных) и деструктивно-дефицитарных (лимитирующих) компонентов неосознаваемой Я-структуры личности.

Практическая значимость монографии заключается в разработке специального авторского психодиагностического инструментария — Психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс» и базирующейся на его платформе экспертной психо-

диагностической системы оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД, реализованной в виде программного комплекса и автоматизированной информационной системы на основе лицензионной программы ABBYY FormReader (FlexiCapture) и Microsoft Access, предназначенной для эффективного использования в условиях массовых недобровольных психопрофилактических обследований испытуемых.

Практическое использование экспертной психодиагностической системы позволит повысить качество таких направлений психологической работы в ОВД, как: профессионально-психологический отбор лиц, поступающих на службу в ОВД и учебу в образовательные организации системы МВД России; психологическое сопровождение профессиональной подготовки и профессиональной деятельности сотрудников на протяжении всего периода их службы, психопрофилактика профессионального стресса и широкого спектра психопатологических и дезадаптационных состояний (эмоционального выгорания, профессиональных деструкций, аддиктивного, суицидального, противоправного, коррупционного и других видов отклоняющегося поведения), а также позволит осуществлять оценку эффективности и совершенствовать систему психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности ОВД России в целом.

С учетом возможностей современных информационных технологий (например, создания единого центра обработки данных в он-лайн и оф-лайн режимах) разработанная экспертная психодиагностическая система позволяет решать задачи оперативного психодиагностического мониторинга (психологического аудита) профессионального психологического здоровья и широкого спектра сопряженных с ним показателей (профессионально-психологической надежности, профессионально-психологической пригодности, стрессоустойчивости, антикоррупционной устойчивости и др.) неограниченных по численности контингентов сотрудников ОВД на различных уровнях — от локального и регионального до общеминистерского.

Область применения монографии: в качестве основной и дополнительной литературы для курсантов и слушателей, обучающихся по специальности 37.05.02 Психология служебной деятельности при изучении таких учебных дисциплин, как «Психология труда», «Психологическое обеспечение служебной деятельности», «Психологическая работа с личным составом. Организация психологической службы в органах внут-

ренных дел», «Психодиагностика», «Психиатрия», «Клиническая психология», «Психологическая коррекция и реабилитация», «Психология профессионального здоровья», «Психология профессионального развития. Акмеология», «Психология личности»; для адъюнктов и аспирантов, обучающихся по научным специальностям: 19.00.06 — «Юридическая психология»; 19.00.03 — «Психология труда, инженерная психология, эргономика», 19.00.13 — «Психология развития, акмеология», 19.00.04 — «Медицинская психология» и 19.00.01 — «Общая психология, психология личности, история психологии»; для научно-педагогических работников ведомственных образовательных организаций, а также психологов подразделений морально-психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности; клинических психологов и психиатров Центров психофизиологической диагностики (психического здоровья) медико-санитарных частей системы МВД России.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ ОВД

1.1. Социально-психологические предпосылки проблемы оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья кандидатов, поступающих на службу (учебу) и сотрудников ОВД

О социальной опасности лиц с изъянами в сфере профессионального психологического здоровья (далее — ППЗ), находящихся на службе в ОВД говорят случаи громких чрезвычайных происшествия (далее — ЧП) и резонансных преступлений, совершенных с сотрудниками за последнее 10-летие. Наиболее резонансным и «судьбоносным», как для ведомственной системы психологического обеспечения, так и для МВД в целом стало «расстрельное» дело экс-начальника ОВД по Московскому району Царицыно майора милиции Д. Евсюкова (2009), беспричинно открывшего прицельную стрельбу из огнестрельного оружия по персоналу и посетителям в московском супермаркете, в результате чего два человека погибли и более 20 были признаны потерпевшими¹. Данный инцидент инициировал распоряжение главы МВД о проведении внеплановых массовых психологических обследований сотрудников ОВД для выявления лиц, имеющих признаки социально-психологической дезадаптации, находящихся в кризисных жизненных ситуациях для принятия мер по оказанию им психологической и иной необходимой помощи. В обязанности ведомственных психологов было введено проведение ежегодных психологических обследований руководящего состава ОВД и строевых подразделений милиции. Кроме того, особое внимание министром было обращено на раннее выявление у сотрудников психических заболеваний и расстройств при проведении ежегодной плановой диспансеризации в ведомственных медицинских учреждениях, выявление сотрудников, злоупотребляющих спиртными напитками на службе и в быту, тщательное изучение психологических и иных профессионально значимых качеств личности кандидатов на должности руководящего состава, изучение

¹ В МВД РФ создается отдел социально-психологической поддержки [Электронный ресурс]. URL: <http://www.vesti.ru/doc.html?id=280342> (дата обращения: 02.03.2018).

морально-психологического климата в служебных коллективах и роли руководителей ОВД в его формировании. То есть отданное распоряжение главы МВД России напрямую указывало на проблемы *психического и психологического здоровья сотрудников*. В декабре того же года был издан указ Президента России «О мерах по совершенствованию деятельности органов внутренних дел Российской Федерации», с которого стартовала «милицейская», а в последующем «полицейская» реформа. Уже в одном из пунктов данного указа министру внутренних дел было предписано в 3-месячный срок пересмотреть порядок отбора кандидатов для службы (работы) в органах внутренних дел Российской Федерации с учетом их морально-этических и психологических качеств в целях повышения уровня профессионализма сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации¹.

В феврале 2010 года был подписан приказ МВД России № 80², утвердивший Руководство по морально-психологическому обеспечению оперативно-служебной деятельности ОВД России, в котором система морально-психологического обеспечения, включающая в себя и психологическую работу, направленную на формирование у сотрудников профессионально значимых психологических качеств личности, психологической устойчивости и готовности к эффективному выполнению оперативно-служебных задач, была определена как составная часть кадрового обеспечения МВД России.

Центральным событием проводимой ведомственной реформы стало принятие в феврале 2011 года нового федерального закона «О полиции»³, в рамках действия которого, по мнению Президента России, должна быть исключена сама возможность приема на службу в ОВД людей с неустойчивой психикой и отклонениями в состоянии психического и психологического здоровья.

¹ Президент подписал указ «О мерах по совершенствованию деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/news/6452>, п. 5 «а» (дата обращения: 12.08.2018).

² Приказ МВД России от 5 июля 2018 года № 428 «О признании утратившим силу приказа МВД России от 11 февраля 2010 г. N 80 "О морально-психологическом обеспечении оперативно-служебной деятельности органов внутренних дел Российской Федерации"» [Электронный ресурс]. URL: <http://docs.cntd.ru/document/552216441/> (дата обращения: 02.09.2019).

³ Федеральный закон от 07.02.11 № 3-ФЗ «О полиции» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/popular/police/> (дата обращения: 02.03.2019).

Однако, несмотря на радикальность реформирования министерства и массовую переаттестацию сотрудников из милиции в полицию, в марте 2012 года печальную известность на всю страну приобрел казанский отдел полиции «Дальний», 8 переаттестованных экс-сотрудников которого проходили по 60-томному «пыточному» уголовному делу о превышении должностных полномочий с применением насилия и специальных средств в отношении задержанных с причинением тяжких последствий. Менее громкими, но все же широко освещаемыми в СМИ стали дело похитителей, убийц и вымогателей — сотрудников отдела полиции района Хорошево-Мневники г. Москвы и дело красноярского полицейского — убийцы бомжей В. Тэна (2012), которые также внесли свой вклад в удар по имиджу сотрудников и по доверию к ним граждан. В этой связи на состоявшейся вскоре после казанского ЧП коллегии МВД России в фокусе особого внимания руководства ведомства оказались требующие безотлагательного решения проблемы *организации многоступенчатой системы выявления у сотрудников признаков психических отклонений* (курсив наш), проведения их обязательных периодических психофизиологических обследований, а также обеспечения надежности профессиональной деятельности личного состава¹. На состоявшемся вслед за коллегией в мае 2012 года заседании Координационно-методического совета по психологическому обеспечению работы с личным составом органов, подразделений, учреждений системы МВД России — высшем совещательном органе при заместителе Министра внутренних дел России — было принято решение о создании рабочей группы, которая займется подготовкой предложений по введению в практику деятельности подразделений психологического обеспечения многоступенчатой системы выявления у сотрудников признаков психических отклонений. К сожалению, до настоящего времени создание указанной системы в масштабе ведомства реализовать так и не удалось.

В июне 2012 года новым главой ведомства В.А. Колокольцевым была создана расширенная рабочая группа для разработки программы дальнейшего реформирования ОВД России. В разработанной ею

¹ О неотложных мерах по укреплению служебной дисциплины и законности в органах внутренних дел российской федерации: решение коллегии Министерства внутренних дел Российской Федерации (15 марта 2012 г.) // Приложение к приказу МВД России от 23.03.12 № 211 «Об объявлении решения коллегии МВД России».

«Дорожной карте»¹ основной акцент был сделан на проведении действенной кадровой политики, направленной на повышение кадрового профессионализма, эффективности системы подбора, расстановки и перемещения кадров, совершенствовании системы отбора кандидатов на службу в ОВД, включая *повсеместное внедрение современных методик тестирования* (курсив наш) и проверок, в том числе с применением методов контактных и бесконтактных психодиагностических комплексов и полиграфных устройств; а также развитие психологической службы ОВД.

Значительным событием в истории ведомственного психологического обеспечения явился выход в свет «Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации», которые впервые в истории не только министерства, но и всех силовых структур были утверждены специальным постановлением Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2012 года № 1259. В качестве критериев определения категорий профессиональной пригодности в них указывается уровень развития личных и деловых качеств кандидатов, необходимых для выполнения служебных обязанностей сотрудника ОВД Российской Федерации, а также наличие или отсутствие факторов риска, в том числе девиантного (общественно опасного) поведения, подлежащих выявлению в ходе проведения психологических и психофизиологических исследований (обследований), тестирований, медицинских обследований.

В сентябре 2013 года был издан приказ МВД России № 660, утверждающий Положение об основах организации психологической работы в органах внутренних дел России, которым психологам подразделений ОВД среди прочих обязанностей предписывалось проведение психологических обследований, направленных на изучение, анализ и оценку индивидуально-психологических особенностей личности кандидатов на службу и различных категорий сотрудников ОВД, а также выявление сотрудников, находящихся в кризисном состоянии, профилактику суицидальных происшествий и профессиональной деформации личности; проведение мероприятий психологической коррекции и реабилитации с сотрудниками, имеющими признаки нарушений психической адаптации. То есть в принятых

¹ Владимир Колокольцев принял на рассмотрение Дорожную карту [Электронный ресурс]. URL: <http://mvd.ru/document/829054> (дата обращения: 10.02.2019).

нормативно-правовых актах фактически вновь речь идет о профессиональном психологическом здоровье сотрудников.

Однако основная проблема превентивного обнаружения отклонений в психологическом здоровье кандидатов, поступающих на службу и действующих сотрудников, заключается в том, что большинство из них носят латентный, т. е. скрытый под фасадом внешней психической нормальности и даже успешности, характер. Для их выявления и экспертной психолого-психиатрической оценки традиционно используемые психиатрические и психологические критерии, оказываются трудно применимыми или вовсе неприменимыми, а для большинства ведомственных психологов, не имеющих специальной психиатрической и клинико-психологической подготовки, диагностика латентной психопатологии у сотрудников ОВД представляет непосильную задачу. Об этом, в числе прочих, свидетельствуют вышеупомянутые случаи общественно резонансных преступлений, совершенных сотрудниками за последние годы. Большинство фигурантов отмеченных уголовных дел успешно прошли психологическое тестирование и переаттестацию в полицию, положительно характеризовались руководством и сослуживцами. Так, например, Д. Евсюкова руководство считало хорошим оперативником, прочило ему блестящую карьеру¹. 30-летний полицейский из Красноярск В. Тэн, нанеший своему коллеге десять ножевых ранений и признавшийся в зверских убийствах бомжей, со слов заместителя начальника ГУ МВД Красноярского края, был идеальным стражем порядка и совершенно нормальным человеком, успешно прошел переаттестацию в полицию, неоднократно проходил психологическое тестирование у разных психологов, которые констатировали у него отсутствие каких-либо психических отклонений. Единственное, чем руководство объяснило его неадекватное поведение, — это внезапно возникшим психическим заболеванием².

В личном деле задержанного по подозрению в убийстве и расчленении своих соседей по коммуналке старшего лейтенанта полиции М. Дроника также каких-либо отметок об отклонении в состоянии здо-

¹ Нетабельный огонь [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rg.ru /2009/ 04/28/ nurgaliev.html> (дата обращения: 02.03.2019).

² В Красноярске полицейский признался в убийстве бомжей из-за «неприязни их асоциального образа жизни» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kp.ru/daily/25988/2919173/> (дата обращения: 25.11.2019).

ровья обнаружено не было¹. Иными словами, налицо факты несрабатывания традиционной ведомственной психодиагностической системы, подтверждающие ее недостаточную эффективность и необходимость в реформировании как в методологическом, так и в организационном плане.

По мнению организатора и экс-руководителя Центральной научно-исследовательской психофизиологической лаборатории (ЦНИПФЛ) МВД СССР (1981) известного психиатра-криминалиста профессора М. В. Виноградова: «...И тридцать лет назад, и теперь до 30 % желающих поступить на службу в милицию-полицию — это люди психологически, а иногда и психически нездоровые. Долгие годы это 30-процентная доля остается практически неизменной. И если психически больных, страдающих психическими расстройствами, среди них не так много, то людей с психологическими дефектами намного больше. Попадая в правоохранительные органы, такие люди начинают реализовывать свои комплексы и психопатологические наклонности. Они, пользуясь вседозволенностью, унижают, издеваются, бьют, насилуют. Некоторые за этим и идут, остальные просто не способны противостоять психологическим деформациям»². Как считает ученый, за последние двадцать лет в систему попало большое количество людей с психологическими проблемами, в связи с чем психологам предстоит огромная работа. По его мнению, в случае проведения масштабной психолого-психиатрической экспертизы действующих сотрудников МВД, примерно треть придется увольнять как склонных к насилию, алкоголизму и наркомании. Поэтому для оздоровления обстановки в наших правоохранительных органах МВД прежде всего нуждается в возрождении ранее действующей, психопрофилактической службы, успешно функционировавшей под научно-методическим руководством ведомственной ЦНИПФЛ и неоправданно ликвидированной в постсоветский период.

Нельзя не согласиться с мнением и неутешительными прогнозами ученого и в связи с наблюдаемым за последнее 10-летие серъ-

¹ Московского полицейского заподозрили в убийстве соседской семьи из трех человек Москва, 25 мая. INTERFAX.RU [Электронный ресурс]. URL: <http://www.interfax.ru/moscow/443609> (дата обращения: 25.05.2019).

² Уколов Р. Каждый третий не в порядке. 24.07.2012 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.profile.ru/article/kazhdyi-tretii-ne-v-poryadke-71536> (дата обращения: 19.09.2018).

езным кризисом ведомственной психологической диагностики, обусловленным:

1) использованием при профессионально-психологическом отборе и массовых психопрофилактических обследованиях сотрудников ОВД устаревшего и невалидного психодиагностического инструментария (из 56 показателей используемой тестовой батареи методик профессионального психологического отбора эффективно «работают» лишь 16, оптимальными являются всего 9 или 16 %) ¹;

2) легкодоступностью выложенных в сети «интернет» контента и ключей с правильными ответами практически на все психологические тесты, стоящие на вооружении ведомственных психологов, что профанирует и фактически дискредитирует саму идею экспертизы медико-психологической и профессионально-психологической пригодности, нанося существенный урон авторитету и репутации самих психологов (в глазах не только обследуемых сотрудников, но и в лице руководства ведомства), более 60 % временных затрат, усилий и ресурсов которых связано с личностной психодиагностикой ². Так, например, поисковая система сайта «Яндекс» на вопрос «Как пройти профессиональный отбор в полицию?» предоставляет 4 миллиона ссылок, среди которых есть такие, как: «ЦПД в МВД тесты онлайн — 2019 (с ответами)», «Как пройти полиграф в МВД без проблем», «Советы психолога: как отвечать на психологические тесты» и другие;

3) существенным репутационным ущербом, наносимым ведомственной системе психодиагностического обеспечения проникновением в неё коррупционно-протекционистских тенденций, а также появлением и использованием психологами такой нелегальной бизнес-услуги, как коучинг (натаскивание) кандидатов с целью прохождения ими профессионального психологического отбора при поступлении на службу в ОВД или на обучение в образовательную организацию системы МВД России;

¹ Кубышко В. Л. Совершенствование психологической работы в системе морально-психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности личного состава органов внутренних дел // Национальный психологический журнал. 2017. № 4 (28). С. 95–103.

² Кубышко В. Л., Крук В. М., Караваев А. Ф., Богачев С. В. Состояние, проблемы и пути совершенствования психологической работы в МВД: к итогам первой международной научно-практической конференции // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2017. № 4(71). С. 5–12.

4) кажущимся на первый взгляд парадоксальным фактом более чем 20-летнего (с 1998 г.) отсутствия в МВД России — самой крупной правоохранительной структуре государства, а также одной из самых авторитетных и развитых правоохранительных структур мира — специального психологического научно-исследовательского подразделения, способного осуществлять психометрическую экспертизу применяемого и разработку нового психодиагностического инструментария, а также валидных критериев профессионально-психологического отбора для ведомственных подразделений психологической работы и центров психофизиологической диагностики;

4) неоправданно низкой эффективностью и даже опасностью предпринятого палиативного варианта решения вышеуказанной проблемы психодиагностического обеспечения ведомственных подразделений психологической работы за счет массовой (около 1000 экземпляров) закупки дорогостоящих аппаратно-программных психодиагностических комплексов (АПК) «Мультипсихометр», изготовленных коммерческой организацией ООО «Научно-производственный центр «ДИП», на откуп которой до сегодняшнего дня фактически отдана конфиденциальная задача разработки критериев и нормативов профессионального психологического отбора сотрудников ОВД, а также невольное привлечение ведомственных психологов — потребителей её продукции к использованию нелегальных, контрафактных зарубежных психодиагностических методик и методик с непроверенными на институциональных репрезентативных выборках психометрическими характеристиками;

5) негласным административным запретом возможности применения ведомственными психологами новых психодиагностических методик, не входящих в перечни, одобренные координационно-методическим советом по психологической работе с личным составом органов, организаций, подразделений системы МВД России (2011) для проведения различных видов психологической диагностики (кандидатов на службу в ОВД и на поступление в образовательные учреждения системы МВД России; сотрудников при включении в резерв и назначении на руководящую должность; направляемых для выполнения служебных задач и выполнявших задачи в условиях чрезвычайных обстоятельств; при закреплении табельного оружия на постоянное ношение и хранение и др.), лишаящим их возможности проявлять креативность в поисках, апробации и использовании новых, более эффективных тестов, а также

зачастую превращающих их в бездумных пользователей и даже заложников «мультипсихометров», не желающих брать на себя ответственность при принятии судьбоносных экспертных и организационных решений в случаях расхождений их личного мнения с полученными «мультипсихометрическими» показателями, противоречащими истинному состоянию испытуемого, личному опыту и здравому смыслу психолога-эксперта;

6) снижением роли ведомственных центров психофизиологической диагностики (ЦПД) в профотборе поступающих на службу в ОВД кандидатов за счет сокращения числа выявляемых его специалистами факторов риска лишь до 3-х: злоупотребления алкоголем или токсическими веществами, потребления без назначения врача наркотических средств или психотропных веществ и склонности к совершению суицидальных действий¹;

7) неоправдавшимися надеждами на широкомасштабное внедрение трудоемкой, затратной и не всегда эффективной вероятностной скрининговой диагностики установленных факторов риска у кандидатов на службу (учебу) с помощью специальных психофизиологических исследований (СПФИ) с применением полиграфа.

В создавшейся ситуации система ведомственного профотбора является фактически «прозрачной» для проникновения в полицию категории карьероориентированных психопатических аномальных личностей, высокий интеллект, склонность к художественному вранью и дефицит эмпатии которых позволяет им без особых затруднений преодолеть барьер СПФИ и психологическое тестирование с помощью традиционных, десятилетиями применяемых тестов, правильные ответы на которые они легко могут найти в интернете, выдавая социально желательные результаты. Таких сложно распознаваемых, умело прикрывающихся «маской здравомыслия» «человеческих хищников»², инстинктивно чувствующих эмоциональные слабости своих жертв и искусно использующих их в своих манипуляциях, особенно привлекает профессия сотрудника ОВД, в которой они могут удовлетворять свою аномальную потребность в авторитетном

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1259 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации».

² Хаэр Р. Д. Лишенные совести. Пугающий мир психопатов / пер. с англ. М.: ООО "И.Д. Вильямс", 2007. 288 с.

и контролирующем влиянии на других людей, чувствуя вседозволенность, ища всевозможными способами вознаграждения, отрицая правила и социальные нормы, а также нарушая закон.

Одним из недавних примеров такого поведения служит инцидент, связанный с принуждением несовершеннолетней к действиям сексуального характера сотрудниками патрульно-постовой службы ОМВД России по г. Анапе в августе 2019 г., в результате которого одиннадцать полицейских понесли наказание¹, а также с жестоким изнасилованием коллегой-оперативником и последующим самоубийством на рабочем месте с применением табельного оружия следователя следственного отдела полиции Хостинского района УВД по г. Сочи, выпускницы Краснодарского университета МВД России 2019 г. Марии Ключковой 23 ноября 2019 г.²

В качестве отдельной темы следует рассматривать и ведомственные образовательные организации, которые в настоящее время зачастую становятся «инкубаторами», мягко говоря, сотрудников с изъянами в сфере профессионального психологического здоровья. Очевидно, что это связано с формальным подходом в организации системы морально-психологического обеспечения учебно-воспитательного процесса, а также несовершенной системой контроля качества образования, которая сегодня строится на 3-х формальных показателях: результатах государственной итоговой аттестации, промежуточной аттестации и контроле (тестировании) остаточных знаний. При этом совершенно не оцениваются и не учитываются психологические показатели выпускников, такие как правосознание, система ценностей, соотношение уровня их личностной конструктивности, деструктивности и дефицитарности, субъектно-профессиональной идентичности, способность брать на себя ответственность и принимать решения в условиях многозадачности, неопределенности и гиперстрессовых нагрузок, отвечающие за личностную компетентность будущего специа-

¹ «Принят ряд кадровых решений»: в МВД наказали 11 полицейских после дела о насилии над несовершеннолетней в Анапе [Электронный ресурс]. URL: <https://russian.rt.com/russia/article/670990-mvd-nasilie-nesovershennoletnyaya-anapa> (дата обращения: 02.03.2019).

² Пережогин Е. Почему застрелилась следователь из Сочи и кто довёл её до суицида [Электронный ресурс]. URL: https://life.ru/t/исследования/1257635/pochemu_zastrielilas_sledovatel_iz_sochi_i_kto_doviol_ieio_do_suitsida (дата обращения: 26.11.2019).

листа и свидетельствующие о его профессиональном психологическом здоровье. Об этом свидетельствует печальная статистика привлечения курсантов и выпускников ведомственных вузов к уголовной ответственности, в том числе и за насильственные преступления, к наиболее резонансным из которых можно отнести дело курсанта-убийцы и грабителя Санкт-Петербургского военного института внутренних войск МВД России И. Комарова (2013)¹.

В контексте преступления, совершенного доцентом СПбГУ Олегом Соколовым, признавшимся в убийстве выпускницы вуза, аспирантки Анастасии Ещенко 7 ноября 2019 г. с последующим расчленением её тела с целью избавления от улик, депутаты от «Единой России» внесли в Госдуму законопроект, которым предлагают ввести для преподавателей вузов обязательное психиатрическое освидетельствование не реже одного раза в пять². По-видимому, данный законопроект в случае его принятия будет распространяться и на научно-педагогических работников ведомственных образовательных организаций системы МВД России.

Кроме того, имеющие место случаи суицидов среди сотрудников ведомственных вузов, например, такие как самовольный уход из жизни на почве проблем и взаимоотношений по службе преподавателя Уральского юридического института МВД России Ольги Пестовой 25 октября 2019 г.³, свидетельствуют о том, что не теряет своей актуальности проблема ранней превентивной психодиагностики не только экстрапунитивных (внешне направленных агрессивно-насильственных), но и интрапунитивных (внутренне направленных, аутоагрессивных) поведенческих проявлений у субъектов ведомственной образовательной среды.

В этой связи особую актуальность сегодня приобретает такое новое направление психологической науки, как психологический

¹ Петербургский курсант ВВ МВД, убивший жену и сына наркополицейского, получил пожизненный срок [Электронный ресурс]. URL: <https://www.newsru.com/crime/12aug2014/cadetmvdllifesntspb.html> (дата обращения: 02.03.2019).

² В ГД внесли проект о психиатрическом обследовании преподавателей вузов / Владимир Федоренко [Электронный ресурс] // РИА Новости. URL: https://ria.ru/20191128/1561722000.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews (дата обращения: 28.11.2019).

³ В Екатеринбурге покончила с собой преподавательница института МВД [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosbalt.ru/russia/2019/10/28/1810177.html> (дата обращения: 28.10.2019).

аудит субъектов образовательной среды ведомственных вузов системы МВД России, а также разработка релевантного психодиагностического инструментария для его осуществления, а также для проведения макропсихологических обследований личного состава в рамках всего МВД России для получения и анализа объективных психометрических макропсихологических показателей профессионального психологического здоровья его сотрудников¹.

Учитывая тот факт, что социопатические личности не поддаются каким-либо воспитательным воздействиям и мерам психологической коррекции, при отборе кандидатов на службу (учёбу) к дополнительным противопоказаниям для осуществления правоохранительной деятельности уже давно предлагалось относить все формы поведенческих девиаций (делинквентности, патохарактерологического, аддиктивного поведения), имеющих непосредственное отношение к проблематике профессионального психологического здоровья сотрудников и проявляющихся у них агрессивностью, конфликтностью, безответственностью, склонностью, неисполнительностью, нарушениями трудовой дисциплины, коррупционным поведением, превышением служебных полномочий и др.²

Согласно современному психодинамическому (психоаналитическому) подходу, в психологии поведение человека в значительно большей степени детерминировано структурой его бессознательного, нежели осознаваемыми уровнями личности (о чем, например, также красноречиво свидетельствует так называемый феномен «маски нормальности» серийных убийц). Это же положение подтверждается криминологическими исследованиями последних лет (В. Н. Кудрявцев, Ю. М. Антонян, В. В. Гульдман, А. Н. Костенко, А. Ф. Зелинский, У. С. Дженебаев,

¹ Шаповал В. А. Экспертная психодиагностическая система как инструмент макропсихологических исследований и психологического аудита подразделений, органов и учреждений МВД России [Электронный ресурс] // Актуальные проблемы психологии правоохранительной деятельности: концепции, подходы, технологии (Васильевские чтения — 2018): материалы международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 29 марта 2018 года / под ред. Ю. А. Шаранова, В. А. Шаповала. СПб.: Санкт-Петербургский университет МВД России, 2018. С. 411–423.

² Шутко Г. В., Мягих Н. И., Бельченко М. А. Актуальные проблемы и направления совершенствования профессионального психологического отбора в органах внутренних дел: учеб.-метод. пособие. 3-е изд., перераб. и доп. Домодедово: ВИПК МВД России, 2012. С. 49.

В. Н. Судаков и др.), в которых все настойчивей утверждается ведущая роль бессознательного в системе детерминации преступного поведения. В этой связи прогнозирование девиантного поведения у кандидатов на службу в ОВД в психодиагностической ситуации экспертизы при выраженных диссимулятивных установках испытуемых и стремлении продемонстрировать социально одобряемый его стиль, представляется чрезвычайно сложной задачей и требует разработки новых психодинамически (психоаналитически) ориентированных методологических подходов, операционализированных с помощью релевантных и валидных средств психологической диагностики.

При этом с учетом постоянных требований правительства к повышению профессионализма сотрудников и доверия к ним со стороны общества сегодня, как в стратегическом, так и в тактическом отношении, прежде всего, следует вести речь о решении назревших методологических проблем, требующих нового теоретико-методологического осмысления, эмпирических исследований и практической разработки принципиально новых, более валидных и надежных, по сравнению с имеющимися, психодиагностических критериев не только и не столько латентной психопатологии, сколько критериев, информативно отражающих качество психологической нормы, то есть ресурс профессионального психологического здоровья сотрудника, а также релевантных методов его психологической диагностики и прогнозирования. Без этого шага любые организационные и технические мероприятия будут носить лишь фасадно-демонстративный характер и не смогут уберечь ОВД от очередных евсюковых, тэнов и дроников и др. Причем указанные критерии должны быть прогностически валидны, универсальны, квантифицируемы и мониторируемы, то есть должны позволять отслеживать объективную динамику показателей профессионального психологического здоровья сотрудников, отражающую психологическую «цену» их служебно-профессиональной деятельности, а также позволять осуществлять *психологический аудит* — оценку групповых или эпидемиологических показателей профессионального психологического здоровья служебных коллективов на различных уровнях ведомственной вертикали (локальном, районном, городском, областном, федерально-окружном, общеминистерском)¹.

¹ Шаповал В.А. Экспертная психодиагностическая система как инструмент макропсихологических исследований и психологического аудита подразделений, органов и учреждений МВД России // Актуальные проблемы психологии

Для того чтобы определить понятие «профессионального психологического здоровья» сотрудников ОВД, которое является объектом нашего исследования, на наш взгляд целесообразно рассмотреть его место в системе существующих понятий психического, психологического и профессионального здоровья, а также с позиций рассмотрения здоровья человека, как многоаспектной и целостной междисциплинарной категории.

1.2. Здоровье человека как многоаспектная и целостная междисциплинарная категория

Согласно Аюрведе (от «аюр» — жизнь, и веда — «наука» или «знание») — разделу Вед (древних трактатов, возраст которых исчисляется 3,5–6 тысячами лет), представляющему собой целостную (холистическую), всеобъемлющую систему медицинских, психологических и философских знаний о природе, темпераментах и здоровье человека, по праву считающейся праматерью тибетской и древнегреческой медицины, и оказавшей существенное влияние на развитие современной западной медицины и психологии, здоровье — это не просто отсутствие болезни, это *гармоничный баланс* тела, ума, сознания и окружающей среды¹. Несмотря на свою сложность и многоаспектность, человек целостен (един), поэтому состояние его здоровья является отражением степени этой *целостности*.

На санскрите *здоровье* обозначается понятием *свастха* (от сва — «Я», «свое»; а стха — «укорененность», место) и в буквальном переводе означает «*быть в себе*»² (отсюда выражение «ты не в себе», то есть нездоров), то есть, быть укорененным в своем истинном «Я», «быть в контакте с самим собой», иметь опору на понимание своей глубинной духовной природы, пребывание в состоянии «совершенно-

правоохранительной деятельности: концепции, подходы, технологии (Васильевские чтения — 2018) [Электронный ресурс]: материалы международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 29 марта 2018 года / под ред. Ю. А. Шаранова, В. А. Шаповала. — СПб.: Санкт-Петербургский университет МВД России, 2018. С. 411–423.

¹ Лад Васант. Аюрведа — наука самоисцеления. Древнейшие знание о причинах возникновения болезней и методах их лечения. Санта Те, Нью Мексика, 1984. С. 81.

² Аюрведа [Электронный ресурс]. URL: <http://dobrdoctor.boom.ru/index2.html> (дата обращения: 03.03.2018).

го внутреннего счастья»¹. Данное определение означает, что *здоровье* — это не просто отсутствие болезни или какая-то физическая сила, а естественное гармоничное состояние всего того, что человек считает самым собой. Только прочно укорененный в своем истинном «Я» способен излучать радость, воодушевление и энергию жизни, свойственные здоровому человеку.

«Я» — это сила *индивидуализации*, выделяющая человека из ему подобных. «Я» — ощущает себя здоровым, когда тело (физическая составляющая здоровья) не беспокоит, послушно, функционирует в оптимальном режиме и находится в гармонии с природой, а ум (интеллект) — в гармонии с коллективным умом общества или социальной группы, в которой человек живет. По сути дела, *равновесие и гармония* — это синонимы и ключевые определения здоровья². Кроме того, по ведическим канонам состояние здоровья неотделимо от счастья³. «Я» здорово, если понимает, в чем счастье (смысл) жизни.

Согласно Ведическим канонам, человек болеет и страдает от того, что сам себя ограничивает с помощью собственного ума и «ложного эго», предавая безграничную природу своей души, которая сама по себе никогда не болеет. При этом считается, что человек, не осознающий свою духовную природу, просто «не в себе». Он отождествляет себя с тем, чем по сути своей не является, формируя *ложное эго* и становясь в той или иной степени «не в своем уме». По сути, *здоровье* — это физическое счастье, одна из составляющих того, что человек ищет. Согласно Ведам, смысл человеческой жизни заключается в *самоосознании*. До тех пор, пока индивид отождествляет себя с телом, он находится под влиянием сил материальной природы (3-гун: невежества, страсти и благости) и испытывает страдания, связанные с рождением, болезнями, старостью и смертью. Однако образ жизни и мировоззрение, направленные на развитие самосознания и личностную самореализацию, обретение качеств истинного «Я» приводит человеческое существо к *целостности, гармонии* (от наиболее конкретных его

¹ Словарь терминов по аюрведе. [Электронный ресурс]. URL: http://thai.ucoz.ua/publ/ajurveda/slovar_terminov_po_ajurvede/13-1-0-139 (дата обращения: 02.03.2018).

² Аюрведа. [Электронный ресурс]. URL: <http://dobrdoctor.boom.ru/index2.html> (дата обращения: 03.03.2018).

³ О 4 целях ведической психологии или что значит «быть в себе»? [Электронный ресурс]. URL: <http://razum.kz/duhovnyi-poisk/o-4-tselyah> (дата обращения: 02.03.2018).

физиологических проявлений до наиболее абстрактных трансцендентальных ценностей), к удовлетворенности, счастью и здоровью. Здоровье (свастха) по Ведам, таким образом, прежде всего, означает ясное понимание человеком того, кто он такой и как ему себя гармоничным образом реализовать, то есть означает высокую степень достижения им осознанности и истинной, конструктивной *самоидентичности*.

В славянской традиции этимология понятия «здоровье» берет свое начало от древнеславянского *dogъ* — “дерево” и буквально означает “крепость, жизненная сила, твердость, стойкость, терпеливость, способность выстоять (устойчивость) при любых обстоятельствах”. Его смысловым синкретом служит «*dobъ*» (дуб) — лесное дерево, олицетворяющее внешний природный мир (дубовый лес), под влиянием которого складывался национальный характер и нрав русского человека. На Руси со словом «крепкий» близко соотносилось слово «добрый» (добротный), означавшее не только «крепкий» и «сильный», но и «красивый», «хороший», «славный», «сильный», «щедрый», «великодушный» — все вместе, но каждый раз в определенном сочетании, а также «богатый», как в материальном (много добра у него), так и в духовном, моральном смысле (много «добраго» для других). То есть «быть здоровым» издревле имело более широкий смысл, нежели просто «не болеть», «хорошо себя чувствовать» или «нормально функционировать». В большей степени это понятие отражало как социальные признаки, так и нравственные характеристики, приписываемые конкретному человеку или определенной группе людей.

Вплоть до XVI века под здоровьем понималось состояние, противоположное недугу, как благо или как награда за душевное и социальное здоровье. И лишь в результате значительной эволюции взглядов и этнических стереотипов в XVI веке на Руси появилось более близкое к современному представление о здоровье, как об оптимальном психофизическом состоянии человека¹.

В настоящее время одной из наиболее распространенных формулировок этого понятия является определение, записанное в уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): здоровье — это «состояние полного душевного, физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

¹ Колесов В. В. Мир человека в слове Древней Руси. Л., 1986. С. 94–211.

В этом определении внимание акцентируется на его физическом, душевном и социальном аспектах, а также не только негативной («отсутствие»), но и позитивной его трактовке с использованием ключевого слова «*благополучие*».

Сегодня здоровье также представляет собой междисциплинарную категорию, которая исследуется различными научными направлениями. Анализ его феноменологии в культуре и науке позволяет выделить три идеологии в определениях здоровья и нормы: традиционно медицинскую, валеологическую и психологическую¹. Если медицина чаще всего рассматривает здоровье, как отсутствие патологии, а норму, как меру вероятности возникновения болезни, то валеология (от лат. *valeo* — «быть здоровым»), как «общая теория здоровья», претендующая на интегральный подход к его исследованию, обращает свое внимание на уравновешенность организма со средой², а психология — на сформированность позитивных личностных сил (ресурсов), обеспечивающих здоровье. Г.С. Никифоров, рассматривая здоровье на трех взаимосвязанных и влияющих друг на друга уровнях: физическом, социальном и психологическом, подчеркивает значимость последнего, как предпосылки первых двух³. У. Уоттлс и Дж. Пауэлл выделяют двенадцать основных факторов, необходимых для того, чтобы человек чувствовал себя здоровым⁴:

- 1) наличие надежной системы взглядов на жизнь;
- 2) стабильный положительный жизненный настрой (способность видеть конструктивный аспект происходящих событий);
- 3) способность работать на пределе своих возможностей, периодически задействуя свои ресурсы;
- 4) наличие чувства сопричастности к духовной жизни (веры в помощь «свыше» в особо трудные моменты жизни);

¹ Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2001. 352 с.

² Фесенкова Л. В., Шаталов А. Т. Мировоззренческий и научный статус валеологии (к проблеме построения общей теории здоровья) // Баксанский О. Е., Лисеев И. К. Философия здоровья. М.: ИФ РАН, 2001. С. 110–128.

³ Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. 607 с.

⁴ Искусство быть здоровым / У. Уоттлс, Дж. Пауэлл; пер. с англ. Д. Рапопорт. СПб.: Питер Пресс, 1997. 128 с.

5) способность быстро адаптироваться к изменяющимся условиям (учиться, переучиваться, совершенствоваться);

6) умение быстро реагировать на стресс (действием или изменением отношения к ситуации) и восстанавливаться после него;

7) повышенная восприимчивость к позитиву (умение замечать хорошее вокруг себя);

8) удовольствие от физических нагрузок (чувство «мышечной радости»);

9) умение анализировать свои чувства и доверять им;

10) стремление внести свой вклад в жизнь других людей (оставить свой след);

11) умение проявлять великодушие и благородство (выстраивать позитивные отношения с другими);

12) обладание чувством юмора.

Таким образом, здоровье также, как и сам человек, многоаспектно и едино (целостно). Кроме того, состояние здоровья и отражает степень этой целостности. Поэтому любое разделение целостных проявлений человека, в том числе его здоровья на физическое, психическое, психологическое, социальное, духовное и т. п. носит условный характер и имеет смысл лишь в познавательных и исследовательских целях для решения специфических прикладных задач.

1.3. Соотношение понятий психического и психологического здоровья

1.3.1. Психическое здоровье в контексте психиатрического нозоцентрического подхода (проблемы психической нормы и патологии)

В современной западной медицине здоровье в целом и психическое здоровье, в частности, долгое время (а порой и до сих пор) определялось от противного — если нет объективных нарушений в функционировании организма, нет жалоб и болей, странного поведения, не зафиксирована болезнь, значит, можно говорить о здоровье тела и души. Кроме того, основное внимание медицинских практиков и исследователей в большей мере сосредоточено на разнообразии болезненных проявлений (патос), чем на проявлениях здоровья¹.

¹ Притча «Что муж ни сделает, то и хорошо» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.syntone.ru/library/parables/content/383.html> (дата обращения: 03.11.2018).

Вопрос о границах нормы и патологии психики по сей день для многих людей является волнующей загадкой, попытка разрешить которую осуществлялась во все времена различными учеными и исследователями — медиками, психиатрами, психологами, социологами, юристами.

Проблема психической нормы и патологии прежде всего связана с попыткой определения их границ и обозначения той черты, за которой начинается аномальное развитие психической деятельности. Сначала бытовало мнение, что патология возникает внезапно и может быть объективно зафиксирована. Позже возникла теория пограничных состояний, с условными границами для отделения грубых психических расстройств, бросающихся в глаза неспециалисту как явно неадекватного поведения от менее заметных и серьезных нарушений. Однако уже в начале XX века многие психиатры стали замечать, что границы, отделяющие здоровье от болезни, оказываются крайне неустойчивыми и крайне неопределенными, а «область нормы в действительности переполнена многочисленными мелкими и крупными явлениями, только количественно отличающимися от несомненно ненормальных»¹. Поэтому на смену дилемме «человек либо сумасшедший, либо нет» пришло, быстро приобретя широкую популярность, представление о «плавающей» границе между нормой и патологией и ступенчатом процессе перехода от состояния здоровья к состоянию болезни.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет *психическое здоровье* как состояние *благополучия*, при котором человек может реализовать свой собственный *потенциал*, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия и эффективного функционирования как для самого человека, так и для человеческого сообщества. Это основное понятие психического здоровья соответствует его широким и разнообразным интерпретациям в разных культурах².

В качестве критериев *психического здоровья* ВОЗ выделяет следующие:

1) осознание и чувство непрерывности, постоянства и *идентичности* своего физического и психического «Я»;

¹ Ганнушкин П. Б. Избранные труды / под ред. О. В. Кербикова. М., 1964. 292 с.

² Системный подход [Электронный ресурс]. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki> (дата обращения: 03.10.2018).

2) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

3) *критичность* к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

4) соответствие психических реакций (*адекватность*) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

5) способность к самоуправлению поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

6) способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы;

7) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств¹.

Вышеперечисленные критерии психического здоровья, предложенные ВОЗ, некоторые авторы дополняют такими, как: причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность; соответствующая возрасту человека зрелость чувств; самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов; чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней; максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности; постоянство места проживания². В рамках данного толкования вероятность попадания среднестатистического человека в категорию психического нездоровья значительно повышается, хотя при этом ему не требуется столь интенсивное вмешательство, как психически больному.

Психиатрия вместе с другими клиническими дисциплинами оперирует прежде всего такими понятиями как «симптом» (отдельный патологический признак), «синдром» (совокупность симптомов, обусловленных механизмом развития патологического процесса) и «диагноз» (конкретный вид болезни, нозос), в связи с чем ключевым по клиническим критериям моментом качественного отграничения нормы от патологии является наличие или отсутствие у человека диагноза психического заболевания (отклонения, расстройства). Это и есть так называемый нозоцентрический подход, клинические критерии

¹ Психиатрия / Критерии психического здоровья (по ВОЗ). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.medichelp.ru/posts/view/7274> (дата обращения: 02.03.2019).

² Лакосина Н.Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. – М., 1984, 272 с,

психического здоровья при котором оказываются весьма размытыми. Работа по созданию совершенной классификации психических болезней обнаружила отсутствие единого их понимания не только между психиатрами отдельных стран, но и внутри каждой страны. Оказалось, что в название одной и той же болезни психиатры разных стран и школ вкладывают различное содержание. Поэтому современная Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10), принятая ВОЗ и действующая с 1994 года по настоящее время, является своеобразным соглашением ведущих специалистов в области психиатрии, и лишь приблизительно отражает реальные границы между нормой и патологией. Даже наиболее выраженные психические расстройства, именуемые психозами, различаются только по субъективным критериям, главный из которых — отсутствие у больного понимания своего болезненного состояния. А наиболее распространенные «пограничные» психические расстройства априори занимают промежуточную позицию между нормой и патологией.

Одной из причин «кризиса» современной психиатрии, как науки о психических заболеваниях, отклонениях и расстройствах, является традиционное рассмотрение целого ряда теоретических и практических ее вопросов с позиций расширительного толкования психических заболеваний и малой изученности психического здоровья, а также области психических расстройств и изменений, находящейся на границе между ними. Вместе с тем до настоящего времени само понятие «психическое здоровье» и критерии его оценки до конца не определены, существующие точки зрения крайне противоречивы, а порой и взаимоисключающи.

Диагностика нормы и патологии, здоровья и болезни в соматической медицине базируется на соответствии или несоответствии анатомо-физиологического состояния органов и систем, а также лабораторных биохимических показателей определенным среднестатистическим стандартам. В психиатрии данный подход оказывается несостоятельным, потому что практически не существует психических переживаний или поведенческих актов, которые можно было бы априорно, в отрыве от целостной оценки состояния субъекта, квалифицировать как совершенно чуждые здоровой психике, болезненные проявления.

Понятия «здоровье» и «норма» — так же, как понятия «болезнь» и «патология» близки, но не тождественны. Понятие здоровья гораз-

до шире, богаче понятия нормы и по отношению к задачам медицины оказывается более информативным, поскольку включает в себя *степень здоровья* и *степень болезни*, процесс заболевания, патогенеза, и процесс выздоровления, саногенеза. По мнению В. К. Смирнова, важную часть психического здоровья человека составляют социальное поведение, продуктивность труда, межличностные отношения, личностные ценности, творчество, эволюция личности, возможности реализации ее духовного и интеллектуального потенциала. Из данного определения следует, что, например, в обществе, переживающем социально-экономический кризис, здоровы лишь очень немногие. К нездоровыми следует отнести всех без исключения безработных или малообеспеченных людей; лиц, находящихся в экстремальных условиях, переживающих жизненный кризис и т. п. Здесь уместно привести слова крупнейшего австрийского психиатра и психолога, бывшего узника Освенцима В. Франкла: «...человек в конечном счете существо самодетерминирующее. Кем он становится — в границах наследственности и среды — зависит от него самого. В концлагерях, например, — в этой живой лаборатории и на этой испытательной площадке — мы наблюдали, что некоторые вели себя, как свиньи, в то время как другие вели себя, как святые. Человек заключает в себе обе возможности; какая из них реализуется, зависит от принимаемых решений, а не от условий». Отсюда очевидно, что состояние психического здоровья характеризуется не столько социальным, сколько *нравственным благополучием* личности.

Спецификой психиатрического подхода в вопросах психопрофилактики и психогигиены является распространение принципов клинического мышления на область психического здоровья, которое рассматривается как сборная группа качественно различных состояний, отличающихся друг от друга предрасположенностью к тем или иным психическим заболеваниям. *Нозоцентрический подход* помогает ответить на вопрос о том, к каким психическим заболеваниям предрасположено данное лицо; вероятностное понимание здоровья — на вопрос, в какой степени выражена эта предрасположенность.

В настоящее время психическое здоровье у лиц, поступающих на службу в ОВД (учебу в образовательные организации высшего и среднего образования МВД России) практически оценивается по *нозоцентрическому принципу* в процессе проведения военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) и медицинского освидетельствования в соответствии

с требованиями к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел Российской Федерации¹. Для признания кандидата (сотрудника) психически здоровым у него на момент обследования должны *отсутствовать* психические расстройства, перечисленные в статьях 14–20 расписания болезней, определенных и утвержденных постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 года № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».

1.3.2. Психическое здоровье в контексте нормоцентрического (ресурсоцентрического) подхода

По мнению С. Б. Семичева необходимым дополнением к *нозо(пато)-центризму* служит *нормо(ресурсо)центрический подход*, направленный на идентификацию сохранного потенциала личности и противостоящие психическим расстройствам факторы, препятствующие неоправданной гипердиагностике².

Психическое здоровье следует рассматривать в свете способности психики к самоорганизации (саморегуляции, самообновлению, самовосстановлению). Чем мощнее *механизмы самовосстановления*, тем выше динамическая устойчивость психики. Однако если на биологическом уровне эти механизмы являются автоматическими (неосознаваемыми), то на психическом уровне главным является элемент осознания, волевой саморегуляции. Человек может осознанно помогать себе в разрешении психических проблем.

Кроме того, особенности стиля мышления, аффективности, мировоззрения, эталоны поведения и границы их возможных вариаций находятся в тесной зависимости от исторических, общественных, этнических, культуральных и региональных условий, что требует раз-

1 Приказ МВД России от 2 апреля 2018 г. № 190 «О требованиях к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел Российской Федерации, и сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, перечнях дополнительных обязательных диагностических исследований, проводимых до начала медицинского освидетельствования, формах документации, необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, порядке проведения контрольного обследования и повторного освидетельствования и о признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов» // ИПП «Гарант.Ру» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71835384/> (дата обращения: 02.03.2019).

2 Семичев С. Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 183 с.

работки *критериев социальных норм психического здоровья*. Особенно это касается представителей экстремальных видов профессиональной деятельности, к которым по праву относится служба в ОВД. Так, кроме отсутствия психопатологии, психически (а по сути — психологически) здоровыми принято считать сотрудников, которым присущи нравственная зрелость, достаточный уровень умственного развития, психологическая уравновешенность, способность к освоению специальности, адаптации к службе и преодолению специфических для нее психофизических и психологических нагрузок.

Психическое здоровье в широком смысле слова ассоциируется с такой целью нашего существования, как потребность *личностной самореализации* (обретения Я-идентичности) и обеспечивает его социальную сферу жизни. Чтобы реализовать себя среди себе подобных субъект должен обладать достаточным уровнем психической энергии (показатель работоспособности), и в то же время быть достаточно гармоничными и пластичными, чтобы соответствовать требованиям общества (адаптироваться). Поэтому ключевыми понятиями психического здоровья являются *активность* (сила) и *адаптивность* (гармония). Кроме того, для здоровой личности присуща устойчивая «Я-концепция» или конструктивная Я-идентичность, основанная на позитивной, адекватной, стабильной самооценке и самопринятии. Эти критерии в прямых и косвенных выражениях являются основными при характеристике психического состояния и диагностике психического (а по сути — и психологического) здоровья. Однако вследствие слабой научной разработанности данных вопросов эта оценка пока имеет большую долю относительности и субъективизма, чем была вызвана потребность в развитии концепций психологического здоровья.

В практическом отношении, в аспекте **социальной адаптации** по сей день наиболее важным остается показатель *психической адекватности*.

1.3.3. Психическое здоровье в контексте теории психической адаптации

Наиболее близко понятия психического и психологического здоровья соотносятся в контексте **теории психической адаптации**. В данном контексте психическое здоровье проявляется *устойчивостью* организма, психики, личности *к воздействию различных экстремальных факторов среды* (*стрессоустойчивостью, нервно-психической, психологической, психоэмоциональной, фрустрационной устойчивостью*

и т. п.), которая выступает главным фактором сохранения гомеостаза (равновесия) в напряженных условиях существования, а также предотвращения развития психических расстройств и поведенческих отклонений (гомеостатический подход У. Кеннона, 1929). Главным признаком **нервно-психической устойчивости** являются гармоничные отношения индивида с окружающей средой, критериями которых выступают: *успешность деятельности, достижение поставленных целей, бесконфликтность общения, хорошее состояние здоровья, удовлетворенность собой и жизнью.*

Гомеостатический подход, ограничивающий все адаптационные проявления рамками среды и подразумевающий пассивность личности при «врастании» в эту среду, не способен отразить экзистенциальный смысл адаптации человека и объяснить феномены личностного роста и многие духовные потребности личности¹.

В отличие от него, подход, рассматривающий феномен адаптации как *процесс самораскрытия личности* акцентирует стремление субъекта обрести собственную стратегию взаимодействия с любой новой окружающей реальностью, преобразовать диапазон и вектор проявления своих адаптационных возможностей в соответствии с собственным мироощущением, собственным видением происходящего и себя в нем. Центральной в данном подходе является внутренняя активность личности в достижении адаптационных целей, изменение окружающей среды согласно собственной модели «потребного будущего», а также установление гармоничных отношений с самим собой. Адаптация в различных условиях существования рассматривается как, прежде всего, адаптация личности, главным механизмом которой выступает уровень развития личностной регуляции. Именно благодаря личностным регуляторным функциям человек может жить, сохраняя здоровье и способность к продолжению рода в условиях «ранее не совместимых с жизнью», достигая соответствия требованиям среды или преодолевать зависимость от среды, раскрывать свой потенциал, преобразовывать себя и окружающую среду. Данный подход с нашей точки зрения является наиболее продуктивным для рассмотрения процесса профессиональной адаптации и профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.

¹ Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности. СПб.: Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена, 2001. 240 с.

Равно как здоровью противостоит болезнь, норме — патология, адаптации противостоит дезадаптация. Разграничение понятий психической *адаптации* и *дезадаптации* впервые было проведено Ю. А. Александровским (1976). Психическая адаптация и дезадаптация рассматриваются им как выражение системной синтетически интегрированной деятельности многих биологических и социально-психологических подсистем, формирующих индивидуальные возможности индивидуального *личностного барьера* психической адаптации. Функционированием последнего в пределах «нормальных» параметров в значительной мере обеспечивается психическое здоровье человека. Изменение основных показателей адаптивности барьера психической адаптации, наступающее при различных «поломках» основных его механизмов, приводит к извращению системных возможностей психической адаптации или к дезадаптации¹. Очевидно, что барьер психической адаптации по Ю. А. Александровскому отождествляется с границей между нормой и патологией, которая реально существует у каждого индивида в конкретной жизненной ситуации. Клиническим выражением ослабленных возможностей барьера психической адаптации служит появление пограничных нервно-психических расстройств. «Нормальные» и «поломанные» механизмы психической адаптации существенно различаются направлением личностного развития: на уровне «оперативного покоя» барьера психической адаптации движение идет в сторону личностного роста, а при «поломках» — в сторону личностной деградации.

Таким образом, под *психической дезадаптацией* Ю. А. Александровский понимает состояние, при котором психофизиологические и социально-психологические механизмы, исчерпав свои резервы от воздействия психогенных факторов, более не могут обеспечивать адекватное отражение действительности и регуляторную деятельность человека. Психическая дезадаптация характеризуется *преобладанием хронических отрицательных эмоций, дезорганизацией деятельности, утратой временной перспективы*. При этом могут отмечаться нарушения восприятия пространства и времени, необычные психические состояния, ярко выраженные вегетативные реакции.

Дезадаптация может рассматриваться и как процесс и как результат. Она может быть обратимой (временное снижение функциональ-

¹ Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976. 272 с.

ных возможностей психики) и необратимой (хронические психические расстройства).

Дезадаптация также может быть определена как результат внутренней, внешней или комплексной дисгармонизации взаимодействия личности с самой собой и с обществом, проявляющейся внутренним дискомфортом, нарушениями деятельности, поведения и взаимоотношений личности.

Выделяют *патогенную, психосоциальную и социальную* виды дезадаптации. Патогенная проявляется неврозами, психопатиями, нарушениями работы анализаторов, соматическими нарушениями. Психосоциальная дезадаптация трактуется как результат половозрастных изменений, акцентуаций характера, неблагоприятных проявлений эмоционально-волевой сферы. Социальная дезадаптация проявляется нарушениями норм морали и права, асоциальными формами поведения, деформацией системы внутренней регуляции референтных и ценностных ориентаций, асоциальными установками. В контексте проблематики девиантного поведения сотрудников ОВД, затронутой нами во введении, присущий им данный вид дезадаптации последние годы приобретает высокую распространенность и актуальность.

Дезадаптация также может быть латентной (*скрытой*), когда человек носит в себе разрушительные эмоции и чувства, такие как обида, тревога, страх, одиночество; *открытой*, когда внутренние состояния проявляются в поведении и *ярковыраженной*, когда она затрагивает не только самого человека, но и социальное окружение.

Кроме того, выделяют *ситуативную, временную и устойчивую* дезадаптацию. Дезадаптация может быть обращена как вовнутрь, так и на окружение. Она может осознаваться или не осознаваться человеком. Вызывать или не вызывать желание измениться или что-то изменить.

А. А. Реан считает, что психологическая, психосоциальная и социальная дезадаптация чаще всего запускается механизмом *когнитивного диссонанса*, который возникает при рассогласовании субъективных когнитивных образов с действительностью. Механизм, противостоящий развитию дезадаптации, автор называет «*социально-психологической терпимостью личности*», выделяя два ее вида: *сенсуальную и диспозиционную*. Сенсуальная терпимость связана с классической толерантностью — устойчивостью к воздействиям окружающей среды, включая воздействия субъектов личностного взаимодействия, с ослаблением реагирования на неблагоприятные факторы

за счет снижения чувствительности к их воздействию. *Диспозиционная терпимость* указывает на предрасположенность, готовность к определенному типу реакций личности на среду и определяется установками личности, ее системой отношений к действительности, к другим людям, к их поведению, к себе, к воздействию других на себя, к жизни вообще.

Психическую адаптацию и дезадаптацию следует представлять как глобальные психические процессы, начало которых характеризуется возникновением психологической проблемы и проблемной психической ситуации. От обычных жизненных ситуаций проблемные психические ситуации отличаются следующими признаками:

- в проблемной психической ситуации оказываются блокированными очень актуальные для субъекта потребности, от удовлетворения которых он не может отказаться;

- в индивидуальном опыте субъекта нет подходящего способа решения возникающих в данной ситуации задач;

- развивается колоссальное психоэмоциональное напряжение, которое призвано мобилизовать запредельные механизмы психики для решения возникшей психологической проблемы;

- при чрезмерном психоэмоциональном напряжении в адаптацию включаются бессознательные психологические защиты.

Иными словами, можно сказать, что психическая адаптация — это психическая регуляция в проблемной психической ситуации или в условиях стресса. В результате этого процесса личность приобретает новый опыт: расширяется степень ее свободы и ответственности, принимается новый статус индивидуальности и социальной интеграции.

Нормальная психическая адаптация характеризуется переходом к новым уровням развития потребностей и личности в целом. Психологические проблемы человека имеют различный характер и содержание. По характеру они подразделяются на ситуационные и личностные. Распознавание ситуационных проблем обычно не вызывает затруднений. Например, у человека случилось горе: он потерял близкого, нарушились жизненно важные планы и установки по независящим от него обстоятельствам. Однако важно определить, что эта ситуация действительно для индивида субъективно значима. Бывают случаи, когда психологу кажется, что его клиент должен находиться в стрессовом состоянии (к примеру, у него умерла мать), в то время как на самом деле он совершенно спокойно относится к этому событию. Тогда он не нуждается в психологической поддержке и помощи,

но следует подумать о возможных тяжелых нарушениях адаптивности в форме психического заболевания.

Личностные проблемы распознаются сложнее, потому что не каждый склонен делиться ими с окружающими, но о возникновении проблемной психической ситуации можно догадаться по другим признакам. Главный из них — это чрезмерное психоэмоциональное напряжение, которое у одних людей сопровождается повышенной раздражительностью или вспыльчивостью, у других — отчаянием или депрессивными переживаниями, у третьих — выраженным чувством неудовлетворенности и фрустрации. В процессе адаптации можно наблюдать изменения в поведении, сосредоточенность или рассеянность, забывчивость. Возможны расстройства сна и возникновение неврозоподобных симптомов (тяжесть в голове, ощущение сердцебиения, пульсации сосудов, дискомфорта в желудочно-кишечном тракте и др.). При нормальном течении адаптации все указанные явления быстро исчезают, как только находится субъективное решение психологической проблемы.

Если адаптация затягивается, то в работу над проблемой включаются подсознательные адаптационные психические процессы или механизмы психологической защиты, которые при несостоявшейся адаптации становятся патологическими. Речь, в частности, идет о таких процессах как внушение, психологическое заражение, подражание, идентификация.

Психическая адаптация, как и психическое развитие в целом — это позитивны процессы, на этапах которого отмечается новое, более совершенное состояние адаптированности. Эти этапы можно определить как шаги личностного роста. Таким образом, приобретение позитивного жизненного опыта становится возможным только через преодоление психологических проблем путем последовательных процессов психической адаптации. Какими бы глубинными на первый взгляд не казались адаптивные психические реакции, важен результат — какой, в конечном счете, выходит личность из той или иной проблемной ситуации.

При *состоявшейся адаптации* этот выход характеризуется расширением диапазона психической адаптивности.

Нарушения адаптации тормозят психическое развитие на возрастных этапах, уводят его в сторону патологических вариантов развития, препятствуют личностному росту. Каждая несостоявшаяся

адаптация оставляет стойкий след, подталкивающий человека на ложный путь в новых проблемных ситуациях.

Успешность решения психологических проблем зависит от следующих компонентов целостной личности: интеллектуальных способностей, знаний, умений и навыков; регулятивных психофизиологических свойств — типа высшей нервной деятельности, темперамента, характера; субъективной активности — ее направленности, целеустремленности, устойчивости жизненной позиции и др. Основополагающее значение имеет сбалансированность свойств целостной личности как внутри названных компонентов, так и различных компонентов между собой. Так, человек с посредственными интеллектуальными способностями может иметь высокую психическую адаптивность за счет трудолюбия, умения прислушиваться к постороннему мнению, ориентированности на практическую деятельность. При явной акцентуации характера, например, астенического типа, при котором недостаточен энергетический потенциал, адаптивность достигается нахождением соответствующего индивидуального стиля деятельности, ее упорядоченности.

В адаптации можно выделить два принципиально различных этапа, которые при формировании психически здоровой личности тесно взаимосвязаны между собой и должны быть обязательно завершены.

Научные представления о первом этапе адаптации опираются на концепции реактивности (равновесия со средой), гомеостаза (постоянства внутренней среды). Любой живой организм в изменяющихся условиях среды стремится сохранить некоторые константы. Например, малейшие изменения водно-солевого и кислотно-щелочного равновесия в крови человека приводит к тяжелым нарушениям в организме. Диапазон колебания температуры тела, при котором органы и системы организма могут нормально функционировать, также крайне узкий. Точно также обстоит дело с психическими функциями — они могут осуществляться в определенном диапазоне условий. Тем не менее, приспособительные способности человека достаточно высоки за счет резервов организма и психики. Эти резервы обеспечиваются механизмами физиологической и психической регуляции.

Гомеостатический этап адаптации иногда называют «средовой» адаптацией (адаптация ребенка в школе, адаптация курсантов вуза, адаптация в условиях заключения и т. п.). Но если бы адаптация ограничивалась простым приспособлением за счет выработанных в эволюции механизмов психофизиологической регуляции, то трудно было бы объяснить феномен развития целостной личности.

Поэтому обязательно должен наступить второй этап адаптации, который основывается на концепции активности. В свое время физиологом Н. А. Бернштейном было замечено, что вместе со стремлением биологических систем к постоянству в них наблюдается противоположная тенденция. Автор связал ее с активностью живых систем, направленной на достижение «устойчивого неравновесия». Эта сторона адаптации особенно важна для человека, для развития его целостной личности.

Например, в отношении адаптации курсантов образовательных организаций системы МВД России можно, констатировать важность приспособления к необходимости беспрекословного выполнения приказаний и установленных требований, что считается необходимым условием жизнедеятельности режимных подразделений. Но это только первый этап так называемой «средовой» адаптации. Если бы на этом этапе адаптация прекращалась, то ведомственные вузы воспитывали бы безответственных и безынициативных специалистов.

Активный этап адаптации целостной личности способствует творчеству, формирует свободу и ответственность, способность принимать самостоятельное решение в нештатных ситуациях. Именно на это направлена отечественная доктрина воспитания и наша концепция профессионального психологического здоровья.

На этапе активной адаптации целостной личности происходит становление индивидуальности. Индивидуальность, с одной стороны, понимается как особенность типологических свойств. Известно, что каждый тип характера имеет свои преимущества и ограничения. Для людей с акцентуацией характера важна их правильная профессиональная ориентация и выработка индивидуального стиля деятельности. Профессия к таким людям должна подходить «как ключ к замку». С другой стороны, индивидуальность трактуется как неповторимость человека. Достаточно сказать, что электрические потенциалы головного мозга у людей (электроэнцефалограмма) так же индивидуальны, как и отпечатки пальцев. Особенно неповторим внутренний мир человека с его субъективными переживаниями и отношениями к окружающим людям и самому себе. Важно, насколько адекватны у человека представления о своей индивидуальности. Психическую адаптивность ограничивают как завышенная, так и заниженная самооценка психологических качеств и личностных особенностей.

1.3.4. Индивидуальное и общественное (социальное) психическое здоровье

Говоря о современном определении понятия психического здоровья нельзя не сослаться на мнение Т. Б. Дмитриевой (2002), которая обращала внимание на его условность, отражающую лишь одну из составляющих здоровья человека, а также разделяла психическое здоровье на индивидуальное и общественное¹.

Под *индивидуальным психическим здоровьем* она понимала такое состояние психики индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности и оптимальное выполнение социальных функций, адекватных общечеловеческим ценностям и этнокультурным особенностям той группы, к которой принадлежит индивид.

Оценка индивидуального психического здоровья учитывает неповторимость и уникальность каждой конкретной личности и ее *самоидентичность*. Здесь автором выделяются две способности *здорового* человека, связывающие понятие психического здоровья с понятием профессионального психологического здоровья: 1) *способность развиваться, совершенствоваться* и 2) *способность адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды*. Таким образом, индивидуальное психическое здоровье представляет собой более широкое понятие, нежели просто отсутствие у человека признаков психического расстройства или дефекта.

Под *общественным (социальным) психическим здоровьем* подразумевается уровень психического здоровья популяции (нации), т. е. уровень *распространенности* в ней психических заболеваний, алкоголизма и наркомании, умственной отсталости, различных форм деструктивного поведения (в том числе суицидального и агрессивного), количественное соотношение между психически здоровыми и больными людьми.

Общественное психическое здоровье является интеллектуальным и нравственным потенциалом общества, важнейшей предпосылкой его стабильности, благополучия и прогресса. Оно в значительной степени зависит от социальных условий жизни людей. Любое обще-

1 Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Психическое здоровье россиян // Человек. 2002. № 6 [Электронный ресурс]. URL: <http://vivovoco.astronet.ru/VV/PAPERS/MEN/PSYRUS.HTM> (дата обращения: 02.03.2019).

ство со временем приобретает некоторые общие черты, позволяющие судить о его психическом здоровье. Как писал Ф. Ницше: «Безумие редко поражает отдельных индивидов, зато правит целыми группами, нациями и эпохами»¹. В этом же смысле В. Франкл использовал термин «дух времени», понимая под ним влияние социальных условий, конкретного исторического периода на состояние общественного психического здоровья, характер и частоту его нарушений². В зависимости от социальной ситуации общество либо способствует, либо препятствует здоровому развитию человека, его личности, что, в конечном счете, сказывается на уровне общественного психического здоровья. В данном контексте уместно рассуждать и о социальном психическом здоровье служебного коллектива, учебной группы, подразделения, органа внутренних дел, министерства в целом и т. д.

1.3.5. Психологическое здоровье: к вопросу корректности термина

Введение в обиход термина «*психологическое здоровье*» научным сообществом было воспринято неоднозначно и до сих пор ведутся споры о корректности его употребления в связи с уже существующим понятием «психическое здоровье», расширяемое многими авторами за счет ресурсного его аспекта. По мнению В. А. Ананьева, термин «психологическое здоровье» является не вполне удачным, правильнее говорить «здоровая личность», или «личностное здоровье»³. Объясняет он это тем, что, во-первых, психология (по определению — «психо» и «логос») не может описывать здоровье. И, во-вторых, содержание психологического здоровья отражает качества здоровой, зрелой личности, в связи с чем его корректнее использовать по отношению к детям. Нельзя не согласиться с мнением В. А. Ананьева о том, что «психологическое здоровье ребенка и взрослого различается совокупностью личностных новообразований», однако употребление понятия «личностное здоровье» применительно к взрослым, а «психологическое здоровье» — к детям, на наш взгляд, не только не вносит ясности в исследуемую дефиницию, но еще больше запутывает ее.

1 Ницше Ф. По ту сторону добра и зла: Сочинения. М.: ЭКСМО-Пресс; Харьков: Фолио, 1999. 1056 с.

2 Франкл В. Человек в поисках смысла: сб. / под общ. ред. Л. Я. Гозмана. М.: Прогресс, 1990. 368 с.

3 Ананьев В. А. Психология здоровья // Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.

Дискукусируя с оппонентами по поводу терминов «психическое» и «психологическое» здоровье, И.В. Дубровина, фундаментально разрабатывавшая данную проблему в контексте психологической службы системы школьного образования, подчеркивает, что первый имеет отношение, прежде всего, к отдельным психическим процессам, а второй относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов. Психологическое здоровье включает в себя не только здоровье психическое, основу которого составляет полноценное психическое развитие ребенка на всех этапах онтогенеза, но и *душевный* комфорт, основу которого обеспечивает *духовное* развитие каждого ребенка¹, то есть трактуется более широко. Неразвитые или дефицитарные психические функции не позволяют ребенку полноправно взаимодействовать с миром людей, культуры, природы, познавать, чувствовать и понимать этот мир, а потому создают депривационную ситуацию и, как следствие — нарушение психического здоровья (страхи, тревожность, психическое напряжение, комплексы, негативные переживания, неадекватные реакции и пр.). Это тормозит и искажает конструктивный путь психического развития и становления личности. Если основу психического здоровья составляет полноценное развитие высших психических функций, психических процессов и механизмов, то основу психологического здоровья — развитие *личностной индивидуальности*. А.Ф. Лосев замечал, что личность есть такая единственность и неповторимость, которая является не только носителем сознания, мышления, чувствования и т. д., но вообще *субъектом*, который сам же себя соотносит с собою и сам же себя соотносит со своим окружением. Поэтому сутью психологического здоровья является постепенное осознание и принятие растущим человеком особенностей своего психического развития, своей личности, своей индивидуальности², активная позиция самого субъекта, его за-

¹ Дубровина И. В. Психологическая служба образования: организация и управление // Вестник практической психологии образования. 2007. № 1 (10). С. 56–63.

² Дубровина И. В. Современное образование и психологическое здоровье школьников // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат-лы межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. Астрахань: Изд-во Астраханского ун-та, 2009. С. 4–6.

интересованность в своем психическом и личностном развитии, стремление все больше ориентироваться в своем поведении и отношениях не только на извне задаваемые нормы, но и опираться на внутренне, личностно осознаваемые и принятые самоориентиры, психологическая готовность к самоопределению.

Психологическое здоровье делает личность самодостаточной¹. Как отмечает Б. С. Братусь, «человек может быть вполне психически здоровым (хорошо запоминать и мыслить, ставить сложные цели, быть деятельным, руководствоваться осознанными мотивами, достигать успехов, избегать неудач и т. п.) и, одновременно — личностно ущербным, больным (не координировать, не направлять свою жизнь к достижению человеческой сущности, разобщаться с ней, удовлетворяться суррогатами и т. п.)»; и тут же проблематизирует: «... если говорить о тенденциях современного общества, то надо признать, что для все большего количества людей становится характерным именно этот диагноз: «психически здоров, но личностно болен»². Данное определение, на наш взгляд, как нельзя лучше подходит к ситуации широкой распространенности среди сотрудников ОВД состояний социально-психической и психосоматической дезадаптации, эмоционального выгорания, хронической алкоголизации, семейных дисгармоний, разводов, профессиональной деформации со склонностью к агрессивно-насильственному поведению, немотивированной жестокости, суицидам, коррупции и широкому спектру других противоправных действий.

В контексте традиционного медицинского подхода психическое здоровье констатируется при отсутствии на момент осмотра клинически выраженных проявлений психопатологии, когда человеку не был поставлен психиатрический диагноз. Здесь уместно вспомнить известную врачебную шутку: «был бы человек, а диагноз найдется» или «нет психически здоровых, есть недообследованные». В ней, как в каждой шутке, лишь доля шутки, так как выставленный человеку психиатрический диагноз может проявиться серьезным ограничением его социальных возможностей и гражданских прав.

¹ Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 176 с.

² Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 304 с.

Поэтому и отношение к словесному штампу «психически не здоров» у большинства людей негативное и вызывает опасение, о психиатрических проблемах, как и о венерических заболеваниях, стараются умалчивать, а многие необходимые индивидуальные мероприятия и государственные программы, направленные на укрепление психического здоровья, встречают непонимание и даже противодействие. В этом смысле термин «психологическое здоровье» воспринимается более нейтрально и не вызывает столь напряженного отношения.

Однако недвусмысленность ситуации, связанной с употреблением термина «психологическое здоровье», объясняется тем, что с одной стороны, в самом общем, интуитивно понятном значении он предложен как смыслообразующая и системообразующая категория профессионализма сотрудника, а с другой — остается метафорой, не имеющей строгого научного определения¹. Поэтому предметно-теоретическая проработка проблемы психологического здоровья и его критериев представляется одной из первостепенных задач. Особая актуальность данной проблематики связана с возможностями использования принципа уровневой критериальной градации испытуемых по данному показателю при проведении массовых скрининговых и мониторинговых психопрофилактических и экспертно-психодиагностических обследований организованных контингентов.

При более расширенном толковании психическое здоровье трактуется как степень *интеграции* разнообразных событий жизни человека (в контексте прошлого, настоящего, будущего), его субъективного опыта и личностно формируемых картин мира, а также количества общих социальных систем, в которые он включается. А. Г. Асмолов называет его смыслостроительством своей личности²; В. А. Петровский — конвергенцией в структуре отраженной субъективности; Г. С. Абрамова — живым сознанием; Ф. Е. Василюк — надситуативным смыслом. Нарушения психического здоровья не всегда определяются психическим заболеванием и связаны не только с изменением организма, но и с отсутствием условий развития личности, включения в социальную структуру общества.

¹ Слободчиков В. И., Шувалов А. В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 91–105.

² Асмолов А. Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. М.: Смысл, 2001. 416 с.

В отличие от психического здоровья, детерминируемого особенностями баланса, гармонии жизненных сил человека (в показателях индивидуальной и социальной субъектности) и своеобразия жизненного пространства, *психологическое здоровье* обеспечивает возможность личностного выбора и автономного развития. К его механизмам относятся: самопознание, способность к принятию решений в направлении будущего, готовность к изменениям и возможность выделять альтернативы, исследовать и эффективно использовать свои ресурсы, нести ответственность за сделанный выбор и др. По этому поводу В. Франкл писал, что если человек хочет прийти к самому себе, его путь лежит через мир¹. При этом, проведя детальный сравнительный анализ понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье», М.В. Сокольская делает вывод о том, что первое в целом рассматривает дихотомию «здоровье — болезнь», а второе — только здоровье, но когда мы говорим о здоровой личности, то смысл этих терминов становится идентичным².

Ключом в поиске оснований и условий нормального психического развития человека в пределах его индивидуальной жизни является, по его мнению, субъективная реальность («душа», «внутренний мир», «индивидуальный дух», «человеческое в человеке») как наиболее абстрактное выражение способа существования и принципа организации человеческой реальности. При этом индивидуальная норма психологического здоровья есть то лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях развития, а максима психологического здоровья есть интеграл (то есть единство, полнота, цельность) жизнеспособности и человечности индивида.

1.3.6. Психологическое здоровье в контексте гуманитарно-антропологической теории

По мнению отечественного ученого А. В. Шувалова, категория «психологическое здоровье» в своем предельном выражении фиксирует антропоцентрический эталон здоровья, определяет направленность развития и характер актуализации собственно человеческого в чело-

¹ Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.

² Сокольская М. В. Психологическое здоровье: анализ понятия // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат-лы межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 64–66.

веке. «Психологическое здоровье — это состояние, характеризующее процесс и результат нормального развития субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни»¹.

С позиций рассматриваемой теории понятие «психологическое здоровье» фиксирует сугубо человеческое измерение, по сути, являясь научным эквивалентом здоровья *духовного*. Проблема психологического здоровья — это вопрос о норме и патологии в духовном развитии человека, а основу психологического здоровья составляет нормальное развитие человеческой *субъективности* или «самости» (субъектной идентичности) — формы существования и способа организации человеческой реальности, суть — самостоятельности духовной жизни. Определяющими критериями психологического здоровья являются направленность развития и характер актуализации человеческого в человеке².

Условия и критерии психологического здоровья могут быть выведены и раскрыты, исходя из онтологии человеческого способа жизни. *Онтология* — учение о бытии, о сущем, о его формах и фундаментальных принципах. Онтология человека — описание сущностных, атрибутивных условий бытия человека. Здесь уместно вспомнить очень точное замечание В. Франкла: «Отличительным признаком человеческого бытия является сосуществование в нем антропологического единства и онтологических различий, единого человеческого способа бытия и различных форм бытия, в которых он проявляется»³.

В пространстве обозначенных онтологических оснований и в предельно концентрированном виде параметры психологического здоровья выглядят не иначе как достояние зрелости.

По выражению В. Франкла, «у каждого времени свои невроты» или свои духовно-душевные недуги, требующие изучения и осмысления. Наше время не исключение. Недаром психологи-практики сетуют, что проблемные состояния современных детей все труднее понимать исходя из сложившихся ранее медико-психологических, психотерапевтических и психолого-педагогических моделей. В профес-

¹ Шувалов А. В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья // Вопросы психологии. 2004. № 6. С. 18–33.

² Шувалов А. В. Антропологические аспекты психологии здоровья // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат-лы межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 14–18.

³ Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. С. 48.

сиональный обиход вошло определение «другие дети». Закономерно, что исследования проблемы психологического здоровья включили в себя вопросы актуальной «психологической клиники». Фиксируемые нарушения психологического здоровья у детей объединены под общим именем — антропогении (буквально «обусловленный человеческим фактором»), психологической сущностью которых является несформированность и/или деформация субъективности ребенка. В качестве типичных вариантов дизонтогенеза А. В. Шувалов выделяет: недоразвитие, дисгармоническое развитие и дезинтеграцию человеческой субъективности.

Недоразвитие, как первая линия дизонтогенеза субъективности, определяется диффузной самоидентичностью и несформированностью внятной личностной позиции с характерным конформным настроением. Обезличенность проявляется в арефлексивном способе жизни, неопределенности ценностных приоритетов, неустойчивом и беспринципном стиле поведения, отсутствии стремления к позитивной свободе и самостоятельности, крайне слабо выраженной способности планировать жизнь и проектировать будущее, чрезмерной зависимости от стечения обстоятельств, чужой воли и влияния среды (необязательно отрицательного), инфантильной безмятежности, приземленности интересов, наивных представлениях о своих возможностях, незабоченности вопросами морали и проблемой смысла своей жизни. Эти натуры склонны к избирательной идеализации людей, выбору лидера или кумира, что отчасти компенсирует недостатки их собственной самости. Объектом обожания и подражания может оказаться преуспевающая и популярная публичная персона или человек из ближайшего социального окружения, современник или харизматический деятель исторического прошлого, позитивно настроенная личность или одиозная фигура. Здесь в структуре развития субъективной реальности прослеживается фиксация на процессе отождествления с тенденцией к созависимости. Характер отношения к жизни и к другим людям является отражением ограниченной самобытности: человек не ведает или избегает напряжения сложных решений, риска личной инициативы и поступка, бремени ответственности, оказывается не в состоянии свободно и самостоятельно определить жизненные цели и мобилизоваться для их достижения. Люди, тяготеющие к описываемой категории, в силу своих субъективных особенностей оказываются наиболее податливы к разного рода манипулятивным воздействиям (спекуля-

ции средств массовой информации, PR-технологии, реклама, приемы мошенничества, псевдоцелительные практики и т. п.).

Дисгармоническое развитие — вторая типичная линия дизонтогенеза субъективности — определяется искаженной самоидентичностью с характерным эгоцентрическим настроем. Деформация личности проявляется в чрезмерном самолюбии и односторонности мотивационно-смысловой сферы, явно выраженном приоритете материальных целей (комфорт, карьера, достаток, популярность, власть) над духовными ценностями, своеправии и неутолимой потребности самоутверждаться, привычке руководствоваться сугубо личной выгодой, навязывать свою волю и свои интересы окружающим, стремлении добиваться желаемого во чтобы то ни стало, бесчувственном отношении равно как к дальним, так и к ближним, безнравственном характере поступков (за счет других, в ущерб другим, против других) и умении подвести под них мировоззренческую основу, отрицании чувства долга и моральной ответственности. Именно из таких натур формируются одиозные лидеры. В данном случае в структуре развития субъективной реальности прослеживается фиксация на процессе обособления с тенденцией к самозамкнутости (замкнутости на себе). Характер отношения к жизни и к другим людям является отражением ограниченной событийности: человек оказывается не в состоянии преодолеть самозамкнутость, открыть смысл, вдохновляющий к децентрации, самоотдаче, терпимости и любви к ближнему. В погоне за вожделенными целями он рискует впасть в зависимость от них и, лишившись привилегий достатка, привлекательности или власти, переживать это как потерю самого себя, жизненный крах.

Дезинтеграция — промежуточная форма дизонтогенеза субъективности, характеризующаяся, по сути, «духовным безвременьем», «суетой», погружением в не имеющие истинной ценности, пустые и бесплодные заботы», отступлением от личностного способа жизни и, как следствие, утратой чувства внутренней свободы, благодати и любви. В давние времена, когда лучник не попадал в цель, говорили: «Грех тебе!». Значит, грех — это состояние, когда человек изменил своему назначению, когда индивидуальная жизнь «не попадает в цель» (теряет цельность), когда мнимые успехи идут «мимо главной задачи» (спасения), когда человек лишился ориентира и сбился с пути духовного развития (пути Истинного). Грех в библейском миропонимании — это антипод праведности (чувства правды). Без переосмыс-

ления жизни и изменения системы жизненных отношений вслед за иссушающими душу заботами и разочарованиями велик риск регресса, атрофии самости вплоть до гипертрофированной формы зависимости индивида от других людей и жизненных обстоятельств или ее гипертрофии вплоть до самоистуканства, ограниченности событийности и замкнутости индивида на себе, на собственных интересах и пристрастиях.

С этической точки зрения, являющейся определяющей для нравственной психологии¹ признаком отклонения от нормы психологического здоровья в первом случае можно считать неспособность самостоятельно делать нравственный выбор, держать нравственную позицию (в просторечии — «малодушие» или упадок духа: слабохарактерный человек, легко поддающийся стороннему убеждению и своим мелочным расчетам); во втором случае — отчуждение нравственных чувств и добродетельных устремлений (в просторечии — «криводушие» или «окаянство» — недостойный человека, богопротивный и заслуживающий осуждения образ мыслей и поступков, ведущий к духовной гибели; «окаянный»; по-церковнославянски — каиноподобный, то есть подобный первому человекоубийце). Малодушие не знает Человека в себе; окаянство не видит и не признает Человека в Другом. При всей неочевидности, сложности и многообразии фактических проявлений можно сказать, что малодушие и окаянство — это «Сцилла и Харибда» на пути развития человеческой субъективности.

Эмпирические данные показывают, что нарушения психологического здоровья чаще носят смешанный характер различных проявлений и их сочетаний. При этом было бы ошибкой считать, что нарушения психологического здоровья по аналогии с психическими недугами обязательно принимают вид душевного страдания или гротескного поведения, непременно проявляются в социальной дезадаптированности или асоциальных действиях. Коварность этих отклонений психологического здоровья состоит в том, что и детьми, и взрослыми они могут переживаться как субъективно благополучные состояния. Их носители могут успешно приспосабливаться к различным ситуациям, производить благоприятное впечатление, преуспевать и избегать поводов для внутреннего дискомфорта. Психологическое здоровье, в свою очередь, не исключает тревоги и растерянности, со-

¹ Братусь Б. С. Русская, советская, российская психология. М.: Флинта, 2000. С. 59–63.

мнений и заблуждений, конфликтов и кризисов. Состояние психологического здоровья имеет «мерцательную природу», то есть здоровье и нездоровье соприсутствуют в виде противоборствующих субъективных тенденций и смысловых содержаний, каждое из которых может преобладать в отдельные моменты жизни. Вместе с тем можно говорить о направленности мотивов и характере поступков человека.

Иными словами, психологическое здоровье характеризует индивида как *субъекта* жизнедеятельности, распорядителя душевных сил и способностей. Состояние психологического здоровья является производным от процесса поэтапного приобщения индивида к родовой, человеческой сущности. *Человечность* индивида — сущностная характеристика психологического здоровья — понимается как становление субъективного духа, следование высшим образцам человеческой культуры, нравственным принципам.

1.3.7. Современные концепции психологического здоровья в психологической науке

В настоящее время психологическое здоровье становится центральным предметом исследования в профессиональной деятельности практического психолога¹ и это не случайно, так как *психологическое здоровье* — это то, что позволяет личности стать самодостаточной, личностно и профессионально идентичной, профессионально успешной и надежной, когда она в своем поведении и отношениях опирается не только на извне задаваемые нормы, но в большей степени — на внутренние осознаваемые ориентиры.

С нашей точки зрения термин «психологическое здоровье» занимает пространство в континууме «физическое (соматическое) — психическое (психоневрологическое) — психологическое (личностно-и социальнопсихологическое) — духовное» здоровье.

С позиций современной акмеологии основу психологического здоровья составляет нормальное развитие субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни, где под нормой понимается не то среднее, что есть, а то лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях развития, а под субъективной реальностью понимается «душа», «внутренний

¹ Шаповал В.А. Психологическое здоровье сотрудников органов внутренних дел как предмет исследования ведомственных психологов: новые подходы к оценке и прогнозированию // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2009. № 1(41). С. 232–246.

мир», «индивидуальный дух», «человеческое в человеке»¹. На это же указывает автор антропологической концепции психологического здоровья А. В. Шувалов, отмечая, что условия и критерии психологического здоровья могут быть выведены и раскрыты, исходя из онтологии человеческого способа жизни, а максима психологического здоровья есть интеграл (то есть единство, полнота, цельность) жизне-способности и человечности индивида². Р. М. Хусаинова связывает психологическое здоровье с интегральной характеристикой личностного *благополучия*, включающей когнитивно-оценочный компонент биологического, психологического, социального уровней его проявления, где исключительная роль отводится высшим психологическим образованиям, выполняющим функции организации, регуляции, обеспечения целостности жизненного пути³.

По представлениям М. В. Сокольской психологическое здоровье в целом определяется двумя признаками: 1) соблюдением в основных формах проявления жизнедеятельности принципа оптимума, то есть стремления придерживаться золотой середины и 2) эффективной адаптацией, в первую очередь, социальной, социально-психологической и интрапсихической. В этом случае достигается то, что в других подходах называется гармонией с природой, людьми и самим собой⁴.

Конкретизацией этих признаков могут служить критерии, позволяющие с разных сторон провести качественную и количественную оценку уровня психологического здоровья личности. Они тесно взаимосвязаны друг с другом и с другой точки зрения могут рассматриваться как личностные особенности (например, выраженность критичности и самокритичности, способность к самоконтролю, коммуникативная эффективность, свобода от угнетающих зависимостей, чувство юмора и т. п.).

¹ Акмеология: учеб / под общ. ред. А. А. Деркача. М.: Изд-во РАГС, 2002. С. 357.

² Шувалов А. В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья // Вопросы психологии. 2004. № 6. С. 18–33.

³ Хусаинова Р. М. Зависимость психологического здоровья учителя от возраста и стажа педагогической деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2006. 24 с.

⁴ Сокольская М. В. Психологическое здоровье: анализ понятия // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: матлы межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 64–66.

Очевидно, что психологическое здоровье выражается, прежде всего, *позитивной Я-концепцией*. Как показывают исследования, наиболее значимыми для психологического благополучия являются такие ее компоненты, как: принятие себя; позитивное эмоциональное состояние; низкая или умеренная тревожность; уверенность в своих силах как в плане коммуникации (высокая социальная самооценка), сопряженная с развитой способностью сотрудничества с другими людьми, так и в плане учебных и рабочих достижений (высокая интеллектуальная самооценка), сопряженная с развитыми познавательными процессами. Уверенность является предпосылкой для развития самоуправления и потребности в самосовершенствовании и личностном росте¹. Еще одним критерием психологического здоровья, по мнению М.В. Сокольской, является феномен психического равновесия, включающий гармонию взаимодействия различных сфер личности — эмоциональной, волевой, познавательной. Ее нарушения приводят к личностной деградациям, деструкциям, социальной и персональной дезадаптации. Именно критерий психического равновесия связан с целостным развитием личности, ее адаптивными возможностями и свойствами, их адекватностью реакций на внешние воздействия.

С точки зрения О. В. Хухлаевой, психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи»². Выполняя жизненную задачу (то есть то, что необходимо сделать для окружающих конкретному человеку с его способностями и возможностями), человек чувствует себя счастливым, в противном же случае — глубоко несчастным. «Ключевым» словом для описания психологического здоровья, по ее мнению, также является слово «гармония», или «баланс». Прежде всего, это гармония (не как статическое состояние, а как процесс) между различными составляющими самого человека: эмоциональными и интеллектуальными, телесными и психическими и т. п.; а также между человеком и окружающими людьми, природой, космосом.

Гармония является ключевым словом и в определении психологического здоровья, приводимого Т. В. Башкиревой: «Психологиче-

¹ Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. СПб.: Евразия, 1997. 430 с.

² Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособ. для студентов вузов. М.: Академия, 2006. 208 с.

ское здоровье человека — совокупность генетических и врожденных конституциональных, функциональных, физиологических, психических, адаптационных особенностей и способностей человека, проявляющихся в гармонии субъектного, личностного развития»¹. Хотя сам автор особое значение в многоуровневом и многоплановом определении здоровья придает субъектности как генетически заложенной и врожденной способности человека воспринимать и отображать культурно-исторический контекст и общественные задачи воспитания благодаря постоянному поиску смысла жизни и субъектной позиции.

Критериями психологического здоровья принято считать такие как: хорошо развитая рефлексия, стрессоустойчивость, самоприятие и принятие окружающих такими, какие они есть; умение находить собственные ресурсы в трудной ситуации (И. В. Дубровина), полнота поведенческих и эмоциональных проявлений личности (В. С. Хомик), умение справляться со своими трудностями без ущерба для окружающих, самообъективность, как четкое представление о своих сильных и слабых сторонах, наличие системы ценностей; способность к самопознанию; способность брать на себя ответственность за свою жизнь; стремление к обретению смысла жизни; интерес к самому себе и стремление к саморазвитию, самосовершенствованию; творческий, целетворящий характер жизнедеятельности; духовность; стремление к преобразованию среды, а не смирению с ней. При этом О. В. Хухлаева утверждает, что модель психологического здоровья должна включать аксиологический, инструментально-технологический и потребностно-мотивационный компоненты. Первый содержательно представлен ценностями «Я» самого человека и «Я» других людей. Он предполагает осознание человеком ценности, уникальности себя, окружающих, идентификацию как с живыми, так и неживыми объектами, единство со всей полнотой мира. Инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать сознание на самом себе, внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Этому соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий как своего поведения, так и поведения окружающих. По-

¹ Башкирева Т. В. Общие критерии психического, психологического и социального здоровья // Мир психологии. 2007. № 2 (50). С. 140–151.

требностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии, самоизменении и личностном росте. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает ответственность за свою жизнь и становится «автором своей биографии»¹. Данный тезис позволяет предположить, что психологическое здоровье, его критерии и показатели должны рассматриваться с учетом возрастных особенностей определенного этапа онтогенеза человека и описание его как нормы для представителей разных возрастных групп будет различным. В этой связи автор выделяет 3 уровня психологического здоровья: 1) высший (креативный) — с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Такие лица обычно не нуждаются в психологической помощи; 2) средний (адаптивный) уровень включает лиц, в целом приспособленных к социуму, но по результатам соответствующих тестов, проявляющих отдельные признаки дезадаптации (например, повышенную тревожность). Такие лица могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психологического здоровья и требуют групповых занятий профилактически-развивающей направленности; 3) низший уровень психологического здоровья (ассимилятивно-аккомодативный) объединяет лиц с нарушением баланса процессов ассимиляции (самоподчинения) и аккомодации (стремления подчинить себе других)² и вытекающими из них психологическими трудностями. В качестве основных показателей психологического здоровья в данном контексте А. С. Никольская предлагает использовать такие как самопознание, самооценка, саморегуляция и качество социальных контактов³. Самопознание предполагает наличие у человека таких характеристик, как любознательность, наличие рефлексии, активность процесса самораскрытия, доминирование в мотивационной сфере потребности личностного роста, настойчивость в достижении целей. Показателем высо-

¹ Хухлаева О.В. Коррекция нарушения психологического здоровья дошкольников и младших школьников. — М.: Академия, 2003. — 173 с.

² Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособие для студ. вузов. М.: Академия, 2006. 208 с.

³ Никольская А. С. Психологическая культура как фактор сохранения психологического здоровья личности // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2010. № 2 (46). С. 22234.

кого уровня психологического здоровья является адекватная, четкая и позитивная самооценка, сочетающаяся с уверенностью в себе и верой в собственные силы; способность к саморегуляции, как средство гармоничного самовыражения и саморазвития при балансе побудительных процессов и самоконтроля; а также наличие коммуникативных, интерактивных и социально-перцептивных умений, обуславливающих высокое качество и непрерывное развитие социальных контактов (общения) с умением регулировать конфликтные ситуации, психологически верно понимать других, ставить конструктивные цели, сотрудничать.

Т. Д. Дубовицкая и Е.Б. Маслов рассматривая психологическое здоровье в контексте показаний к оказанию психологической помощи и лежащей в ее основе концепции¹, указывают на тот факт, что если в отечественной психологии термин «психологическое здоровье» появился сравнительно недавно (И. В. Дубровина, В. И. Слободчиков, О. В. Хухлаева и др.), то в наиболее известных зарубежной психологически ориентированных концепциях психотерапии вопрос о понимании психической нормы, психологически здоровой (нормальной) личности и присущих ей специфических особенностей рассматривается и решается, начиная с конца XIX — начала XX вв.

Так, например, в психоанализе З. Фрейда здоровая личность характеризуется способностью продуктивно работать и поддерживать удовлетворительные межличностные отношения. При этом способность работать предполагает умение ставить перед собой долговременные отдаленные цели и достигать их, а также справляться с тревогой. Удовлетворительные сексуальные отношения означают способность наслаждаться широким спектром эмоций без чувства угрозы, а также привносить созидательные элементы в удовлетворение сексуальных и агрессивных побуждений.

В аналитической психологии Карла Юнга психической нормой (идеалом) считается «пластичность», то есть умение человека пользоваться любой из ориентаций (интроверсией или экстраверсией) там, где она подходит. Гармоничная оценка внешнего и внутреннего мира требует также гармоничного сочетания всех четырех психических

¹ Дубовицкая Т. Д., Маслов Е. Б. Модели психологического здоровья личности и прикладная психология // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат-лы межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 ноя. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 38.

функций (мышление, ощущение, чувства, интуиция). К тому же, согласно К. Юнгу, чем полнее осознается тень, тем гармоничнее становится личность и ее отношения с окружающей средой.

В индивидуальной психологии Альфреда Адлера здоровая личность — это личность, способная к продуктивной социальной активности, которая, в свою очередь, предполагает наличие социального интереса, социально-ориентированного поведения и когнитивных социально-ориентированных допущений.

В телесно-ориентированном подходе Вильгельма Райха здоровая личность обладает генитальным характером. Для нее свойственны способности: отдаваться потоку энергии безо всякого ее подавления; к полной разрядке накопленного сексуального возбуждения в произвольных, приносящих удовольствие движениях тела; к истинной саморегуляции, когда он и только он принимает каждое конкретное решение о том, как ему поступить; к настоящей любви и стремление к продолжительным и полноценным отношениям.

В поведенческом консультировании (Джон Уотсон, Боррес Скиннер, Джозеф Вольпе и др.) психически здоровый человек способен выбирать именно те виды поведения, которые необходимы для достижения цели, что также является важнейшей особенностью приспособления.

В концепции рационально-эмотивного (когнитивно-поведенческого) консультирования Альберта Эллиса у нормально функционирующего человека имеется рациональная система оценочных когниций. Человек, пересмотревший иррациональные установки, характеризуется адекватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсивности и длительности негативных его проявлений.

В когнитивном консультировании Аарона Бека хорошо адаптированный человек обладает достаточно гибким набором правил (когнитивных схем), позволяющих соотносить их с ситуацией, интерпретировать и оценивать имеющуюся степень риска. Неадаптивные когниции носят характер «автоматических мыслей».

Согласно клиент-центрированному подходу Карла Роджерса, основу психического здоровья составляет соответствие Я-реального Я-идеальному, достигаемое реализацией потенциала собственной личности, стремлением к самопознанию, уверенности в себе, спонтанности. Ключевыми характеристиками полноценно функционирующей личности являются: открытость к переживанию, экзистенци-

альный образ жизни, организмическое доверие, эмпирическая свобода, креативность.

Согласно логотерапии В. Франкла, люди становятся наиболее человечными, когда выходят за пределы своего «Я», либо осуществляя смысл, либо с любовью встречаясь с другим человеком. Гиперрефлексия и гиперинтенция — два главных способа, которые используют люди, чтобы не выходить за рамки своего «Я». Гиперрефлексия — это тенденция к чрезмерной рефлексии. Гиперинтенция — это тенденция уделять чрезмерное внимание удовлетворению своих желаний.

В психодраме Якоба Морено в ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта в решении проблем.

В транзактном анализе Эрика Берна идеал заключается в достижении личностью автономии. Для автономных людей свойственны: осознание — открытость для ощущений, способность видеть и слышать непосредственно, а не в соответствии с тем, как человек был воспитан; спонтанность — способность чувствовать непосредственно и выражать свои чувства открыто, а не в соответствии с тем, как человек был воспитан, способность произвольно выбирать чувства, будь то чувства Родителя, Взрослого или Ребенка; интимность — способность поддерживать отношения с другим человеком или несколькими людьми осознанно, спонтанно, с любовью и без игры.

В гештальт-консультировании Фрица Перлза состояние оптимального здоровья называется зрелостью. Для того чтобы достичь зрелости, индивидуум должен преодолеть свое стремление получить поддержку из окружающего мира и найти новые источники поддержки в самом себе. Зрелость заключается в умении пойти на риск, чтобы выбраться из тупика. Если индивидуум не рискует, то у него актуализируются ролевые поведенческие стереотипы, позволяющие манипулировать другими: он может выбрать роль «беспомощного», чтобы стать зависимым, или роль «глупца», чтобы получить интеллектуальную поддержку.

Примечательно, что в рамках своих концептуальных моделей здоровой личности, названные исследователи выявляют как причины отклонений от нормы, так и разрабатывают конкретные процедуры и методы, позволяющие добиться желаемых изменений в личности. В дополнение к перечисленным моделям можно также назвать кон-

цепции психологов Гордона Олпорта и Абрахама Маслоу. Первый говорил о зрелой личности, противопоставляя ее незрелой, или невротической личности: поведение зрелых субъектов функционально автономно и мотивировано осознанными процессами; поведение незрелых лиц преимущественно направляется неосознанными мотивами, проистекающими из переживаний детства. А. Маслоу выделял две составляющих психологического здоровья: 1) стремление людей быть всем, чем они могут, то есть развивать весь свой потенциал через самоактуализацию и 2) стремление к гуманистическим ценностям. С его точки зрения самоактуализирующейся личности присущи такие качества, как принятие других, автономия, стойкость, чувствительность к прекрасному, чувство юмора, альтруизм, желание улучшить человечество, склонность к творчеству¹.

Насколько правомерно такое разнообразие подходов в понимании психологического здоровья? Следует отметить, что в отношении обеспечения психического здоровья особых разногласий не возникает, психиатры с готовностью договариваются друг с другом, как по поводу выявления симптомов психических расстройств, их названий, так и разработки методов лечения. В отношении психологического здоровья такого единства мнений нет. И это вполне оправдано.

На сегодняшний день делаются попытки сопоставить различные концепции, построить наиболее оптимальную модель психологической помощи на основе обобщения имеющихся процедур и техник. Определенную работу в этом направлении проделали основоположники нейролингвистического программирования: математик Ричард Бандлер и лингвист Джон Гриндер. Но такой технократический подход, лишенный внутренней философии, личностной истории его создателей, до минимума сводящий самораскрытие клиентом богатства своего внутреннего мира вызывает некоторое отчуждение клиента от психолога, в итоге переставая удовлетворять их обоих.

Психически здоровый человек куда более многообразен в своем поведении, чем психически больной. Он способен критически оценить действия и указания психотерапевта (психолога), проявляет собственную активность в решении своих проблем, и хочет, прежде всего, понимания и поддержки. То, что каждая из названных концепций по-своему характеризует сущность человека, причины переживаемых

¹ Психология самосознания: хрестоматия / сост. Д. Райгородский. Самара: Бахрах-М, 2007. 672 с.

им проблем, показывает на деле многогранность личности и способов ее жизнедеятельности.

Оказание квалифицированной психологической помощи человеку предполагает, как было отмечено выше, владение определенной концепцией, объясняющей проблемное поведение и определяющей конкретные действия психолога. Теория выполняет роль карты, которая открывает психологу перспективу понимания проблем клиента и указывает направления и способы их разрешения. Она позволяет психологу чувствовать себя уверенно и безопасно при столкновении с дезорганизованным, хаотичным внутренним миром некоторых клиентов. Поэтому для современной практической и юридической психологии так важен не просто эклектический подбор (до бесконечности) различных черт и поведенческих характеристик психологически здорового человека, а целостная концепция, в которой четко прослеживаются: понимание сущности человека, его основных стремлений; специфика психологической нормы; причины возможных отклонений от нормы; условия, методы и техники оказания психологической помощи. На наш взгляд, в качестве основы такой интегративной концепции может служить концепция психологического здоровья, разработанная в рамках психодинамически ориентированной Я-структурной модели личности немецким психоаналитиком, психологом и психиатром Гюнтером Аммоном.

Таким образом, в современной психологической науке психологическое здоровье чаще всего рассматривается как состояние или совокупность особенностей, способностей или свойств человека и описывается с помощью таких ключевых слов, как: гармония, баланс, оптимум, пластичность, благополучие, внутренняя согласованность, осознанность, душевный комфорт, самоопределение, креативность, спонтанность, уверенности в себе, продуктивная социальная и творческая активность, личностная автономия, стремление к самопознанию, способность продуктивно работать и поддерживать удовлетворительные межличностные отношения, способность справляться с тревогой, способность брать ответственность за свою жизнь, способность к истинной саморегуляции, рациональная система оценочных когний, гибкость набора когнитивных схем, умение пойти на риск, чтобы выбраться из тупика, самоактуализация, субъектность, самость, зрелость, позитивная Я-концепция, адекватная самооценка, качество социальных контактов, человечность, духовность, интимность, жизнеосуществление, и т. п.

1.4. Определение и соотношение понятий «профессиональное», «социальное» и «профессиональное психологическое» здоровье

1.4.1. Профессиональное здоровье как междисциплинарная проблема. Современные определения понятия

В современных условиях развития общества особую актуальность приобретает междисциплинарная проблема профессионального здоровья, связанная с успешностью трудовой деятельности человека, его взаимоотношениями с профессиональной средой, согласованностью его возможностей (профессиональной компетентности) и социальных потребностей общества, надежностью профессиональной деятельности, профессиональным долголетием и максимальной продолжительностью жизни¹.

В. А. Пономаренко определил *профессиональное здоровье* как свойство организма сохранять профессиональную надежность и работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности за счет необходимых компенсаторных и защитных механизмов². По А.Г. Маклакову *профессиональное здоровье* рассматривается как определенный уровень характеристик здоровья специалиста, отвечающий требованиям профессиональной деятельности и обеспечивающий ее высокую эффективность³. При этом не только состояние здоровья существенно влияет на процесс и результат профессиональной деятельности, но и сам характер деятельности воздействует (как негативно, так и позитивно) на состояние физического и психического здоровья профессионала⁴.

В рамках нового научного направления «психология здоровья» выделяется и изучается *социальный компонент общего здоровья человека*. При этом основной акцент специфики его рассмотрения делается на полноценном выполнении человеком своих социальных функций, а само социальное здоровье определяется «как количество и качество межличностных связей индивидуума, и степень его участия в жизни общества»⁵. Объем содержания социального компонента профессио-

¹ Разумов А. Н., Пономаренко В. А., Пискунов В. А. Здоровье здорового человека (Основы восстановит. медицины) / под ред. Шинкаренко В. С. М., 1996. 413 с.

² Пономаренко В. А. Психология жизни и труда летчика. М., 1992. 224 с.

³ Психология профессионального здоровья: учеб. пособие / под ред. Никифорова Г. С. СПб., 2006. 480 с.

⁴ Психология менеджмента: учебник для студентов вузов. 2-е изд., доп. и перераб. / под ред. Никифорова Г. С. СПб., 2004. 638 с.

⁵ Никифоров Г. С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002. 256 с.

нального здоровья зависит от специфики профессиональной деятельности и в наибольшей степени выражен в профессиях типа «человек-человек», к которой в полной мере относится сотрудник ОВД. В качестве критериев социального здоровья выступают: интерес к окружающему миру; адекватное восприятие социальной действительности; адаптация к социокультурной среде; направленность на общественно-полезную деятельность; эмпатия; альтруизм; бескорыстие; ответственность перед другими; демократизм в поведении и др.

Психологические аспекты профессионального здоровья сопряжены с выполняемой профессиональной деятельностью, особенностями ее организации и содержания. По мнению Г. С. Никифорова, «выявление состава и раскрытие содержания критериев психического и социального здоровья — один из тех ключевых вопросов, от степени разработанности которого будет во многом зависеть мера практической востребованности психологии здоровья как научного направления»¹.

Современными исследователями выделяются такие критерии *социального здоровья*, как степень адаптированности личности в социуме, удовлетворенность качеством жизни, субъективное благополучие, способность человека выполнять социальные функции (включение человека в разнообразные социальные структуры) и т. д.

В соответствии с современной концепцией ВОЗ исследование здоровья предлагается осуществлять в двух аспектах: с позиций *баланса* здоровья (стабильности динамического равновесия человека с окружающей средой) и его *потенциала* (индивидуальных ресурсов, позволяющих человеку преодолевать угрожающие балансу здоровья возмущающие влияния окружающей среды)². Иными словами, потенциал — это *ресурс*, обеспечивающий способность взаимодействия с окружением для поддержания или восстановления равновесия (от сильного иммунитета по отношению к инфекциям, хорошей физической формы до эмоциональной стабильности, адекватны знаний о здоровье, стиля жизни и эффективных способов преодоления стресса. При этом под балансом здоровья может пониматься текущее состояние равновесия между потенциалом здоровья и потребностью в нем, а под укреплением здоровья — система мер, направленных на улучшение баланса. Ресурсный подход к оценке здоровья человека разделялся многими отечественными

¹ Никифоров Г. С. Указ. соч.

² Концепция ВОЗ в области укрепления здоровья // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2006. № 3. С. 5–18.

учеными (Н. М. Амосов, В. П. Казначеев, А. И. Григорьев, Г. Л. Апанасенко и др.)¹.

А. И. Анисимов и Н. Н. Киреева, основываясь на концепции ВОЗ, в качестве *интегральных критериев социального здоровья* предлагают оценивать *гармоничность отношений* личности с социальным окружением и ее *социальную зрелость*². По В. Н. Мясищеву, категория «отношение» отражает субъективное в человеке, представляют собой целостную и сложную структуру индивидуальных связей личности с объективной действительностью, в которых отражается история ее жизненного пути и опыта. Доминирующая и определяющая роль в системе многообразных отношений к действительности принадлежит отношениям к людям, которые носят взаимный, двусторонний характер³ и существуют на всех уровнях социальной реальности: межличностном, межгрупповом, на уровне отношений групп и отдельной личности с обществом. При этом *межличностные отношения*, существующие в контексте той или иной группы, организации или неформальных взаимодействий, опосредуются содержанием, целями и задачами их социально значимой

деятельности⁴. В большей мере эти отношения регулируются личностными особенностями взаимодействующих субъектов, степенью их удовлетворенности друг другом и взаимной готовностью к *взаимодействию*⁵. В результате достаточно длительного контакта межличностные отношения, выступая как развивающиеся и кристаллизующиеся взаимные ориентации, становятся личными (близкими) отношениями⁶, в которых доминируют внутренние личностные факторы, и основную роль играют чувства. Конструктивное развитие этих отношений в человеке пробуждаются его глубинные возможности, спо-

¹ Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. 3-е изд. М.: Физкультура и спорт, 1987. 64 с.

² Анисимов А. И., Киреева Н. Н. Проблема социально-психологического исследования профессионального здоровья личности // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2010. Вып. № 1 (13). С. 73–79.

³ Мясищев В. Н. Психология отношений / под ред. А. А. Бодалева. М., Воронеж, 1995. 356 с.

⁴ Психологическая теория коллектива / под ред. А. В. Петровского. М., 1979. 240 с.

⁵ Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений. Киев, 1990. 191 с.

⁶ Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Погорыша В. М. Межличностное общение: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2001. 544 с.

собствующие личностному и духовному росту. Такого рода отношения предполагают значительную личностную работу по их формированию и отличаются осознанностью, открытостью, отказом от социальных и ролевых стереотипов, традиций и защит¹.

По мнению В. В. Столина, отношение личности к себе (самоотношение), выражающееся принятием или непринятием себя как целого, уровнем самоуважения, чувством собственного достоинства и согласием человека с самим собой оказывает значимое влияние на характер взаимоотношений, взаимодействий и способность к установлению близких доверительных отношений с людьми², их гармоничность³. Расширение и углубление связей с окружающим миром, обществом и людьми в процессе жизненного пути считается одним из важных критериев прогрессивного личностного развития⁴. В этом процессе приобретается *социальная зрелость* — личностное качество, обеспечивающее гармонизацию отношений с окружающей средой⁵ и отражающее *личностное здоровье*. По Г. Оллпорту, психологически зрелый человек характеризуется 6 основными чертами: 1) имеет широкие границы Я и может посмотреть на себя «со стороны»; 2) способен к теплым, сердечным социальным отношениям (дружеской близости и сочувствию); 3) демонстрирует эмоциональную неозабоченность и самоприятие (положительное представление о самих себе, умение справляться со стрессом и собственными эмоциональными состояниями); 4) демонстрирует реалистичное восприятие, опыт и притязания (воспринимают других, объекты и ситуации такими, какие они есть, стремятся к достижению лично значимых и реалистичных целей); 5) демонстрирует способность к самопознанию и чувство юмора; 6) обладает цельной жизненной философией (имеет набор ценностей,

¹ Welwood John. Intimate relationship as path // J. Transpers. Psychol. 1990. № 1. Р. 51–58.

² Столин В. В. Самосознание личности. М., 1983. 286 с.

³ Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2004. 464 с.

⁴ Анцыферова Л. И. Некоторые теоретические проблемы психологии личности // Вопросы психологии. 1978. № 1. С. 35–46.

⁵ Емельянова М. А. Становление профессиональной зрелости социального педагога в образовательном процессе вуза: автореф. дис. ...д-ра пед. наук. Оренбург, 2005. 38 с.

служащих объединяющей основой его жизни)¹. Ф. Перлз, ставя знак равенства между *зрелостью* и психическим здоровьем, считает, что достижение зрелости индивидуумом происходит в результате преодоления его стремления получать поддержку из окружающего мира и нахождения любых источников поддержки в самом себе, т. е. зрелость определяется им как способность перейти от опоры на среду и от регулирования средой к опоре на себя и саморегуляции. Главное условие этого Ф. Перлз видел в *состоянии равновесия*, достигаемого при *осознавании иерархии своих потребностей* в процессе тщательной проработки всех своих невротических уровней². По мнению И. С. Кона, «социальная зрелость — это стадия социального развития личности, характеризующаяся не только овладением социальными ролями, но и способностью к самостоятельным поступкам, активной социальной позицией, принятием ответственности за социальные последствия своего поведения»³. В традиции психологии развития *психологическая зрелость* рассматривается как *психосоциальная*, трактуемая как степень социализированности личности — усвоения ею социальных норм, правил и стандартов поведения, характерных для конкретной этно- и социокультурной среды. В качестве показателей *личностной (психосоциальной) зрелости* многими рассматриваются: степень социализированности и индивидуализированности (т. е. достижения автономности, независимости, самодостаточности) личности⁴. А. А. Реан выделил следующие основные составляющие социальной зрелости личности: 1) ответственность (атрибут зрелого поступка); 2) терпимость (толерантность при социальных взаимодействиях со средой, позитивное отношение к миру); 3) саморазвитие (осмысленность жизни, потребность в самоактуализации, самотрансценденции, достижении профессионального «акме» и профессио-

¹ Гордон Олпорт и диспозициональное направление [Электронный ресурс]. URL: www.allport.psy4.ru/therapy.htm (дата обращения: 03.11.2018).

² Уваров Е. А. Теоретические и практические основы психотехник в современной психологии: учеб. пособие. Тамбов : Изд. дом ТГУ им. Г. Р. Державина, 2010. 242 с.

³ Кон И. С. Социология личности: Избр. психол. тр. // Социологическая психология. М., Воронеж, 1999. С. 177–193.

⁴ Журавлев А. Л. Социально-психологическая зрелость: обоснование понятия // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 2. С. 44–54.

нального долголетия); 4) позитивное восприятие социального окружения (позитивное мышление, позитивное отношение к миру)¹.

1.4.2. Профессиональное психологическое здоровье сотрудника ОВД как неспецифическая профессиональная компетенция

Вводимое нами вслед за термином *«профессиональное здоровье»* (А. Н. Разумов, В. А. Пономаренко, В. А. Пискунов, В. И. Шостак, Л. А. Яньшин, А. Г. Маклаков, Г. С. Никифоров и др.) понятие *«профессиональное психологическое здоровье»* задает профессиональный контекст социального функционирования личности и индивидуальности, являясь одной из наиболее важных неспецифических компетенций, обеспечивающих успешность профессиональной деятельности сотрудника правоохранительной системы, в то время как профессиональное психологическое «нездоровье» — фактором, в значительной степени лимитирующим профессионально-психологическую успешность и надежность. В этой связи, применительно к «экстремальным» профессиям, на наш взгляд, правомерно и целесообразно употреблять понятие *«профессиональное психологическое здоровье»*.

Контент-анализ требований, предъявляемых к профессионально-психологическим характеристикам и психическому здоровью кандидатов на службу и сотрудников ОВД, отраженных в различных нормативно-правовых актах (Закон о полиции, постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации», приказы, распоряжения, решения коллегий МВД России и др.) показывает, что большинство из них могут быть объединены с помощью вводимого нами интегрального психологического концепта *«профессиональное психологическое здоровье»*, который априори присутствует, включает в себя или тесно связан с такими понятиями и формулировками, используемыми в специальных федеральных законах и подзаконных нормативных актах, как *«отсутствие факторов риска девиантного (дезадаптивного, аддиктивного, суицидального, агрессивно-насильственного, коррупционного и др.) поведения»*; *«профессиональная работоспособность»*, *«способность по своим личным и деловым качествам выполнять служебные обязанности сотрудника ОВД»*, *«психологическая устойчи-*

¹ Реан А. А., Бордовская Н. В. Психология и педагогика: учебник для вузов. СПб., 2006. 299 с.

вость», «профессионально значимые психологические качества личности», «надежность профессиональной деятельности», «эмоциональная устойчивость, уравновешенность, контроль своего поведения и внешних проявлений эмоций, эмоциональная зрелость»; «уровень волевой регуляции поведения», «зрелость личности», «уверенность в своих силах и уровень самокритичности» «уровень правосознания и нравственных убеждений», «профессионально-нравственный облик сотрудника, обусловленный требованиями государства и общества» и др. В то же время на низкий уровень профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД указывают такие лимитирующие его характеристики, как «признаки психических отклонений», «девиантное (общественно опасное) поведение», «нарушения психической адаптации», «низкие адаптационные способности к условиям оперативно-служебной (учебной) деятельности, признаки нервно-психической неустойчивости», «склонность к аддиктивному поведению», «злоупотребление алкоголем или токсическими веществами»; «склонность к совершению суицидальных действий», «острые стрессовые расстройства», «кризисные состояния», «профессиональная деформация личности», «склонность к злоупотреблению должностными полномочиями» и др.

В этой связи мы считаем правомерным рассматривать вводимый нами концепт **«профессиональное психологическое здоровье»** в качестве универсальной неспецифической профессиональной компетенции сотрудника ОВД России.

В отличие от понятия **«психическое здоровье»**, ориентированного в основном патоцентрически и традиционно являющегося предметом исследования, зоной компетентности и профессиональной ответственности психиатров и клинических психологов¹, термин **«профессиональное психологическое здоровье»** содержательно трактуется более широко и ориентирует исследователей немедицинского профиля (психологов ОВД, воспитателей, педагогов, сотрудников кадровых аппаратов, руководителей разного уровня и др.) главным образом *нормоцентрически*, то есть опирается на оценку «качества нормы» (В. А. Колокольцев), «степени нормальности» личности

¹ Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (последняя редакция). [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/ (дата обращения: 03.03.2019).

в целом (В. А. Ананьев), проявление *индивидуальности* при адекватном уровне ее адаптации к внешней среде и отсутствии психических расстройств (И. Л. Левина), наличие и степень развития *психологической устойчивости* и других личностных ресурсов, необходимых для успешного функционирования в той или иной социальной сфере, как в обычных, так и в экстремальных ситуациях (И. В. Дубровина), а также на *личностную идентичность* (Э. Эриксон; Г. Аммон, Л. Б. Шнейдер), *собственную внутреннюю сущность* (А. Е. Созонов, F. Pearls), *профессиональную субъектность* (И. В. Сыромятников) и др. Именно к психологическому здоровью относится меткое выражение Б. С. Братуся, в немалой степени актуальное для сотрудников ОВД, о том, что для все большего количества современных людей становится характерным диагноз: «*психически здоров, но личностно (психологически) болен*».

1.5. Основные подходы к исследованию поведенческих проявлений профессионального психологического здоровья в практической и юридической психологии

Одной из основных задач юридической психологии, непосредственно связанной с проблемой криминального поведения, а также профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД в контексте проблематики психодиагностики и превенции их противоправного поведения, является ответ на два жизненно важных вопроса: 1) чем определяется, кто или что отвечает за *внешнее поведение* человека? И 2) от чего зависит или кто отвечает за *внутреннее в человеке*?

В качестве возможных вариантов ответов выделяются: 1) внешние обстоятельства, 2) внутренние импульсы и состояния, 3) сам человек лично. Если данные ответы представить в качестве осей таблицы, то можно выделить девять основных подходов в практической психологии¹ (табл. 1.5.1).

¹ Девять основных подходов в практической психологии [Электронный ресурс] // Психологос. URL: <http://www.psychologos.ru/> (дата обращения: 19.11.2018).

Таблица 1.5.1

Девять основных подходов в практической психологии

		За внешнее поведение отвечают		
		Внешние обстоя- тельства	Внутренние импульсы и состояния	Сам человек лично
За внутреннее в человеке отвечают	сам человек лично	Духовные подходы	↑ Экзистенциальный подход	↑ Личностно- деятельностный подход
	внутренние импульсы и состояния	← Необихевиоризм	Психоанализ (психодинамический подход)	→ Деятельный подход
	внешние обстоятельства	← Бихевиоризм	↓ Когнитивно- бихевиоральный подход	↓ Традиционная педагогика

Выбор того или иного подхода в качестве методологического базиса построения экспертно-диагностической системы для оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья (включая его поведенческий аспект) имеет решающее значение.

1. *Бихевиористический подход* исходит из того, что за все внутреннее и внешнее поведение отвечают внешние обстоятельства — стимулы. Человек полностью в схеме «стимул — реакция».

2. *Необихевиоризм и когнитивно-бихевиоральный подход* считает, что за внешнее поведение отвечают внутренние переменные (импульсы, состояния и ментальные карты), но сами эти внутренние переменные определяются внешними обстоятельствами и могут быть ими изменены.

3. *Подход традиционной педагогики и работодателя* базируется на том, что внутренние душевные обстоятельства человека, естественно отражают обстоятельства его жизни, но за свое поведение человек несет личную ответственность (в соответствии с возрастом).

4. *Юнгианство и гуманистический подход* основываются на том, что поведение человека строится на соответствии требованиям окружения и обстоятельств (подчинении социуму), но его внутренний мир, подлинные чувства и направление естественного развития определяются его *самостью* (центром личности, регулирующим целостность сознательного и бессознательного душевного бытия).

5. *Психоаналитический подход* рассматривает внутренний мир человека как арену борьбы внутренних бессознательных импульсов, а внешнее поведение как выражение результатов этой борьбы.

6. *Деятельный подход* основной акцент ставит на действиях и поступках человека, исходя из того, что его мысли и переживания преломляются через систему его мотивов и личностных конструкторов. При этом за свое поведение человек отвечает сам.

7. *Духовные подходы* исходят из той посылки, что человек ведет себя так, как требует окружение (обстоятельства), вынужден подчиняться социуму, но за свой внутренний мир, мысли и чувства он несет личную ответственность.

8. *Экзистенциальный подход* рассматривает поведение человека как выражение того, что идет у него изнутри, при этом человек — господин своего внутреннего мира.

9. *Личностно-деятельный подход* полагает, что человек сам лично отвечает и за свое внутреннее душевное состояние, и за внешнее поведение, которое определяется не только внешними обстоятельствами, его внутренними импульсами, состоянием и личным выбором, но и системой деятельностей, в которую он включен.

Приведенная типология, безусловно, схематична и не может отразить все аспекты человеческого поведения, в связи с чем многие исследователи в своем мнении сходятся на целесообразности использования системного подхода — направления методологии исследования, в основе которого лежит рассмотрение объекта как системы из множества элементов, совокупности отношений и связей между ними¹. Однако при этом все же явно или не явно, отмечается приверженность исследователя (школы) к одному или нескольким из вышеперечисленных подходов.

¹ Системный подход [Электронный ресурс] // Википедия. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения: 19.11.2018).

1.6. Теоретические основы психодинамического подхода к оценке профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД

Следует отметить, что в современной системе ведомственного психологического обеспечения проблема взаимосвязи отклоняющихся форм поведения сотрудников ОВД, их психологического здоровья, профессиональной надежности и *психодинамических свойств личности*, несмотря на всю свою актуальность, является одной из наиболее сложных, противоречивых и малоисследованных. Так, широкий спектр взглядов психологов на данную проблему распространяется от признания психодинамических свойств определяющими все остальные свойства личности (Г. Айзенк), рассмотрения их одновременно в двух планах — как природной основы формирования личности и как одного из экспрессивных проявлений других ее свойств (Г. Олпорт, К. Роджерс, А. Маслоу) до игнорирования их роли ввиду примата социальной детерминации личности (А. Н. Леонтьев, Б. М. Теплов, Л. С. Выготский, В. Д. Небылицын). Вместе с тем без ее решения невозможно объективное понимание путей формирования психологически здоровой личности полицейского нового типа, готового к сотрудничеству с гражданским обществом, а также разработка эффективных методов психологической диагностики, профилактики и коррекции отклонений, возникающих в процессе служебно-профессиональной деятельности.

Термин «*психодинамический*» в отечественной психологии толкуется двояко: 1) как обозначающий динамические характеристики психических процессов (формально-динамические свойства индивидуальности, темперамент); 2) как отражение *неосознаваемых* (глубинных) психических феноменов, рассматриваемых в качестве основных детерминант человеческого поведения (то есть, по сути, являющийся синонимом термина «*психоаналитический*»). Мы придерживаемся второго толкования *психодинамического* (от греч. *psyche* — душа и *dynamis* — сила) *подхода*, как одного из основных подходов в практической психологии, объясняющего видимые человеку психические проявления (феномены мышления, чувств и поведения) происходящие в его больной или здоровой психике, как определяемые не внешними обстоятельствами, или человеческим разумом и волей, а самостоятельной *глубинной динамикой* (взаимодействием и борьбой) противоположно направленных сил внутри психики (внутренними импульсами и состояниями, неосознаваемыми мотивами, обусловленными биологическими побуждениями, инстинк-

тами, эмоциями, чувствами и попытками разрешить конфликт между внутренними потребностями и требованиями социума). Иными словами, многие направляющие и движущие процессы душевной жизни человека являются *неосознаваемыми*, то есть скрыты от нас. Так, например, сотрудник полиции склонен считать себя вполне осведомленным относительно мотивов и причин своего поведения, но в психодинамическом подходе это ставится под сомнение. Скорее предполагается, что его профессиональный выбор, тот или иной стиль поведения, склонность к той или иной деятельности, сексуальные предпочтения, хобби, привычки и особенности романтического идеала, зачастую складываются не в силу его сознательного и контролируемого выбора, а лишь осмысливаются и оформляются сознанием, будучи уже сформированными скрытыми душевными процессами.

Современный психодинамический подход берет свое начало от психоанализа З. Фрейда, придерживавшегося динамического понимания психических явлений и стремившегося «не просто описывать и классифицировать психологические явления, а понять их как проявление борьбы душевных сил, как выражение целенаправленных тенденций, которые работают согласно друг с другом или друг против друга»¹. Несмотря на тот факт, что идеи Фрейда явились результатом его работы с пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами, он был уверен, что выведенные им принципы вполне применимы и к объяснению поведения психически здорового человека. Постулаты его учения тесно связаны с созданной им концепцией *трехкомпонентной структуры* личности, включающей в себя: 1) ядро или сферу инстинктивных влечений (бессознательных побуждений), функционирующих по принципу удовольствия («*Оно*»); 2) сферу осознаваемых человеком функций психики, функционирующих в соответствии с принципом реальности и совокупностью всех знаний о мире («*Эго*» или «*Я*»), сдерживающую сферу инстинктивных влечений и регулирующую ее взаимодействие со сферой следующего уровня; 3) сферу влияний совести и мышления, содержащую социальные нормы, установки, моральные ценности общества, в котором человек живет («*Суперэго*» или «*сверх-Я*»).

По мнению З. Фрейда, каждый психический феномен отражает все три сферы психического, находящиеся в состоянии постоянной

¹ Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции / авт. очерка о Фрейде Ф. В. Бассин и М. Г. Ярошевский. М.: Наука, 1989. 456 с.

конкуренции за психическую энергию. Нарастающее напряжение в структуре «Оно» требует разрядки в виде удовлетворения желания (жизненно важных потребностей личности), а при продолжительном лишении (существенном ограничении) возможностей их удовлетворения приводит — к депривации (от лат. *deprivatio* — потеря, лишение) — субъективно болезненному или даже личностно разрушающему психическому состоянию¹. При этом «Я» оценивает степень безопасности или возможной угрозы, ограничивая фрустрацию (от лат. *frustratio* — неудача, обман, расстройство планов — одна из форм психологического стресса, вызванного объективно непреодолимыми или субъективно так воспринимаемыми трудностями, возникающими в ситуации разочарования и проявляющимися гаммой отрицательных эмоций: гневом, раздражением, агрессией, тревогой, чувством вины²), препятствия и искажения на путях разрядки, приводя ее в конечном итоге в соответствие с требованиями реальности и Сверх-Я. Противостояние сфер «Я» и «Оно» приводит к возникновению внутреннего конфликта, попытки бессознательного разрешения которого могут проявляться в виде осознаваемых невротических и других психических расстройств. Для снижения душевного напряжения конфликтов, душевной боли или других неприятных переживаний личностью вырабатываются специфические защитные механизмы или психологические защиты: *вытеснение* (перевод в подсознание мыслей и чувств, причиняющих страдание; *проекция* (приписывание неприемлемых мыслей и чувств другим людям, возлагая на них вину за свои недостатки и промахи); *замещение* (перенадресовка агрессии от более угрожающего объекта к менее угрожающему); *реактивное образование* (подавление неприемлемых побуждений и замена их на противоположные); *сублимация* (замена неприемлемых сексуальных побуждений на социально приемлемые формы поведения в целях адаптации). Согласно депривационно-фрустрационной теории невроза, депривация ведет к фрустрации, фрустрация к агрессии, агрессия к тревоге, а тревога к психологическим защитами. При этом роль депривации и фрустрации может быть двоякой: как патогенной (при повышении

¹ Кондратьев М. Ю., Ильин В. А. Азбука социального психолога-практика. М.: ПЕР СЭ, 2007. 464 с.

² Смулевич А. Б. Глоссарий терминов (депрессия в общей медицине) [Электронный ресурс] // Национальная психологическая энциклопедия. URL: <http://vocabulary.ru/dictionary/12/word/frustracija> (дата обращения: 19.06.2019).

определенного порога интенсивности), так и развивающей (психоанализ считает, что развитие «Я» начинается с фрустрации)¹.

Модель личности З. Фрейда впервые продемонстрировала, что поведение человека не всегда рационально и может быть вызвано неосознаваемыми мотивами. В качестве важнейшей стадии формирования личности З. Фрейд считал *раннее детство*. Данная теория, оказавшая существенное влияние на многие области психологии, в последующем была расширена неофрейдистами за счет включения в нее влияния социального окружения и взаимодействий индивида на динамику развития его личности в процессе жизни. Несмотря на то, что психодинамический подход и фрейдизм (ортодоксальный и классический психоанализ, идеи которого являлись продуктом творческого сознания, поглощенного процессом разгадывания глубоких тайн человеческих мыслей, чувств и поведения, а не результатом систематических научных исследований) — не одно и то же, многие психологи (К. Юнг, А. Адлер, О. Ранк, Г. Салливен, К. Хорни, Э. Фромм, Э. Эриксон и др.) адаптировали психодинамическую модель к своей работе. Априорно не утверждая, что глубинная динамика — это обязательно столкновение первичных сексуальных влечений с принципом реальности, психодинамический подход относит к ней и стремление к превосходству, и комплекс неполноценности, и самые разнообразные влечения и убеждения (включая социально неприемлемые), как подросткового периода, так и сформировавшиеся уже у взрослого человека. В этом случае задача психодинамического подхода — помочь человеку разобраться в своих душевных конфликтах и осознать их. Разновидностью психодинамической психотерапии является и личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия, основанная на психологии отношений В. Н. Мясищева, и экзистенциально-гуманистическая психотерапия. В рамках психодинамического подхода сегодня работают такие известные школы и направления практической психологии, как транзактный анализ, психодрама, телесно-ориентированная психотерапия, динамическая психиатрия.

¹ Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://vocabulary.ru/dictionary/978> (дата обращения: 20.02.2019).

1.7. Опыт прогнозирования психического здоровья и возможности его использования при прогнозировании профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД

1.7.1. Основные понятия современной научной прогностики, сущность и принципы санологического прогнозирования

Прогноз (от греч. *prognosis* — предвидение, предсказание) — вероятностное суждение о будущем состоянии объекта исследования с помощью научных методов, а также сам результат предсказания. Говоря современным научным языком, *прогнозирование* — это процесс разработки прогноза, а в узком значении — специальное научное исследование конкретных перспектив развития какого-либо процесса или явления (состояния). По срокам (промежутку времени, на который разрабатывается прогноз) выделяют *краткосрочные* (общие количественные оценки) на 1–2 года, *среднесрочные* (количественно-качественные оценки) на 5–10 лет, *долгосрочные* (качественно-количественные оценки) на 15–20 лет, *сверхдолгосрочные* (общие качественные оценки) на 50–100 лет прогнозы.

Так, например, по мнению бывшего руководителя Центра психофизиологической диагностики (ЦПД) Медико-санитарного центра (МСЦ) МВД России Н.И. Мягких, долгое время отвечавшего за медико-психологический (психолого-психиатрический) и профессионально-психологический отбор лиц, поступающих на службу в ОВД, никакая система отбора не может гарантировать 20, 30 лет безупречной службы. Более или менее надёжный прогноз можно дать на первые 3 года, а дальше включаются другие факторы¹.

В отличие от расчётов жестко детерминированных явлений (например, солнечных и лунных затмений), с одной стороны, и прорицаний — с другой, современное *научное прогнозирование* отличается лишь *вероятностным* подходом к предметам исследования, т. е. направлено не на безусловное предсказание, а на оценку вероятного (при условии сохранения наблюдаемых тенденций) и желательного (при условии заранее заданных норм) состояния объекта. Этим определяется характер и структура разработанных в настоящее время

¹ Борисов С. Копнуть под фуражкой. Психику полицейских проверяют по американской методике [Электронный ресурс] // Россия — Новости — VPN.BY. 21.08.2011.. URL: <http://news.vpn.by/USSR/russia/Kopnut-pod-furazhkoj.html> (дата обращения: 21.08.2019).

и используемых в самых различных областях науки более ста теоретических подходов вероятностного прогнозирования. Существуют и различные классификации прогностических подходов. Так, на основе источника информации выделяют два основных класса прогностических методов: эвристические и факторографические¹. Технологически методы прогнозирования подразделяются на три класса: *экстраполяция, моделирование, опрос экспертов*. Конкретные методики, по которым ведётся прогнозирование, обычно образуются путём оптимального сочетания нескольких методов сообразно цели и задачам исследования². В настоящее время чаще всего используют *комплексное* прогнозирование, основанное на системном подходе к объекту прогноза.

В *прогностике*, как научной дисциплине, изучающей общие принципы, методы и закономерности процесса разработки прогнозов, в числе основных понятий выделяют такие, как *сложность объекта прогнозирования* (характеристика объекта прогнозирования, определяющая разнообразие его элементов, свойств и отношений); *точность прогноза* (оценка доверительного интервала прогноза для заданной вероятности его осуществления); *достоверность прогноза* (оценка вероятности осуществления прогноза для заданного доверительного интервала); *ошибка прогноза* (апостериорная величина отклонения прогноза от действительного состояния объекта); *верификация прогноза* (оценка достоверности и точности или обоснованности прогноза); *эксперт* (квалифицированный специалист по конкретной проблеме, привлекаемый для вынесения оценки по поставленной задаче прогноза); *компетентность эксперта* (способность эксперта выносить на базе профессиональных знаний, интуиции и опыта достоверные суждения об объекте прогнозирования); *экспертная оценка* (суждение эксперта или группы экспертов относительно поставленной задачи прогноза); *статистические методы прогнозирования* (разработка, изучение и применение современных математико-статистических методов прогнозирования на основе объективных данных) и другие.

Сущностью прогнозирования здоровья (санологического прогнозирования) является предсказание его состояния у человека (группы лю-

¹ Саркисян С. А., Голованов Л. В. Прогнозирование развития больших систем. М.: Статистика, 1975. 192 с.

² Прогнозирование. Словари и энциклопедии на Академике. Большая советская энциклопедия. [Электронный ресурс]. URL: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/124043/Прогнозирование> (дата обращения: 03.03.2019).

дей, населения) в будущем по информации, имеющейся в настоящем. Основными его направлениями являются: 1) прогноз состояния здоровья практически здоровых людей перед воздействием неблагоприятных (в том числе экстремальных) факторов; 2) прогноз риска заболевания с учетом индивидуальных особенностей организма и воздействия вредных производственно-бытовых факторов; 3) прогноз течения заболевания, с учетом характера болезни и индивидуальных особенностей больного; 4) прогноз исхода болезни в зависимости от правильности постановки диагноза. Из перечисленных направлений первые два имеют непосредственное отношение к исследуемой нами проблематике профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.

В медико-социальных исследованиях санологическое прогнозирование осуществляется по отношению к четырем уровням здоровья: 1) *индивидуальному*; 2) *групповому* (здоровью социальных и этнических групп); 3) *региональному* (здоровью населения административных территорий); 4) *популяционному* (здоровью общества в целом или общественному здоровью).

В соответствии с данным принципом сотрудники ОВД могут рассматриваться как социальная группа, а их профессиональное психологическое здоровье — как показатель, характеризующий ее на всех уровнях ведомственной вертикали — от отдельно взятого сотрудника, подразделения до главного управления, федерального округа и министерства в целом.

Для оценки и прогнозирования индивидуального здоровья обычно используется ряд весьма условных показателей, таких как: *ресурсы здоровья* (морфофункциональные и психологические возможности изменять баланс здоровья в положительную сторону), *потенциал здоровья* (способность адекватно реагировать на воздействие внешних факторов, зависящая от состояния компенсаторно-приспособительных систем и механизмов психической саморегуляции), а также *баланс здоровья* (состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами). По данным исследований нидерландских ученых здоровье человека лишь на 8,5 % зависит от качества здравоохранения, на 20 % — от экологии, еще на 20 % от наследственности и на 51,5 % от образа жизни человека¹.

¹ Здоровье человека зависит от образа жизни [Электронный ресурс] // Медицина 2.0. Главные новости. URL: <http://www.med2.ru/story.php?id=11071> (дата обращения: 21.08.2019).

Общественное здоровье, являющееся важнейшим ресурсом национальной безопасности, экономическим и социальным потенциалом страны, непосредственно зависит от социально-экономических условий; служит самым точным и адекватным критерием *качества жизни* и рассматривается как средство, позволяющее людям жить благополучной и продуктивной жизнью¹. Любые заметные изменения условий жизни весьма быстро отражаются на качестве здоровья.

Многие негативные проблемы общественного здоровья, преимущественно связанные с социально-бытовыми и производственными факторами (невысокая заработная плата, недостаточная обеспеченность жильем, экстремальные условия профессиональной деятельности, хронический психоэмоциональный стресс, систематическая алкоголизация, деградация нравственных принципов и пр.)² имеют самое непосредственное отношение к здоровью сотрудников ОВД.

1.7.2. Особенности и сложности прогнозирования здоровья человека

Развитие кибернетики, информационных технологий и разработка теории прогнозирования открыли возможности для применения в медицинской практике научно обоснованных вероятностных методов прогнозирования³, математических моделей⁴, теорий информации⁵ и распознавания образов⁶. Но, несмотря на это прогнозирование заболеваний и их исходов до настоящего времени в основном остается эмпирическим⁷, а прогнозирование здоровья по-прежнему остается нерешенной задачей.

¹ Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению (в 3-х частях) [2003, DjVu]. [Электронный ресурс]. URL: http://big-archive.ru/med/public_health/3.php (дата обращения: 03.11.2018).

² Вялков А. И. Управление в здравоохранении Российской Федерации: теория и практика: монография. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 527 с.

³ Минцер О. П., Чепкий Л. П., Циганий А. А., Заславский С. Я. Проблемы медицинской кибернетики. М.: Наука, 1972. 311 с.

⁴ Антомонов Ю. Г. Моделирование биологических систем. Киев.: Наукова думка, 1977. 260 с.

⁵ Генкин А. А., Медведев В. И. Прогнозирование психофизиологических состояний. Л.: Наука, 1973. 144 с.

⁶ Вальдман А. В., Козловская М. М., Медведев О. С. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. М.: Наука, 1979. 359 с.

⁷ Принципы оценки и прогнозирования донозологических состояний организма // Проблемы до-нозологической гигиенической диагностики. Л.: Наука, 1989. С. 43–44.

Цель любого прогнозирования заключается в уменьшении неопределенности будущего, включающего три компонента: *детерминированного, вероятностного и случайного* характера¹. Сложности прогнозирования здоровья человека в целом связаны с тем, что применительно к нему строго детерминированные события, как правило, отсутствуют, а основная задача состоит в определении зоны возможных и невозможных состояний системы. Так, например, *факторы риска*, составляющие основу превентивной кардиологии² и ассоциирующиеся с частотой распространения и возникновения сердечно-сосудистых заболеваний³, не являются свидетельством неизбежности последних, а значительное их количество (>100) осложняет практическое построение прогностической модели. В этой связи *теория факторов риска* (нозоцентрический подход) не может рассматриваться в качестве единственной основы для прогнозирования вероятности заболеваний, особенно при *донозологическом прогнозировании* (на грани нормы и патологии). Данный тезис, на наш взгляд, имеет отношение и к системе так называемых маркеров «группы риска», используемых при экспертизе психологической пригодности кандидатов на службу в ОВД⁴.

Поскольку многие расстройства и пограничные состояния человека связаны с его нарушенной или сниженной *способностью адаптироваться* к изменениям условий внешней среды и образа жизни⁵, нарушение процессов адаптации рассматривается как патофизиологическая основа большинства заболеваний⁶, а учет *функциональных резервов* (адаптационных ресурсов) человеческого организма, базирующийся на основных положениях *теории адаптации*, является основой принципа *нормоцентрического (ресурсоцентрического)* подхо-

¹ Добров Г. М. Прогнозирование науки и техники. М.: Наука, 1970. 209 с.

² Косицкий Г. И. Превентивная кардиология. М.: Медицина, 1987. 511 с.

³ Метелица В. И. Факторы риска // Превентивная кардиология. М.: Медицина, 1977. С. 52–77.

⁴ Методические указания «Факторы «группы риска» и профессиональная пригодность кандидатов, поступающих на службу в органы внутренних дел и учебу в образовательные учреждения системы МВД России. М.: МВД России, 1999.

⁵ Shekelle R. B, Caule M., Ostfeld A. M. et al. Hostility, risk of coronary heart disease and mortality // Psychosom. Med. 1982. Vol. 45a. P. 109–114.

⁶ Дичее Т. Г., Тарасов КЕ. Проблема адаптации и здоровье человека. М.: Медицина, 1976; Казначеев В. П., Субботин М. Я. Этюды к теории общей патологии. Новосибирск: Наука, 1971. 184 с.

да в прогнозировании здоровья человека вообще и профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД в частности.

Согласно концепции В. И. Медведева, адаптация рассматривается как постоянный процесс взаимодействия в системе «человек — среда», протекающий на двух уровнях (физиологическом и социально-психологическом) и определяющий *функциональное состояние организма*¹ — «интегральный комплекс характеристик функций и качеств человека, прямо или косвенно обуславливающих возможность деятельности»². Представления о функциональном состоянии как о *динамичном образовании*, обусловленном субъективными процессами³, дополняется взглядами, подчеркивающими его реактивную природу, т. е. внешнюю обусловленность⁴. Поскольку в ходе адаптационных перестроек субъективные сдвиги, значительно опережают объективные, *субъективная* составляющая функционального состояния человека является ведущей⁵, в силу чего общепризнанной в настоящее время является *обусловленность* состояний и деятельности именно *личностными образованиями*⁶. Несмотря на качественную идентичность

¹ Медведев В. И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов. Л.: Наука», 1982. 100 с.

² Леонова А. Б., Медведев В. И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. М.: МГУ, 1981. 112 с.

³ Данилова Н. Н. Функциональные состояния, механизмы и диагностика. М.: МГУ, 1985; Зимкина А. М., Лоскутова Г. Д. О концепции функционального состояния центральной нервной системы // Физиология человека. 1976. Т. 2. № 2. С. 179–192; Ливитов Н. Д. О психическом состоянии человека. М.: Просвещение, 1964. 344 с.; Хомская Е. Д. К проблеме функциональных состояний мозга // Вопросы психологии. 1977. № 5. С. 105–113.

⁴ Ильин Е. П. Теория функциональных систем и психофизиологические состояния // Теория функциональных систем в физиологии и психологии. М.: Наука, 1978. С. 325–346; Кудрин И. Д., Зюбан А. Л., Овчинников Б. В. К оценке функционального состояния организма человека // Воен.-мед. журн. 1981. № 10. С. 46–49; Леонова А. Б. Психодиагностика функциональных состояний. М.: Просвещение, 1984. 107 с.; Леонова А. Б., Медведев В. И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. М.: МГУ, 1981. 112 с.; Сосновикова Ю. Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика: Пособие для студентов и учителей. Горький: Горьк. пед. ин-т, 1975. 117 с.

⁵ Miksik O. Pocuzovani struktury a dunamiky aktualnich psychiatrickich stabu// Vy. Kumny ustav psychiatricky. Praha-Zpravy, 1975. P. 3–45.

⁶ Небылицин В. Д. Функциональное состояние нервной системы человека и ее основные свойства // Психофизиологические исследования индивидуальных

генетически заданного набора функциональных состояний человека, в их выраженности и динамике отмечаются существенные индивидуальные различия, в силу чего в одних и тех же, даже экстремальных, условиях деятельности разные люди обладают различным функциональным состоянием¹. В функциональном состоянии отражаются особенности всех уровней иерархии личности²: свойств нервной системы³, типа темперамента⁴, общей эмоциональной направленности или спектра «излюбленных переживаний»⁵, способности к нейтрализации негативных эмоциональных следов и волевых качеств⁶, интеллектуальных характеристик⁷, *уровня психофизиологического единства личности*⁸. Так, например, сегодня ни у кого не вызывает сомнений связь так называемых психосоматических заболеваний с особенностями личности и определенными формами невротического реагирования на явления социальной действительности⁹.

различий. М.: Наука, 1976. С. 187–192; Ганзен В. А., Юрченко В. Н. Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека // Экспериментальная и практическая психология. Психические состояния. Л.: ЛГУ, 1981. Вып. 10. С. 5–16; Забродин Ю. М. Методологические проблемы моделирования функциональных состояний человека-оператора // Вопросы кибернетики. Психические состояния и эффективность деятельности. М.: Изд-во АН СССР 1983. С. 3–24; Наенко Н. И. Психическая напряженность. М.: МГУ, 1976. 112 с.; Юрченко В. М. Исследования психического состояния человека в процессе производственной деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03. Л., 1980. 19 с.

¹ Лунин А. П. Очерки психологии спорта. М.: ФиС, 1959. – 308 с.

² Медведев В. И. Психологические реакции человека в экспериментальных условиях // Руководство по физиологии. — М.: Наука, 1979. С. 625–674.

³ Небылицин В. Д. Функциональное состояние нервной системы человека и ее основные свойства // Психофизиологические исследования индивидуальных различий. М.: Наука, 1976. С. 187–192.

⁴ Белоус В. В. Проблема типа темперамента в современной дифференциальной психологии // Психол. журн. 1981. Т. 2. № 1. С. 45–55.

⁵ Додонов Б.И. Эмоциональные типы, типичность и гармоничное развитие личности // Вопр. психологии. 1978. Т. 3. С. 21–31.

⁶ Рапохин Н. П. Исследование эмоционально-волевой устойчивости в условиях значимой деятельности // Психол. журн. 1981. Т. 2. № 5. С. 92–99.

⁷ Ливитов Н. Д. О психическом состоянии человека. М.: Просвещение, 1964. 344 с.

⁸ Якунин В.А. О связи психических состояний и свойств личности // Психические состояния. Л.: ЛГУ, 1981. С. 17–23.

⁹ Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Л.: Медгиз, 1950. 493 с.; Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь. М.: Медгиз, 1954. 392 с.; Alexander F. Psychosomatic

Таким образом, *личностные особенности человека* весьма существенно сказываются на его здоровье. Данный вывод свидетельствует о возможности и необходимости психологического прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.

1.7.3. Психологическое прогнозирование здоровья

Психологическое прогнозирование (прогнозирование в психологии) — это утверждения относительно *вероятности проявления какого-либо поведения* или обнаружения определенных отношений. *Психологический прогноз* — конкретное предсказание, суждение о состоянии и развитии изучаемого психологического феномена (в данном случае — профессионального психологического здоровья) в будущем на основании психологического диагноза или психологических характеристик, выявленных на момент обследования. Следует отметить, что проблема психологического прогнозирования в психодиагностике является одной из наиболее сложных и дискуссионных. Считается, что прогноз не может быть осуществлен исключительно на основе результатов теста (тестов) не только в силу их известной ограниченности, но и потому, что данные тестирования должны быть дополнены релевантными прогностической задаче сведениями (например, особенностями социальной среды индивидуума, его доминирующими интересами и установками и т. п.)¹.

С середины прошлого века ведется дискуссия об эффективности двух основных видов психологических прогнозов — *статистического* и *клинического*. Так, американский психолог Пол Мил (Meehl P., 1954, 1956) представил, на первый взгляд, убедительные доказательства того, что статистическая обработка эмпирических данных, основанная на применении адекватных математических расчетов ведет к более точному прогнозу, чем их клиническая интерпретация, предполагающая сложный дедуктивный процесс интерпретации и интеграции результатов психодиагностического исследования на основе

medicine, its principles and applications. New York, Norton, 1950. 300 pp.; Lundberg V. Psychophysiological aspects of performance and adjustment to stress// Achievements, stress and anxiety. Washington.: ETC, 1982. P. 75–92; Noyes A. P., Kolb L. C. Modern clinical psychiatry. Philadelphia-London, 1966. 638 p.; Reich L, Noyes R., Coryell J. W., O'Gorman T. W. The affect of state anxiety on personality measurement // Amer. J. Psychiatry. 1986. Vol. 143. № 6. P. 760–763.

¹ Словарь-справочник по психодиагностике. 3-е изд. / авт.: Бурлачук Л. Ф. СПб.: Питер, 2008.

специальной подготовки и клинического опыта психолога. В результате последующих многолетних исследований мнение П. Мила в основном подтвердилось — при наличии подходящих статистических данных, клиническая интерпретация оказывалась не обязательной. Однако при этом обращалось внимание на тот факт, что статистический прогноз правилен настолько, насколько правильны эмпирические доказательства, на которых он основан. В отношении психодиагностического инструментария в данном случае речь идет о валидной психодиагностической концепции теста или о *концептуальной* и *конструктивной* валидности. Кроме того, подчеркивается необходимость учета *инкрементной валидности* — психометрической характеристики теста, состоящей в относительном приращении точности отнесения испытуемого к определенной категории над возможной точностью отнесения, которая имелаась до применения данного теста¹. Данный компонент критериальной прогностической валидности теста, отражает практическую ценность методики, например, ее роль в повышении результативности процедуры отбора лиц для реальной деятельности, по сравнению с традиционной, основанной на анализе объективных сведений, документов, бесед, приеме с испытательным сроком и т. д.² или на применении другой методики. На сегодняшний день очевидно, что наиболее эффективным путем решения задач психологического прогнозирования является сочетание клинического и статистического подходов³.

Опыт разработки проблемы психологического прогнозирования профессионального здоровья военнослужащих, описанный А. Г. Маклаковым⁴, базируется на следующих основных положениях: 1) эффективное выполнение профессиональных обязанностей обусловлено необходимым уровнем функционального состояния организма, определяющего характеристики профессионального здоровья; 2) *психологические особенности личности* в значительной мере определяют успешность

¹ Инкрементная валидность. Адалин. [Электронный ресурс]. URL: <http://adalin.mospsy.ru/dictionary/dictionary.php?term=32> (дата обращения: 05.12.2018).

² Валидность инкрементная [Электронный ресурс] // Psylist.net. URL: <http://www.psylist.net/slovar/3a58.htm> (дата обращения: 05.11.2018).

³ Прогноз психологический. Словарь-справочник по психодиагностике [Электронный ресурс] // Дельфия.. URL: http://wiki.myword.ru/index.php/Прогноз_психологический (дата обращения: 05.11.2018).

⁴ Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.03. СПб., 1996. 37 с.

профессиональной адаптации и уровень функционального состояния организма; 3) целью психологического прогнозирования профессионального здоровья военнослужащих является оценка развития психологических особенностей личности, определяющих эффективность военно-профессиональной адаптации. Исходя из этих положений, в качестве концептуальной основы для решения задач психологического прогнозирования профессионального здоровья предлагается *теория адаптации* индивида к внешним условиям среды и деятельности, в соответствии с которой выделяется три основных ее уровня: физиологический, психический и социальный. При этом способность к социально-психологической адаптации (способность индивида принимать и исполнять определенный круг социальных ролей) рассматривается как одно из интегральных свойств личности или *личностный адаптационный потенциал* (ЛАП), степень развития которого позволяет *прогнозировать* успешность адаптации к различным условиям среды и деятельности.

К психологическим характеристикам личности, формирующим ЛАП, А. Г. Маклаков относит: *нервно-психическую устойчивость*, (толерантность к стрессу); *самооценку*, определяющую адекватность восприятия условий деятельности и своих возможностей; *ощущение социальной поддержки* (личностная референтность); способность к построению контактов с окружающими на основе имеющегося опыта; *моральную нормативность* (степень ориентации на существующие в обществе нормы и правила поведения); уровень групповой идентификации, отражающий ориентацию на соблюдение требований коллектива. Вероятность успешной адаптации, профессионального здоровья и эффективной деятельности индивида, даже при возрастании интенсивности воздействия психогенных факторов внешней среды, прямо пропорциональна выраженности показателей указанных характеристик.

Теоретические положения данной концепции автор попытался реализовать в многоуровневом личностном опроснике (МЛО) «Адаптивность»¹, который в настоящее время является одной из «штатных»

¹ Маклаков А. Г. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» // Профессиональный психологический отбор кандидатов в военно-учебные заведения Министерства обороны Российской Федерации: метод. рекоменд. М., 1994. С. 164–174.

методик профессионально-психологического отбора¹ и психофизиологического обеспечения профессиональной деятельности различных контингентов военнослужащих². Данный тест позиционируется как высоконадежный и валидный психодиагностический инструмент, позволяющий осуществлять прогнозирование профессионального здоровья и успешность служебно-профессиональной деятельности военнослужащих. Однако при этом следует отметить, что с позиций процессуально-психодиагностического анализа, по своей сути МЛО, как и его прототип — Стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л. Н., 1971, 1990), является вариантом адаптации и рестандартизации Миннесотского многопрофильного личностного перечня (ММРП) (Хатуэй С., Маккинли Дж., 1940), который не был основан на какой-либо определенной теории личности, агрессии или тревоги³, а создавался как метод клинического изучения синдромов патохарактерологического развития личности с помощью 566 клинических пунктов, выбранных у различных авторов и измеряемых в рамках первой современной классификационной системы патологического поведения (Kraepelin E., 1883) так называемые «поведенческие клинические феномены», проявляемые определенными поведенческими паттернами, имеющими место при тех или иных психических расстройствах. Несмотря на «позитивные» (нормоцентрические) наименования шкал МЛО («нервно-психическая устойчивость», «моральная нормативность», «коммуникативные способности», «личностный адаптационный потенциал»), фактически все они по своей сути являются патоцентрическими (симптом-ориентированными). Полученные по ним сырые баллы при переводе в стэны попросту инвертируются: чем меньше балл, тем выше стэн. По сути, в психодиагно-

¹ Временные методические указания о проведении профессионального психологического отбора кандидатов в вузы МО РФ из числа офицеров. М.: Воениздат, 1996. 62 с.; Маклаков А. Г., Чермянин С. В. Методики психологического и психофизиологического обследования граждан, поступающих на военную службу по контракту// Временные методические указания по организации и проведению в районных (городских) военных комиссариатах профессионального психологического отбора граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на нее по контракту. М., 1993. С. 25–53.

² Психофизиологическое обеспечение боевой деятельности частей и подразделений: метод. указания. СПб.: ВМедА, 1995. 52 с.

³ Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. СПб.: Ин-т им. В. М. Бехтерева, 2003. С. 84.

стической ситуации экспертизы (недобровольного массового тестирования) испытуемый для мотивированного набора высоких показателей по шкалам МЛЮ (например, при поступлении в ВВУЗ) должен избежать максимального числа ответов «согласен» на психопатологически нагруженные утверждения (айтем-ловушек), т. е. диссимулировать. Здесь вполне уместна аналогия с традиционной психиатрической формулировкой: «Жалоб нет. На момент осмотра — без продуктивной психопатологической симптоматики. Диагноз: психически здоров». И, наоборот, в ситуации аггравации или отрицательной мотивации к службе испытуемый будет стремиться отвечать «честно» или даже «наговаривать на себя», получая соответственно «плохой» прогноз. При этом баллы, полученные по коррекционным шкалам опросника в алгоритме расчета группы личностного адаптационного потенциала, не учитываются. Такой подход к прогнозированию психологического здоровья нам представляется редукционистским и малоэффективным. Кроме того, проведенный нами айтем-анализ методики МЛЮ на основе результатов обследования большой выборки абитуриентов военного вуза МВД ($n = 556$) показал, что 65 % из 165 утверждений опросника требуют отбраковки или переработки по показателю «трудность» задания (с 89 утверждениями согласились менее 20 %, а с 19 — более 80 % испытуемых) и в среднем 60 % утверждений основных интегральных шкал — по причине их недискриминативности, в том числе — 69 % (66 пунктов из 96) в шкале «нервно-психическая устойчивость»; 67 % в шкале «астенические реакции и состояние» (29 из 43); 66 % в интегральных шкалах «Адаптивные способности» (101 из 152) и «Дезадаптационные нарушения» (51 из 77); 62 % в шкале «Психотические реакции и состояния» (21 из 34); 46 % в шкале «Моральная нормативность» (11 из 24) и 42 % в шкале «Коммуникативные особенности» (13 из 31). При этом, прогностическая валидность интегральной шкалы «Адаптивные способности» глубиной три года составила 0,4 (совпадение прогнозов при поступлении с экспертными оценками на 3-й курсе обучения в военном институте внутренних войск МВД России — 40 %). Фактически это уже свидетельствует о низких психометрических показателях и непригодности методики для психологического прогнозирования профессионального психологического здоровья будущих офицеров-командиров внутренних войск и высокой актуальности разработки нового, прогностически более валидного психодиагностического инструментария.

1.7.3. Уровневый принцип оценки и прогнозирования психического и профессионального психологического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях организованных контингентов

Как уже отмечалось ранее, здоровье — это не только и не столько медицинский диагноз, сколько совокупность физических, психологических и социальных параметров, которые могут быть оценены и на которые можно влиять. Современная медицина традиционно делит всех людей на здоровых, практически здоровых, лиц так называемой группы риска, имеющих повышенную предрасположенность к тем или иным заболеваниям, и больных. *Здоровым* человеком считается тот, у которого не зарегистрированы отклонения от возрастнo-половых границ нормы. К *практически здоровым* относят людей, у которых, несмотря на наличие некоторых отклонений, организм хорошо функционирует в данных условиях среды, включая трудовые нагрузки.

А. Группировка состояний психического здоровья массовых контингентов С. Б. Семичева

Отчетливым отражением взглядов психиатров на различные уровни психического здоровья человека явилась группировка состояний психического здоровья С. Б. Семичева¹, состоящая из пяти рубрик. К **первой рубрике** отнесены состояния так называемой «идеальной» или *абсолютной нормы*, при которых выявить какие-либо отклонения от нормы не удастся. Важно отметить, что сюда же включена диссимулятивная установка обследуемого, по каким либо причинам (включая болезненные) скрывающего свою патологию и отказывающегося сотрудничать с врачом. Данная ситуация актуальна для психолого-психиатрической экспертизы лиц, поступающих на службу в ОВД и психопрофилактических осмотров сотрудников с высокой профессиональной мотивацией.

Вторая рубрика — *типологическая* или «конституциональная» норма, устанавливаемая при отнесении данного индивида к тому или иному конституциональному типу. По мнению автора, всякая конституция — это всегда некоторая почва для уязвимости в отношении развития одних заболеваний и устойчивости по отношению к другим, хотя отнюдь не предполагающая их фатальной неизбежности в будущем.

¹ Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 183 с.

К этой же рубрике относятся акцентуации характера (личности), предопределяющие специфику избирательной уязвимости в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим¹. Однако пока акцентуант остается социально адаптированным, говорить об отклонениях от нормы, требующих специального психопрофилактического вмешательства, нет оснований. Сюда же относятся всевозможные аномалии личности и односторонняя одаренность без признаков снижения адаптации.

Третья рубрика — *потенциальный повышенный риск* — включает предболезненные (предпатологические) состояния, при которых имеются определенные предпосылки для возникновения болезни, хотя какие-либо признаки дезадаптации или нарушения функционального оптимума отсутствуют. Данная рубрика включает и психологические ситуации повышенного риска (экстремальные, критические, кризисные и т. п.) в жизни человека (вступление в брак, беременность, развод, потеря близких и др.), а также возрастные кризисы, наследственную отягощенность психическими заболеваниями, искаженные типы семейного воспитания, социально-педагогическую запущенность и различные внешние вредности, включая перенесенные черепно-мозговые травмы, воздействие на головной мозг инфекционных заболеваний, алкогольно-наркотической интоксикации и других вредных факторов, а также сочетания перечисленных причин. При этом предрасположенность не является определяющим фактором патогенеза, на запуск болезненного процесса влияет психотравма или другие экзогенные (внешние) факторы². Предболезненным фоном для психогенных расстройств и эндогенных психозов могут служить и акцентуации характера. При этом, чем ярче выражены преморбидные особенности личности, тем больше они определяют клиническую картину и тем быстрее формируется синдром, характерный для данного типа личности. На этапе предпатологии (предболезни, скрытой, доклинической стадии) наблюдается скоротечно меняющаяся картина социально-психологической дезадаптации с разрозненными психопатологическими и психовегетативными симптомами, ни один из которых не преобладает длительно, однако в целом состояние выходит за пределы ситуационной нормы и приводит к транзиторным нарушениям личностного функционирования. Примером

¹ Кронфельд А. С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии // Труды ин-та им. П. Б. Ганнушкина. М., 1940. Вып. 5. С. 5–147.

² Там же.

таких расстройств могут быть дисгармоничные психологические (дезадаптивные, кризисные, острые аффективные) стрессовые реакции и преневротические состояния.

Четвертую рубрику группировки составляют состояния *психической дезадаптации*, которые могут быть *непатологическими* (психологически понятными, выводимыми из жизненных проблем, при наличии механизмов психологической защиты, например, перенесенные невротические реакции) и *патологическими* (очерченные) радикалы вероятного болезненного состояния, компоненты синдромов с полиморфной, мозаичной клинической картиной в целом, требующие индивидуального врачебного обследования), которые могут квалифицироваться как *донозологический этап психического расстройства*. Несмотря на отчетливый патологический радикал, предболезнь (донозонология) отличается от болезни тем, что ей недостает одного или нескольких необходимых компонентов для постановки нозологического диагноза¹.

Наконец, к **пятой рубрике** относятся случаи *верифицированного нозоспецифического психического заболевания* (характерного для конкретной классификационной группы) характеризующегося структурированием дефицитарных нарушений, относительной стабилизацией личностной патологии, кристаллизацией стереотипа болезненного процесса, его «саморазвитием» с меньшей зависимостью от внешних влияний и снижением доли симптомов, отражающих его первопричину. В эту рубрику включаются лица, состоящие на диспансерном учете, находящиеся в ремиссии, компенсации и т. п. В зависимости от стадии, типа течения, тяжести заболевания, характера ремиссии определяются степень нарушения психического здоровья и соответствующие рекомендации.

Регистры перехода от состояния здоровья к состоянию болезни отражают стадии адаптации организма к новым условиям путем изменения уровня функционирования и соответствующего напряжения регуляторных механизмов. Вместе с тем между выделенными уровнями и регистрами не существует жестких границ. Они весьма условны, между ними возможны взаимопереходы, но все же, по мере усложнения симптоматики нарастают нозонаправленные тенденции, а вероятность ее обратимости уменьшается. Иными словами, неопре-

¹ Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 183 с.

деленность, присущая явлениям донозологического уровня по мере приближения к болезни сокращается и сменяется возрастанием степени вероятности последней.

Диагностика предболезненных расстройств, признаков начинающейся психической дисгармонии представляется исключительно важной с психопрофилактической точки зрения, ибо на этом этапе естественные саногенетические механизмы преобладают над патогенетическими. Их своевременная коррекция способствует восстановлению функционального резерва и предотвращению развития более тяжелых и трудноизлечимых психопатологических состояний.

*Б. Группировка состояний психического здоровья
массовых контингентов военнослужащих Б. С. Фролова*

Группировки состояний психического здоровья особенно актуальны при массовых психопрофилактических обследованиях военнослужащих и лиц, работающих в экстремальных условиях профессиональной деятельности. Научная разработка методов оценки и прогнозирования психического здоровья (психологической устойчивости) солдат в боевой обстановке была начата после Второй мировой войны в вооруженных силах США и Швеции. В нашей стране это направление также развивалось военной психиатрией в контексте решения задач первичной психопрофилактики и психогигиены.

В условиях превентивных массовых обследований, направленных главным образом на раннюю донозологическую диагностику скрытой патологии или психической недостаточности (нервно-психической неустойчивости), прогностически неблагоприятных для оптимального психического функционирования при решении различного рода служебно-боевых и профессиональных задач в повседневных и экстремальных условиях военной службы, использование традиционно применяемых в системе здравоохранения методов психиатрического обследования, ориентированных преимущественно на индивидуальную а не на массовую диагностику, и на выраженную, а не на латентную психическую патологию, неэффективно¹. В этой связи в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова на кафедре психиатрии был разработан более удобный, по сравнению с чисто клиническим, *уровневый принцип оценки и прогнозирования* с технологией выделения

¹ Крамаренко Г. И., Рудой И. С. Нервно-психическая неустойчивость у военнослужащих срочной службы. СПб., 1976. 112 с.

групп психического здоровья (ГПЗ), совмещающих в себе различные стороны анализа психики¹.

Группа психического здоровья — это медико-организационная форма оценки и прогнозирования психического состояния, интегрирующая в себе различные аспекты ее анализа (диагностическую и прогностическую оценки, экспертное заключение, организационное решение) и разные виды диагнозов (симптоматический, синдромологический, уровневый, нозологический). Основываясь на клиническом методе, она позволяет одновременно использовать другие методы диагностики (например, экспериментально-психологический, психофизиологический и др.), что особенно важно, как для распознавания очерченной патологии, так и для диагностики предпатологии (*психической дезадаптации*), а также психофизиологических особенностей и психосоциального ресурса здоровых людей.

В соответствии с требованиями Руководства по медицинскому обеспечению Советской Армии и Военно-морского флота, действовавшего до 2001 г., у военнослужащих вооруженных сил выделялись три группы психического здоровья:

1-я группа. Здоров. Нет и не было признаков нарушения психических функций. Имеются данные о хорошем гармоничном их развитии. Может проходить службу в формированиях, где требуется оптимум психического здоровья.

2-я группа. Практически здоров. Имеются отдельные легкие признаки нарушения или слабости каких-либо сторон личности. Нуждается в индивидуальной воспитательной работе, в мероприятиях психологической коррекции.

3-я группа. Диагностическая оценка — *неблагоприятные прогностические признаки* (предпатологическое состояние). Определяются отчетливые предпосылки к появлению психического расстройства, хотя, в то же время, способность выполнять служебные обязанности сохранена.

В отношении 3-й группы выносилось организационное решение о нуждаемости в динамическом наблюдении врача части и военного психолога в группе лиц с *нервно-психической неустойчивостью*,

¹ Спивак Л. И., Барабаш В. И. Оценка состояния нервно-психического здоровья кандидатов в военно-учебные заведения // Воен.-мед. журн. 1979. № 5. С. 15–18; Фролов Б. С. Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях. Л.: ВмедА, 1982. 61 с.

в проведении оздоровительных и психокоррекционных мероприятий, в индивидуальном подходе и в психологической поддержке со стороны командиров, воинского коллектива. В рекомендациях указывалось на целесообразность назначения на должности с облегченным режимом воинского труда, обеспечивающим постепенное возрастание нагрузки и достаточный отдых; отстранения от управления боевой техникой, выполнения других ответственных и напряженных задач; ограждения от насмешек и конфликтов с сослуживцами; необходимости запроса медицинских и характеризующих сведений допризывного периода, а также направления на плановую консультацию к психиатру соединения (гарнизонной поликлиники). По разным данным, лица с 3 группой психического здоровья (неустойчивой психикой) обычно составляют 10–20 % личного состава¹.

В. 4-уровневая градация психического здоровья кандидатов, поступающих на обучение в высшие военные учебные заведения внутренних войск МВД России

Система оценки и прогнозирования психического здоровья Б. С. Фролова² легла в основу разработанной нами 4-уровневой градации, которая на протяжении более двух десятилетий успешно использовалась при организации и проведении массовых психопрофилактических обследований абитуриентов и курсантов высших военных учебных заведений внутренних войск МВД СССР (России):

I группа — здоровые. В нее включались лица, у которых в прошлом и настоящем не было обнаружено какой-либо патологии психических функций (сторон личности), а также были получены данные (в том числе психологические) о хорошем, гармоничном их развитии (высоком уровне психической адаптивности). Прогноз их психического здоровья в условиях предстоящей учебно-служебной и профессиональной деятельности оценивался как хороший. Они признавались годными к поступлению. В качестве рекомендаций им предписывались общие меры психопрофилактики, направленные на сохранение оптимума психического здоровья.

II группа — практически здоровые. В эту группу включались кандидаты, у которых при среднем уровне психической адаптивности

¹ Военная психиатрия / под ред. С. В. Литвинцева, В. К. Шамрея. СПб.: ВМедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. С. 297.

² Фролов Б. С. Указ. соч.

(по данным психодиагностического обследования) имелись предпосылки к проявлению или легкие проявления слабости отдельных психических функций (сторон личности). Прогноз в отношении их психического здоровья оценивался как удовлетворительный (без неблагоприятных признаков). Они также признавались годными к поступлению, а в качестве рекомендаций им предписывались общие меры психопрофилактики и педагогической коррекции обнаруженных недостатков для достижения и сохранения оптимума психического здоровья.

III группа — практически здоровые с неблагоприятными признаками в плане прогноза на предстоящую деятельность. К данной группе относились лица с низким уровнем психической адаптивности, в отношении которых были получены данные, свидетельствующие о нарушениях психической адаптации, не достигающих клинического уровня и не исключающих способность выполнять служебные обязанности. Прогноз психического здоровья оценивался как сомнительный. Они признавались годными к поступлению в соответствии с руководящими документами, а в качестве рекомендаций им предписывались нуждаемость в дальнейшем медико-психологическом сопровождении (систематическом врачебно-психологическом наблюдении, мерах профилактики, медицинской реабилитации, медико-педагогической коррекции отмеченных прогностически неблагоприятных симптомов).

IV группа включала лиц, у которых при крайне низком уровне психической адаптивности выявлялись признаки психической патологии, достаточные для формулировки нозологического диагноза, а также были получены данные, свидетельствующие о клинически выраженных нарушениях психической адаптации. По состоянию здоровья они не были способны в полной мере выполнять служебные обязанности и руководить своим поведением. Прогноз на их обучение в вузе и дальнейшую службу в офицерской должности оценивался как неблагоприятный. Они признавались негодными к поступлению в вуз. Для принятия решения, как правило, было достаточно амбулаторного обследования. В качестве рекомендаций им предписывалась нуждаемость в плановом психиатрическом обследовании, наблюдении, реадaptации и реабилитации.

Таким образом, группы психического здоровья — это градации, обобщающие разные оценки сомато-психического состояния, а также личности обследуемых и позволяющие дифференцировать испытуемых на этой основе, что делает их использование при массовых пси-

хопрофилактических обследованиях различных организованных контингентов рациональным и эффективным. Удобство данной формы оценки состоит в том, что отнесение обследуемого к группе психического здоровья в подавляющем большинстве случаев требует не окончательного нозологического диагноза, а прежде всего определения уровня патологии и умения увидеть в симптомах или синдромах, определяющих этот уровень, их *прогностический смысл*.

Основным критерием отнесения к группе психического здоровья служит *диагностическая оценка*, интегрирующая полученную с помощью клинического, экспериментально-психологического, психофизиологического и других методов информацию о качестве психического функционирования испытуемого.

Из диагностической вытекает вторая — *прогностическая оценка*, позволяющая судить о будущем психическом здоровье и особенностях поведения обследуемого в перспективе. Динамическая составляющая психиатрического диагноза, симптомы, синдромы, уровни психопатологии содержат в себе присущие им общие закономерности (стереотипы) переживаний, поведенческого реагирования и ограничения адаптационных возможностей в разных условиях жизнедеятельности не только в прошлом и настоящем, но и *в будущем*. Отсюда *прогнозирование психического здоровья* — это задача экстраполяции прошлых и настоящих характеристик и возможностей психики в будущие условия жизнедеятельности, в предстоящий круг служебно-профессиональных задач и нагрузок, то есть *формирование представлений о будущем, исходя из данных прошлого и настоящего*. Несмотря на важность учета при массовых обследованиях предполагаемых психических нагрузок, когда известно, что все испытуемые попадут в приблизительно равные условия, фактор экстремальности зачастую становится известной, стандартной или, по крайней мере, управляемой величиной. В таком случае главным для валидного прогноза становится оценка *адаптационных и ресурсных* возможностей психики каждого испытуемого.

В 4-уровневом варианте шкалы *прогностических оценок психического здоровья* спектр градаций от благоприятного до крайне неблагоприятного прогноза, как правило, согласуется со спектром состояний от полного психического здоровья до выраженной патологии: 1) *хороший* прогноз — соответствует диагностической оценке «здоров» и I группе психического здоровья (ГПЗ), включающей лиц с отсутстви-

ем в прошлом и настоящем признаков психопатологии и с хорошим гармоничным (конструктивным) развитием личности; 2) *удовлетворительный* прогноз — соответствует диагностической оценке «практически здоров» и II ГПЗ, включающей лиц с легкими нарушениями или слабостью отдельных психических функций (сторон личности), или с дисгармоническим их развитием; 3) *сомнительный (неблагоприятный)* прогноз — соответствует III ГПЗ, включающей испытуемых с незначительными проявлениями патологии психики или отчетливыми ее предпосылками (повышенным риском) при сохранении способности выполнять служебные обязанности; 4) *плохой* прогноз — соответствует IV ГПЗ, включающей лиц с проявлениями психической патологии, достаточными для формулирования психиатрического диагноза, исключающего способность выполнять служебные обязанности, но при сохранении способностей руководить своими поступками, поведением. Б.С. Фролов выделяет еще и V ГПЗ с *крайне плохим* прогнозом, включающую лиц с выявленной острой или тяжелой психической симптоматикой, исключающей способность не только выполнять служебные обязанности, но и вести свои дела, представляющих опасность для себя и окружающих и требующих госпитализации в психиатрический стационар. С учетом того, что последняя категория испытуемых среди курсантов вузов МВД и сотрудников ОВД встречается крайне редко, мы ограничились 4-уровневой прогностической градацией психического здоровья.

Как следует из вышеприведенной градации, прогноз тем лучше, чем меньше выявляется признаков психопатологии, лимитирующих успешную профессиональную деятельность, с одной стороны и чем сохраннее состояние психики и выше ресурс ее конструктивных, компенсаторно-адаптивных компонентов — с другой. Для крайних состояний в указанной иерархии диагностических оценок (или явная психопатология, или полное психическое здоровье) прогноз определяется легче, для промежуточных состояний (наличие отдельных признаков патологии) — сложнее. Точность прогнозирования зависит от объема и качества информации, установки обследуемого, оснащенности валидным психодиагностическим инструментарием, уровня автоматизации, четкой организации, квалификации, заинтересованности специалистов, осуществляющих прогнозирование, уровня научно-методической разработки проблемы и др.

С целью повышения точности прогноза в системе массовых обследований предусмотрены этапы верификации результатов диагностики с помощью методов экспертной оценки той социальной деятельности (успеваемость, дисциплина, профессиональная успешность, продуктивности и т. п.), ради которой проводилось первичное обследование; внесение поправок при последующем динамическом наблюдении и катamnестических обследованиях, а также этап статистической обработки и математического анализа баз полученных данных, сопоставления и корректировки диагностических критериев, разработки новых решающих правил, совершенствования методов оценки и прогнозирования психического здоровья.

Диагностическая и прогностическая оценки психического здоровья обследуемого контингента преломляется сквозь призму вытекающих из них экспертных заключений, а также организационных, профилактических и лечебно-реабилитационных решений, по своей сути сводимых к рекомендациям по предназначению и медико-психолого-педагогическим рекомендациям. Чем лучше прогноз психического здоровья, тем менее специфическими являются рекомендации. Так, лица, отнесенные к I ГПЗ, могут направляться в формирования, требующие безупречного психического здоровья, и в последующем по отношению к ним предписываются общие меры психогигиены и психопрофилактики. Испытуемые со II ГПЗ подлежат направлению в формирования, не требующие безупречного психического здоровья, и нуждаются в мерах психопрофилактики и медико-психолого-педагогической коррекции имеющихся отдельных недостатков или слабостей психического функционирования. Вопрос о предназначении лиц с III ГПЗ решается индивидуально, с учетом особенностей выявляемых признаков патологии. Как правило, они нуждаются в систематическом психолого-психиатрическом наблюдении, мерах не только профилактики, медико-психолого-педагогической коррекции, но и зачастую — мерах медико-психологической реабилитации. Вопрос о предназначении лиц с IV и V ГПЗ не стоит, так как по ним принимается экспертное решение «не годен». При этом они могут нуждаться в плановом амбулаторном или стационарном обследовании и лечении (крайне редко — в экстренном госпитализации). Приведенные варианты решений охватывают все возможные разновидности организационной тактики для абитуриентов, поступающих в военный вуз. При оценке других контингентов и для других целей могут выделяться другие группировки

психического здоровья с иным уровнем требований к психике при соблюдении общего принципа соответствия принимаемого решения полученным диагностической, прогностической оценкам и экспертному заключению.

Общая закономерность формирования групп психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях такова, что чем острее социальное значение экспертного вывода, тем более полной информации он требует для своего обоснования. Так, экспертное решение для лиц с IV группой психического здоровья «не годен к поступлению в вуз» должно быть обосновано соответствующим клиническим диагнозом, в то время как экспертный вывод «годен к поступлению» при отнесении обследуемого к III группе психического здоровья требует констатации у него лишь отдельных признаков психической дезадаптации (психической неустойчивости), не ограничивающих годность для поступления в вуз, но предполагающих последующий медико-психологический контроль за его психическим здоровьем и целенаправленные психопрофилактические мероприятия. А этот же вывод при включении кандидата во II или в I группу уже требует констатации не только отсутствия признаков психической патологии, но и достаточного высокого уровня личностной сбалансированности, гармоничности и адаптивных способностей, то есть психического и психологического здоровья.

Количественное соотношение групп среди обследуемого контингента существенно зависит от степени требований к состоянию психического здоровья, валидности и надежности используемого психодиагностического инструментария, компетентности и опыта специалистов, отношения руководства к результатам медико-психологического отбора и степени значимости этих результатов в ряду других компонентов профотбора для принятия окончательного организационного решения, конкурса и других факторов. Так, при низких требованиях к профессиональному здоровью и ограниченных возможностях методов диагностики происходит сдвиг оценок в сторону гиподиагностики предпатологии и патологии. В этом случае подавляющее большинство обследуемых попадает в группы здоровых и практически здоровых. При повышении требований к состоянию психического здоровья и при использовании методик, тонко улавливающих дисбаланс организма, психической деятельности и личности, отмечается тенденция к гипердиагностике предпатологии и патологии. Усреднение

требований и нормативных данных используемых методик приводит к устойчивому соотношению численного состава групп по закону нормального распределения.

По нашим многолетним усредненным данным при психиатрическом освидетельствовании с использованием уровневой системы оценок и прогнозов психического здоровья от 22 до 32 % кандидатов в вуз имеют I ГПЗ, от 42 до 53 % — II ГПЗ, от 20 до 32 % — III ГПЗ, от 0,4 до 4,2 % — IV ГПЗ. Среди зачисленных на учебу в среднем 30 % имеют I ГПЗ, 47 % — II ГПЗ и 23 % — III ГПЗ.

Таким образом, уровневый принцип оценки, диагностики, прогнозирования и мониторинга психического и профессионального психологического здоровья оправдан при массовых психопрофилактических обследованиях организованных контингентов в условиях дефицита времени и, безусловно, требует предварительного использования дополнительных «измеряющих» методов донозологической и прогностической психофизиологической и психологической диагностики. Приведенная систематика психического здоровья иллюстрирует, что с клинических позиций психиатр вынужден смотреть на любого человека как на потенциально больного, носителя психических заболеваний, который приобретает определенность прогноза лишь в случае четко диагностируемого патологического процесса. Это еще раз подтверждает сложность психиатрии как медицинской науки и тот факт, что крайне трудно очертить границы между нормой и патологией, ограничиваясь лишь клиническими рамками психопатологических симптомов и синдромов, и что проблему нормы и патологии следует решать в комплексе с психологией, а принцип многоуровневых критериальных градаций является наиболее эффективным и для разработки психологического аспекта профессионального здоровья сотрудников ОВД и его прогнозирования.

1.7.4. Прогнозирование психического здоровья и профессиональной пригодности при профессионально-психологическом отборе сотрудников ОВД

Для силовых государственных структур обязательным условием при приёме на службу или учебу является процедура профессионального отбора, включающая в себя медицинское освидетельствование (обследование) военно-врачебными комиссиями (ВВК). При этом очень серьезную проблему представляет ситуация, сложившаяся при проведении *психиатрической* военно-врачебной экспертизы годности к службе или

учебе. Ее амбулаторный характер обследования принимаемых на службу, скупость объективной информации об обследуемом, диссимулятивные тенденции, массовость обследования — факторы серьезно затрудняющие информативную достоверность о кандидате для врачей-экспертов.

Основной целью *профессионально-психологического отбора* (ППО) является *прогнозирование* профессионально-психологической успешности испытуемого в предстоящей профессиональной деятельности. Поэтому в организационно-методическом аспекте ППО в числе основных выделяют его *прогностическую функцию*¹, тесно связанную с *методологической* и *лимитирующей* функциями. Поскольку поведение человека зависит от определенных внешних условий и непрерывно изменяется под их влиянием, прогноз чаще всего носит *условный характер*, тем не менее, требующий от эксперта высокой меры ответственности за надежность и точность своих выводов и не позволяющий относиться к ним упрощенно, схематично и однозначно.

Лимитирующая функция ППО в ОВД устанавливает порог его критериев, основанных на определении маркеров факторов так называемой «*группы риска*», ниже которого прогноз профессиональной успешности является неблагоприятным. Тем самым ограничивается прием на службу (учебу) кандидатов с неудовлетворительными индивидуально-личностными, интеллектуальными, психофизиологическими и прочими показателями, негативно сказывающимися на эффективности предстоящей профессиональной деятельности. Так как критерии отбора разрабатываются с учетом конкурса и специфики профессиональной деятельности, его лимитирующая функция тесно связана с *методологической*². Последняя позволила ведомственным специалистам на основе анализа научно-теоретических воззрений³, еще в начале 80-х годов прошлого столетия обосновать необходимость

¹ Психология в отборе персонала / Д. Купер, А. Робертсон. СПб.: ПИТЕР, 2003. С. 93–94.

² Мягких Н. И. Генезис профессионального психологического отбора в органах внутренних дел Российской Федерации (концептуальные подходы, принципы, критерии, технологии). М., 2005. 200 с.

³ Березин Ф.Б. Психическая и психологическая адаптация человека: монография. Л.: Наука, 1988. 270 с.; Брушлинский А. В. О соотношении биологического и социального в развитии личности // Теоретические проблемы психологии личности. М., 1974. С. 83–122.

выделения среди принимаемых на службу в ОВД и поступающих в образовательные учреждения МВД «*группы риска*»¹. В данную группу было признано целесообразным включать лиц, у которых в процессе обследования диагностировались «*факторы риска*», т. е. наследственные, конституциональные, индивидуально-типологические, характерологические, интеллектуальные, психофизиологические, функциональные и др. характеристики, предопределяющие повышенную *вероятность* возникновения у них состояний *дезадаптации*, нервно-психических расстройств, психосоматических заболеваний, отклоняющихся форм поведения, отрицательно сказывающихся на успешности служебно-профессиональной деятельности и эффективности профессиональной подготовки.

При определении выходных оценочных параметров профпригодности сотрудников ОВД уже с 90-х годов особое внимание специалистов начало уделяться *прогнозированию деятельности в экстремальных условиях*. При этом акцентировалось внимание на выявлении лимитирующих индивидуально-психологических характеристик (*locus minoris resistentia*, т. е. места наименьшего сопротивления), в первую очередь дающих сбой в условиях стрессовых и экстремальных нагрузок, вызванных технологическими, профессиональными, природными и социально-психологическими факторами². Даже высокий уровень профессиональной подготовки не может гарантировать эффективность кандидатов с такими характеристиками в конкретном виде экстремальной деятельности на протяжении длительного времени. Несмотря на диссимулятивную демонстрацию внешне благополучного «фасада», у таких сотрудников, как правило, вскоре появляются жалобы на тяжесть службы, плохое самочувствие, подавленное настроение, различные соматические заболевания, повышенная нервозность, быстрая истощаемость, злоупотребление алкоголем, никотином, кофеином, межличностные конфликты, аутоагрессивное поведение и т. п.

В основу рабочей классификации факторов «группы риска», применяемой в центрах психофизиологической диагностики (ЦПД)

¹ Виноградов М. В., Ермачков А. И., Мягих Н. И. Методика и организация психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел: пособие. М.: Мед. упр. МВД СССР, 1982. 131 с.

² Назимов И.Н. Профессиональная ориентация и профотбор на промышленных предприятиях: принципы и методические рекомендации / Ин-т экономики АН УССР. Киев. 1969. С. 80.

медико-санитарных частей МВД, положено традиционное разделение их на *наследственные, социальные, психологические и соматические*. Дальнейшая их градация на подгруппы и маркеры обусловлена способами получения диагностической информации, предполагаемым характером дезадаптации (социальной, психологической или психической), долговременностью и надежностью прогноза.

В настоящее время в качестве источников получения экспертной информации о лимитирующих факторах (факторах «группы риска») у лиц, поступающих на службу в ОВД, используются: 1) методы групповой и индивидуальной психологической диагностики (личностные опросники, интеллектуальные и проективные тесты); 2) психофизиологические методы исследования отдельных профессионально важных психических функций (внимание, память, мышление, нервно-психическая устойчивость, адаптация к физическим нагрузкам, вестибулярная устойчивость и др.); 3) методы функциональной диагностики (антропометрических показателей, сердечно-сосудистой системы); 4) специальные психофизиологические исследования с использованием полиграфного устройства; 5) методы наблюдения и структурированного индивидуального собеседования; 6) анализ объективной предметной (профессиональной, служебно-ролевой, учебной) структуры деятельности сотрудника¹. Как следует из данной последовательности, основным инструментарием профессионального психологического отбора являются методы профессиональной психодиагностики², среди которых первое место для оценки и прогнозирования факторов риска психического и психологического здоровья традиционно занимают широко известные личностные опросники — Стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л. Н., 1971, 1990) или Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) (Березин В. Ф., Мирошников М. П., Соколова Е. Д., 1994)³. Обе

¹ Мягких Н. И., Шутко Г. В. Основные методы профессионального психологического отбора в органах внутренних дел Российской Федерации: метод. пособие. СПб.: СПб ин-т ГПС МЧС России, 2003. 200 с.; Мягких Н. И. Генезис профессионального психологического отбора в органах внутренних дел Российской Федерации (концептуальные подходы, принципы, критерии, технологии). М., 2005. 200 с.

² Кулагин Б. В. Основы профессиональной психодиагностики. Л.: Медицина, 1984. 216 с.

³ Виноградов М. В., Ермачков А. И., Мягких Н. И. Методика и организация психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел: пособие. М.: Мед. упр.е МВД СССР, 1982. 131 с.

методики представляют собой варианты адаптации и рестандартизации Миннесотского многопрофильного личностного перечня ММРІ (Хатуэй С., Маккинли Дж., 1940). Обычно в ведомственных центрах психофизиологической диагностики (ЦПД) используется одна из них, чаще — ММИЛ, как более короткий вариант опросника. Проведенная нами психометрическая экспертиза (айтем-анализ) на материале большой репрезентативной выборки ($n > 21\,000$) кандидатов на службу и сотрудников ОВД показала, что 250 из 377 (66 %) утверждений ММИЛ имеют распределение ответов, отличное от нормального, в связи с чем нуждаются в переработке или удалении для избавления от действия установки на социальную одобряемость¹. Большая часть из них (213 пунктов) в силу явной психопатологической нагруженности и социальной нежелательности попадает в категорию «трудных» (>80 % испытуемых дают на них отрицательный ответ).

Определение *индекса дискриминативности* (дифференцирующей способности) утверждений шкал ММИЛ также показало, что дискриминативными (способными отделять «лучших» от «худших» испытуемых на уровне порогового значения индекса дискриминативности $>0,25$) в среднем оказались лишь 39 % стимульных утверждений: от 14 % шкалы F до 93 % шкалы L, что свидетельствует о необходимости переработки (замены) пунктов и айтем-композиционного состава шкал теста с учетом обследуемого контингента (сотрудники и кандидаты на службу в ОВД) и конкретных условий (военно-врачебная психолого-психиатрическая экспертиза) его применения. Наконец, расчет внутренней согласованности входящих в шкалы утверждений с помощью коэффициента α (альфа) Л. Кронбаха, считающегося наиболее эффективным методом оценки надежности шкал теста применительно к классической модели учета погрешности измерения, показал, что его среднее значение, полученное на обширной мужской выборке ($n=21673$) составило 0,66; в то время как у 6 из 13 шкал опросника (2.D, 3.Hy, 4.Pd, 5.Mf, 6.Pa и 9.Ma) были обнаружены неудовлетворительные ($<0,7$) результаты по данному показателю (α - Кронбаха был равен 0,6; 0,58; 0,44; 0,34; 0,52 и 0,51 соответственно). Полученные

¹ Клайн П. Создание надежных тестов: личностные опросники, разработка заданий [Электронный ресурс] Мир психологии. URL: (дата обращения: 21.08.2018); Кондаков И. М. Базовый курс SPSS for Windows для обработки психологических данных. 2006. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.matlab.mgppu.ru/work/0024.htm> (дата обращения: 11.08.2018).

данные свидетельствует о низких психометрических показателях ММИЛ и высокой актуальности разработки нового, более валидного и надежного психодиагностического инструментария для прогнозирования профессионального психологического здоровья и профессионально-психологической надежности сотрудников ОВД.

Психодиагностическая оценка уровня развития тех или иных профессионально-значимых качеств основывается на степени отклонения индивидуальных показателей от среднепопуляционных норм. Так, отклонение более чем на 1,5–2,0 «сигмы» является прогностически неблагоприятным, свидетельствующим о низком уровне развития диагностируемого качества и может быть связано с латентной патологией.

В зависимости от отсутствия или наличия, а также характера выявленных факторов «группы риска» осуществляется итоговая градация испытуемых на *4 категории профессиональной пригодности*, схожих с вышеприведенными градациями психического здоровья, предложенными Б.С. Фроловым¹, имеющих разный прогноз деятельности в экстремальных условиях. В настоящее время данная градация регламентирована Правилами профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1259. В соответствии с данными правилами заключение о профессиональной пригодности кандидата, базирующееся на оценке результатов проведенного его комплексного обследования, лимитирующих факторов (в случае их выявления), содержит один из следующих выводов:

а) *рекомендуется в первую очередь* (первая категория профессиональной пригодности);

б) *рекомендуется* (вторая категория профессиональной пригодности);

в) *рекомендуется условно* (третья категория профессиональной пригодности);

г) *не рекомендуется*, не способен выполнять служебные обязанности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации (четвертая категория профессиональной пригодности).

К *первой категории профпригодности* относятся кандидаты, у которых отсутствуют лимитирующие факторы и имеется высокий

¹ Фролов Б.С. Указ. соч.

уровень развития профессионально важных личных и деловых качеств, позволяющий быстро овладеть профессиональными знаниями, навыками и умениями, успешно выполнять обязанности сотрудника ОВД, в том числе в особых условиях деятельности. Вышесказанное подразумевает *хороший прогноз* успешности службы, *оптимальную адаптацию* к характеру и условиям предстоящей деятельности, *низкую вероятность развития отклоняющегося поведения и расстройств профессионального психологического здоровья*; высокую эффективность и *надежность* служебно-профессиональной деятельности при надлежащем уровне профессиональной подготовленности.

Ко *второй категории профпригодности* относятся кандидаты, у которых отсутствуют лимитирующие факторы и имеется средний уровень развития личных и деловых качеств, позволяющий в установленные сроки овладеть профессиональными знаниями, навыками и умениями, успешно выполнять служебные обязанности сотрудника ОВД. Прогноз в отношении данной категории — удовлетворительный. В силу имеющих место индивидуальных особенностей присутствует *вероятность* затруднений (удлинения периода адаптации к службе) в наиболее ответственных или экстремальных ситуациях; после завершения адаптации профессиональная деятельность *прогнозируется* как достаточно эффективная и надежная; выработка устойчивых профессиональных навыков препятствует нарушениям адаптации и отклоняющемуся поведению в экстремальных ситуациях.

К *третьей категории профпригодности* относятся кандидаты, у которых отсутствуют лимитирующие факторы и имеется уровень развития личных и деловых качеств ниже среднего, позволяющий овладеть необходимым минимумом профессиональных знаний, навыков и умений, удовлетворительно выполнять служебные обязанности сотрудника ОВД в обычных условиях, но не обеспечивающий успешного выполнения обязанностей в особых условиях деятельности. К этой категории могут быть отнесены также кандидаты, у которых при высоком или среднем уровне развития личных и деловых качеств выявлен один лимитирующий фактор. Решения о профессиональной пригодности таких кандидатов принимаются с учетом содержания лимитирующего фактора, уровня развития их личных и деловых качеств, а также других данных. Прогноз в отношении данной категории — сомнительный. Индивидуальные особенности (даже при качественной профессиональной подготовке) не позволяют надежно

прогнозировать успешность служебно-профессиональной деятельности на протяжении длительного периода, даже при высокой мотивации. Вероятны перенапряжение, дезадаптация, отклонения в профессиональном здоровье или поведении, причем не только в экстремальных, но и в штатных ситуациях.

К *четвертой категории профпригодности* относятся кандидаты, у которых имеется низкий уровень развития личных и деловых качеств, не позволяющий в установленные сроки овладеть необходимым минимумом знаний, навыков, умений и выполнять служебные обязанности сотрудника ОВД, или выявлен лимитирующий фактор (за исключением случаев, относящихся к третьей категории). Прогноз в отношении данной категории — неблагоприятный в виду наличия выраженных признаков нервно-психической неустойчивости; высокой вероятности нарушений профессионального здоровья (заболеваний), неудовлетворительной мотивации к службе (учебе), негативных личностных особенностей, асоциальных форм поведения; склонности к состояниям дезадаптации в обычных ситуациях; низкого уровня профессионально значимых психологических и психофизиологических качеств, сниженных функциональных резервов.

В случае зачисления на службу лиц «рекомендованных условно» (например, при недостатке кандидатов), сомнительный прогноз подлежит верификации под наблюдением психолога подразделения в период устанавливаемой, как правило, на максимальный срок, стажировки и при последующем повторном психодиагностическом обследовании в ЦПД. Характеристика из подразделения и повторное обследование позволяют вынести *верифицированный прогноз* профессиональной успешности стажера, завершившего испытательный срок, в виде соответствующего заключения: «рекомендуется» или «не рекомендуется» на претендуемую должность. В случае благополучной адаптации в период испытательного срока при наличии признаков принадлежности к «группе риска», выявленных при повторном обследовании, возможно решение «рекомендуется на должность...» с рекомендацией включения испытуемого психологом подразделения в «группу повышенного психолого-педагогического внимания»¹. Результативность профессионального психологического отбора сотрудников ОВД в современных условиях оценивается по доле лиц «группы риска» среди кандидатов на службу, которая по существующим нормам не может

¹ Мягких Н.И. Указ. соч.

быть менее 15 %¹. Таким образом, прогнозирование психологического здоровья при профессионально-психологическом отборе сотрудников ОВД в настоящее время базируется, главным образом, на использовании лимитирующего (патоцентрического) подхода в основе которого лежит выявление или невыявление у кандидатов на службу и сотрудников тех или иных лимитирующих факторов и (или) их психодиагностических маркеров. Так, в соответствии с Правилами профессионального психологического отбора на службу в ОВД РФ в ходе комплексных обследований кандидатов на службу в ОВД (учебу) подлежат выявлению следующие лимитирующие факторы:

- 1) злоупотребление алкоголем или токсическими веществами;
- 2) потребление без назначения врача наркотических средств или психотропных веществ;
- 3) склонность к совершению суицидальных действий;
- 4) участие в незаконном обороте наркотических средств или психотропных веществ;
- 5) противоправные контакты с лицами, имеющими неснятую или непогашенную судимость;
- 6) участие в незаконном обороте оружия;
- 7) участие в деятельности запрещенных общественных объединений;
- 8) совершение уголовно наказуемых деяний (кроме уголовно наказуемых деяний, указанных в других подпунктах настоящего пункта);
- 9) сокрытие или искажение анкетных данных, сведений о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера;
- 10) попытка поступления на службу в интересах деятельности запрещенных общественных объединений, преступных и иных организаций;
- 11) склонность к злоупотреблению должностными полномочиями.

Как следует из приведенного перечня, только 3 первых фактора риска отражают медико-психологический прогностический аспект, в то время как остальные — несут в себе прогностический аспект вероятности противоправного (криминального) поведения будущего сотрудника ОВД.

¹ Об организации и проведении инспектирования и контрольных проверок деятельности органов внутренних дел Российской Федерации: приказ МВД России от 05.10.2005 № 815.

Как уже отмечалось, прогностически неблагоприятные факторы «группы риска» не рассматриваются в качестве нозологических ориентиров того или иного психического заболевания, а выступают в качестве методического инструмента для вынесения экспертных решений. Выявленные при групповом психодиагностическом обследовании факторы «группы риска» используются как критерии для дальнейшего углубленного обследования испытуемого экспертами, работающими в области профотбора, психологами подразделений по работе с личным составом ОВД и образовательных учреждений МВД (принцип преемственности профотбора). Являясь динамическим понятием, «группа риска», в процессе дальнейшего психологического мониторинга при успешной профессиональной адаптации сотрудника и улучшения его психодиагностических показателей, может быть снята (принцип динамичности профотбора). Принцип *динамичности* реализуется при многоэтапном (предварительном, основном и заключительном) первичном отборе кандидатов на службу и пролонгированном, вторичном отборе или при определении профессиональной пригодности, сформированной на протяжении какого-либо временного отрезка деятельности сотрудника, уточняемой в процессе профессиональной адаптации, обучения, в ходе профессионального роста, и оцениваемой при смене вида деятельности или очередной профессиональной аттестации. Значение *принципа динамичности* столь велико, что по сути определяет практическое построение ППО и в перспективе. При этом предлагается учитывать тот факт, что выявление и оценка ПВК и других параметров организма человека, поступающего на службу (учебу), не позволяет в полной мере прогнозировать успешность деятельности в той или иной профессии *на весь период его профессионального функционирования*, так как известные методы изучения и оценки не позволяют предусмотреть все возможные последствия внешних воздействий профессиональной, образовательной, семейной среды на личность, учесть все его многообразие и сложность компенсаторных, адаптационных возможностей организма человека. Понимание этого постулата определяет актуальность развития *системы персонифицированного психологического мониторинга* сотрудника на протяжении всей его профессиональной деятельности. В системе МВД это тем более необходимо в связи с проведением комплекса мероприятий по психопрофилактике экстремальных воздействий профессиональной деятельности. По мнению Н. И. Мягких,

прогноз успешности сотрудника ОВД не может распространяться на весь период его профессионального функционирования, а исходно ограничен ближайшей перспективой освоения новой деятельности или профессии. В этой связи одним из критериев эффективности профессионального отбора является *анализ увольняемости сотрудников в течение первых трех лет службы*. Данный тезис, по нашему мнению, может указывать не только на изменчивость диагностируемых при отборе психологических характеристик под влиянием внешних событий служебно-профессиональной деятельности, но и на недостаточную надежность и валидность используемых в целях отбора психодиагностических критериев, а также методов их оценки и прогнозирования. Несмотря на данный факт, существующая в настоящее время технология экспертизы профессионально-психологической пригодности кандидатов на службу в ОВД и учебу считается адекватной и эффективной, а точность прогноза академической успеваемости по результатам профессионального психологического отбора в большинстве образовательных учреждений МВД России по некоторым данным¹ составляет от 77 до 94 %.

Заключение к первой главе

Таким образом, в заключение к первой главе следует отметить, что здоровье человека также многоаспектно и едино, как и он сам, в связи с чем разделение его на телесное, психическое, психологическое, социальное, духовное и т. п. условно и осуществляется исключительно в исследовательских целях. *Здоровье* зависит от ясности понимания человеком того, кто он (своей Я-идентичности), какова концепция его счастья и вытекающая из этого деятельность, насколько гармоничны его ум, тело, отношения с окружающим миром.

Ключевыми понятиями психического здоровья являются *активность, адаптивность*, а также устойчивая «Я-концепция» (*конструктивная личностная идентичность*), основанная на позитивной, адекватной, стабильной самооценке и самопринятии. В практическом аспекте социальной адаптации по сей день наиболее важным остается показатель *психической адекватности*.

¹ Мягких Н. И. Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации (концепция, принципы, критерии, технологии): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06. М., 2004. 174 с.

При массовых психопрофилактических обследованиях организованных контингентов в условиях дефицита времени и предварительного использования дополнительных «измеряющих» методов донологической и прогностической психофизиологической и психологической диагностики целесообразен уровневый принцип оценки, диагностики, прогнозирования и мониторинга психического здоровья с градацией обследуемых на группы психического здоровья, обобщающие разные оценки соматопсихического состояния и личности испытуемых. Сложность проблемы разграничения психической нормы и патологии в рамках клинической систематики и принципа многоуровневых критериальных градаций требует ее комплексного психолого-психиатрического решения и разработки аспекта именно профессионального *психологического* здоровья сотрудников ОВД.

Трактуемое более широко, чем психическое, профессиональное *психологическое* здоровье делает индивида *субъектом* жизнедеятельности, распорядителем душевных сил и способностей, самодостаточной, субъектно и профессионально идентичной личностью, без чего он может быть психически здоров, но личностно (психологически) болен — определение, характеризующее существенную по своей численности категорию сотрудников ОВД, находящихся в состоянии психической дезадаптации, эмоционального выгорания, хронической алкоголизации, семейных дисгармоний, разводов, профессиональной деформации со склонностью к агрессивно-насильственному поведению, немотивированной жестокости, суицидам, коррупции и другим противоправным действиям. С другой стороны термин «профессиональное психологическое здоровье сотрудника ОВД» в самом общем, интуитивно понятном значении представляет собой смыслообразующую и системообразующую категорию профессионализма сотрудника, его зрелости, профессиональной надежности, опоры в своем поведении и отношениях не только на извне задаваемые нормы, но в большей степени — на внутренние осознаваемые ценности и духовные ориентиры, ориентации на выполнение своей жизненной задачи, потребности в самосовершенствовании и личностном росте, в связи с чем предметно-теоретическая проработка его критериев представляется одной из первостепенных задач.

Термин «профессиональное психологическое здоровье сотрудника ОВД» представляется нам узловым понятием, стягивающим воедино такие теоретические конструкты как профессиональное здоровье,

профессиональная самоидентичность, профессиональная успешность, профессиональное долголетие, психологическая цена и надежность профессиональной деятельности сотрудника ОВД. Иными словами, профессиональное психологическое здоровье сотрудника сопряжено с его личностной надежностью и *профессиональной самоидентичностью* (субъектно-профессиональной *идентичностью*), которая является основой для становления личности профессионала. В отличие от *профессиональной идентичности*, характерной для сотрудника, имеющего базовое образование, проявляющего характерные для «нормативного» специалиста черты и обладающего определенными профессиональными компетенциями, о *профессиональной самоидентичности* можно вести речь лишь в том случае, когда субъект четко понимает, что он профессионал, положительно к этому относится, вырабатывает систему профессионально-нравственных самооценок, определяется («воссоздается», «строится», «подтверждается», «выверяется», «доопределяется») в своих профессиональных позициях, осознает и выделяет характерные черты людей своей профессии и других. При этом следует отметить, что если профессиональную идентичность можно сформировать, обеспечив чистоту внешних источников ее формирования, то профессиональную самоидентичность (субъектно-профессиональную идентичность) сформировать нельзя, можно лишь создать условия для ее обретения и достижения. В этой связи разработка критериев профессионального психологического здоровья и субъектно-профессиональной идентичности сотрудников ОВД представляется чрезвычайно важной.

Поскольку прогнозирование психического здоровья при профессионально-психологическом отборе сотрудников ОВД в настоящее время базируется главным образом на использовании лимитирующего (патоцентрического) подхода, в основе которого лежит выявление или невыявление у кандидатов на службу и сотрудников тех или иных лимитирующих факторов и (или) их психодиагностических маркеров, для повышения валидности и глубины прогнозов профессионального психологического здоровья наряду с патоцентрическим необходима разработка и использование ресурсоцентрического подхода.

Обусловленность профессионального психологического здоровья, субъектно-профессиональной идентичности и профессиональной надежности личностными особенностями сотрудника свидетельствует о возможности и целесообразности их психологического прогнозирова-

ния с сочетанным использованием клинического статистического и ресурсоцентрического подходов.

Ввиду полученных эмпирических данных, свидетельствующих о низких психометрических показателях штатных психодиагностических методик, высока актуальность разработки нового, более валидного и надежного психодиагностического инструментария для прогнозирования профессионального психологического здоровья, субъектно-профессиональной идентичности и профессионально-психологической надежности сотрудников ОВД в условиях массовых (скрининговых и мониторинговых) психопрофилактических обследований.

Несмотря на многообразие представленных теоретических подходов и определений, в очередной раз показывающих *многогранность* психологически здоровой личности и способов ее жизнедеятельности, создание эффективной экспертно-прогностической системы и системы психологического сопровождения сотрудников ОВД с оказанием им квалифицированной психологической помощи предполагает наличие релевантной концепции, объясняющей широкий спектр состояний — от «идеального» профессионального психологического здоровья до грубых психотических и личностных расстройств, и определяющей конкретные практические действия психолога. Адекватная концепция при этом выполняет роль карты, открывающей специалисту перспективу понимания проблем клиента и указывающей направления и способы их разрешения. Она позволяет психологу чувствовать себя уверенно и безопасно при столкновении с дезорганизованным, хаотичным внутренним миром некоторых сотрудников. Поэтому так важен не просто эклектичный (до бесконечности) подбор различных черт и поведенческих характеристик психологически здорового или психологически нездорового человека, а *целостная концепция*, в которой четко прослеживаются понимание сущности человека, его бессознательного, основных стремлений и побуждений; специфика психологической нормы, причины ее возможных отклонений; условия, методы и техники оказания действенной психологической помощи. Наиболее удачным, на наш взгляд, теоретическим и практическим полем для разработки такого рода концепции профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД может служить гуман-структурная модель личности Г. Аммона, разработанная в рамках современных психодинамически ориентированных концепций.

ГЛАВА 2

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКА ОВД С ПОЗИЦИЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ Я-СТРУКТУРНОЙ МОДЕЛИ ЛИЧНОСТИ

2.1. Я-структурная модель личности Г. Аммона как методологическая основа психологической диагностики профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД

В поисках новых и эффективных психодиагностических методик для оценки психологического здоровья, с помощью коллег из лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева наше внимание было привлечено к оригинальной психодиагностической методике — Я-структурному тесту Г. Аммона (ISTA) и психодинамическому гуман-структуро-логическому холистическому подходу, на основе которого он был создан. Русскоязычная версия ISTA как инструмент для оценки бессознательного разрабатывалась в рамках договора о научном сотрудничестве между Немецкой академией психоанализа, Международным образовательным центром Всемирной ассоциации динамической психиатрии, Клиникой Ментершвайге и Институтом им. В. М. Бехтерева¹. Нам было предложено провести стандартизацию теста на репрезентативной выборке психически здоровых социально адаптированных молодых людей, в качестве которых выступили 1000 абитуриентов и курсантов высшего военного учебного заведения МВД России.

Я-структурный тест Г. Аммона базируется на подходе, представляющем собой одну из ценных наработок западных психодинамических школ, которые в силу существовавших ранее идеологических запретов долгое время оставались не востребованными и стали доступными после указа Президента Российской Федерации «О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа» (1996). Данный подход был разработан в Германии в рамках творческой терапевтической концепции *динамической психиатрии* (G. Ammon, 1979, 1982). Несмотря на изначальную связь

¹ Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / авт.-сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова и др. СПб., 1998.

с психоанализом, динамическая психиатрия выработала самостоятельные представления о закономерностях развития человеческой личности, структуре и динамике психической деятельности, психическом и психологическом здоровье, причинах и механизмах его нарушений, формах психической патологии, методах терапии. Она не только объединила в себе традиционную «статическую» психиатрию, психоанализ, групповую динамическую психотерапию и психосоматику, но и стала рассматриваться в качестве смены парадигм «в подходе к науке, к человеку, к тому, что раньше обозначалось болезнью и ее категориями, в подходе человека к самому себе вплоть до нового восприятия организационных форм общества»¹. Вместо общепринятых в традиционной психиатрии симптомоцентрической психодиагностической модели и редукционистского биологического подхода в понимании и лечении психических расстройств динамическая психиатрия придерживается новой парадигмы — холистической биопсихосоциальной концепции болезни, максимально интегрирующей различные аспекты понимания человека как *биопсихосоциодуховной* сущности и делающей акцент на активизации здорового конструктивного психического потенциала личности больного с ее психологическими особенностями и актуальным социальным окружением.

Понятие *бессознательного* в динамической психиатрии, как и в любом психодинамическом направлении, имеет важнейшую роль. Однако представления о его границах, механизмах функционирования, соотношении с осознаваемым в рамках данного направления вполне самостоятельны и специфичны. Они отражены в соответствующих теоретических концепциях и таких ключевых понятиях, как *гуман-* или *Я-структурная модель личности, идентичность*, социальная энергия, групповое социально-энергетическое поле, групповая динамика, многомерность, спектральный характер психических нарушений, архаические заболевания Я, психотерапевтическая среда, наверстывающее развитие Я и других.

Особый интерес для нас представила положенная в основу данного направления *структурно-функциональная модель личности* (Г. Аммон, 1995), созданная в результате трансформации ортодоксальной топографической теории З. Фрейда, где личность разделяется на зоны Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). Значимость концептуальной дивергенции Г. Аммон подчеркнул введением вместо

¹ Гюнтер А. Динамическая психиатрия. СПб.: Психоневр. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1995. С. 200.

психоаналитической модели термина «*структурология человека*», означающего рассмотрение и понимание личности как *Я-структуры* (структуры Эго, гуман-структуры), представленной целостной *психодинамической системой* взаимосвязанных и взаиморегулирующих Я-функций (функций Эго, гуман-функций) — качественно отличающихся абстрактных категорий, выделенных феноменологически на основе большого практического опыта психотерапевтической и психопрофилактической работы из потенциально бесконечного числа производных Я-структуры, достаточных и наиболее значимых для понимания человеческой личности. С позиций психоанализа это означало переход от фрейдовской теории стратификации личности к структурной модели Я-функций, а также от Эго-психологии и объектной психологии к психологии личностной идентичности.

Согласно Г. Аммону, личность рассматривается как генетически функциональная иерархия, включающая в себя систему *первичных* (имеющих отношение к генетическим, биологическим, соматическим, физиологическим и нейрофизиологическим особенностям индивида), *центральных* (находящихся в области бессознательного) и *вторичных* («функциональных носителей личности», обеспечивающих контакт с внешним миром, таких как мышление, память, интеллект, речь, переживания, способности, навыки и т. д., определяющих конкретное содержание осознаваемого поведения, психической активности и своеобразие жизненного стиля человека) *Я-функций*¹ (рис. 2.1.1).

Особое значение в концепции Г. Аммона имеет понимание соотношения сознательного и бессознательного. Поскольку бессознательное недоступно непосредственному наблюдению и проявляется в каждой актуальной интеракции через вторичные, осознаваемые психологические функции, теоретически оно может включать в себя потенциально бесконечное количество гипотетических конструкторов.

В этой связи для решения психодиагностических и психотерапевтических задач Г. Аммоном были отобраны шесть центральных Я-функций, образующих *ядро личности*, репрезентативно отражающих целостную структуру бессознательного и содержательно понимаемых как изначально наделенные конструктивным ресурсом механизмы:

¹ Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / авт.-сост. Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская. СПб.: Науч.-иссл. психоневр. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1998. С. 5–7.

агрессия (деятельная активность), *страх* (совладание с тревогой), *внешнее «Я-отграничение»* (автономия с гибкой границей «Я»), *внутреннее «Я-отграничение»* (гибко регулируемая граница между «Я» и бессознательным), *нарциссизм* (безусловное принятие себя), *сексуальность* (способность к взаимообогащающему единению).

При этом основополагающим понятием личности, по Г. Аммону, является *Я-идентичность* или интегративная центральная сила «Я» — ядерное психологическое образование, обеспечивающее целостность личности, опосредованное структурой центральных Я-функций, динамизирующее и интегрирующее их друг с другом в единое целое.

В отличие от большинства психологических концепций личности Я-структурная модель Г. Аммона не может быть понята вне процесса взаимодействия индивида с окружающей средой и вне межличностных отношений, как важнейшего средового фактора. При динамическом рассмотрении свойства системы многомерной статичной структуры личности вытекают из динамических обменных процессов, происходящих как внутри, так и вне, в поле межличностных отношений, благодаря чему ее восстановление и изменение также достижимо посредством обмена социальной энергией. В этом смысле речь идет об интеграции Г. Аммоном Я-психологии и аналитической групповой динамики.

Я-структура личности развивается в первичном симбиозе ребенка с матерью и в последующих отношениях с окружающей группой. В этой связи интегрированная совокупность межличностных отношений фактически представляет собой ту *психодинамическую «почву»*, на которой «произрастает» индивид в процессе формирования специфически человеческой личности (социализации).

Особое значение Г. Аммон придает «динамическому, энергетическому» аспекту межличностных отношений, осуществляемых между индивидом и первичной группой, в которой он формируется. По сути, эти отношения понимаются им не как «пересекающиеся интеракции, а как групповое динамическое поле», в связи с чем он вводит понятие «*социальная энергия*», отражающее процесс межличностного взаимодействия и представляющее собой некий эквивалент ортодоксального психоаналитического «*либидо*». Однако в отличие от З. Фрейда Г. Аммон считает, что жизненная энергия по своей природе является не сублимированной энергией инстинктов и опасных для «Я» Эго-дистонных эмоций, а *энергией социального взаимодействия* и способствующих развитию Эго-синтонных эмоций. При этом в понятие

социальной энергии вкладывается не «мистический», а описанный еще К. Левиным, феномен силового взаимодействия психических полей, подчиняющегося групповым динамическим закономерностям.

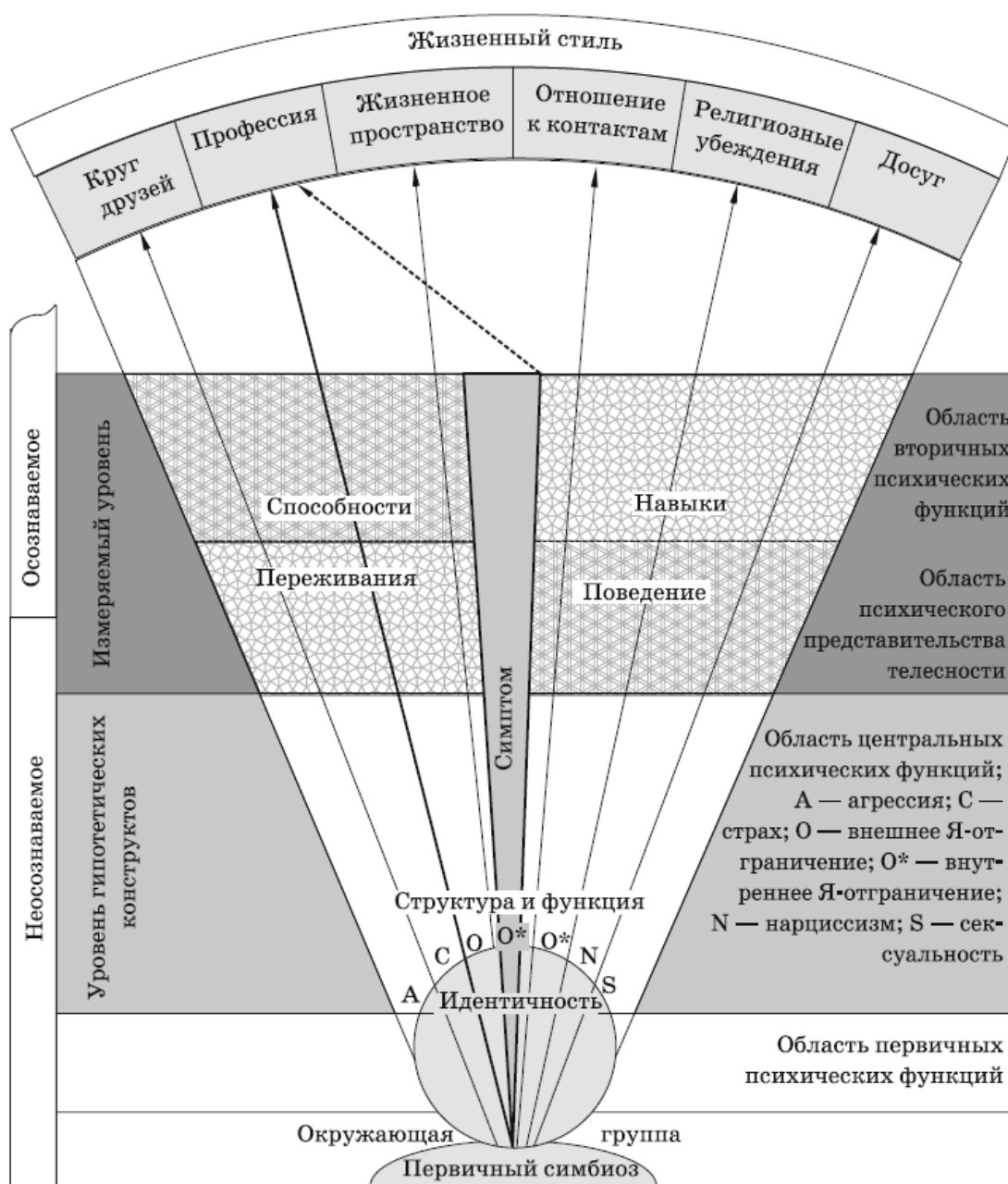


Рис. 2.1.1. Я-структурная модель личности Г. Аммона (в нашей редакции)

Характер обменных энергетических процессов между индивидом и группой может быть как позитивным, способствующим развитию идентичности и становлению психически и психологически здоровой личности, так и негативными, препятствующими данному процессу. При этом *центральные Я-функции*, по Г. Аммону, и являются теми важнейшими интрапсихическими образованиями (функциями своего

рода «органов»), обеспечивающими характер такого рода взаимодействия. При этом функция определяется как направленная активность структуры. Как функции любого органа, они могут быть сформированными нормально, патологически или оказаться задержанными в своем развитии. Решающим здесь является характер первичного симбиоза (отношений матери к ребенку) и группно-динамического поля родительской семьи в целом. В свою очередь, уровень сформированности центральных Я-функций определяет характер последующего обмена «социальной энергией» в межличностных отношениях. Такой обмен, с одной стороны, может позитивно расширять возможности личности, способствовать ее интеграции (развитию Я-идентичности), обеспечивать оптимальную адаптацию к среде, то есть носить *конструктивный* характер; с другой стороны, деформировать личностную структуру, дезинтегрировать процесс становления Я-идентичности, дезадаптировать, то есть действовать *деструктивно*; и с третьей стороны, препятствовать становлению личности, необходимой дифференциации ее психических функций, снижать интенсивность динамических межличностных взаимодействий и тем самым порождать функциональный интрапсихический *дефицит*. В связи с этим в динамической психиатрии выделяют три качества социальной энергии и соответствующие им три составляющие *функциональной организации Я* или три качественных состояния, композиционно представляющих центральные Я-функции и Я-идентичность: *конструктивность, деструктивность, дефицитарность*¹. В своем *конструктивном* выражении Я-функции обеспечивают регулирующее и развивающее действие, тогда как *деструктивное* и *дефицитарное* их выражение вызывает рассогласованность психического функционирования человека. Я-функции, первоначально наделенные конструктивным ресурсом, в зависимости от того, происходит ли в группах, в которых развивается индивид, стимуляция его психического развития, создаются препятствия ему или возникает ситуация педагогической запущенности, принимают конструктивную, деструктивную или дефицитарную направленность. В этой связи у каждого человека каждая функция имеет в разной степени выраженные конструктивные, деструктивные и дефицитарные компоненты. В своем соотношении они предопределяют дальнейшую социализацию, личностное, социальное и профессиональное развитие индивида, а также его психическое и психологическое здоровье (рис.2.1.2).

¹ Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. СПб.: Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003.



Рис. 2.1.2. Качественные составляющие Я-идентичности сотрудника ОВД

По мнению Ф. В. Бассина, под употребляемым в несколько метафорическом смысле понятием «социальной энергии» Г. Аммон описывает феномен как невербальной эмпатической полисемантической коммуникации, основанной в большей степени на образном, а не на вербально-логическом восприятии. Дефицит или нарушения эмоциональных интеракций в первичной группе, т. е. в ядерной семье, лежат в основе формирования в дальнейшем психических расстройств, неспособности устанавливать эмоционально значимые отношения. Эти нарушения с трудом поддаются формализации, приводят к бедности образного мышления и эмоциональной жизни во взрослом возрасте¹. Чем больше возможностей для развития ребенка создается в первичной группе, тем больше потенциал для расширения своих бессознательных структур имеется в распоряжении человека в дальнейшем. Согласно Г. Аммону (1973), бессознательное Я эмбриона формируется уже в период внутриматочного развития.

¹ Бассин Ф. В., Ротенберг В. С., Смирнова И. Н. Категория «социальной энергии» Г. Аммона — анализ ее методологических основ // Динамическая психиатрия. 1982. № 78/79.

Это выражается в реакциях плода на психовегетативное поведение матери, и связанные с ним состояния напряжения или хорошего самочувствия¹. Значение пренатальных травм подчеркивают представители парижской школы психоаналитической психосоматики. Многие исследователи подтвердили роль нарушений симбиотического взаимодействия ребенка с его первичной группой, в особенности с матерью, в развитии психопатического синдрома и психосоматической патологии².

Интегральные описания личности с преобладанием конструктивной, деструктивной или дефицитарной идентичности соответствуют описаниям Э. Шосторма³ и нашим исследованиям поведения курсантов военного вуза в условиях экзаменационного стресса⁴.

Как видно из рис. 2.1.1, идентичность, центральные Я-функции и частично телесные функции находятся в области бессознательного. Сознание же охватывает лишь вторичные психологические функции (способности, переживания и навыки). Жизненный стиль, включающий в числе прочих и *выбор профессии*, обусловлен состоянием центральных Я-функций. При этом профессиональный выбор может быть конструктивным способом самореализации или проявлением деструктивно-дефицитарных центральных Я-функций (выбор профессии по патологическим мотивам). Таким образом, центральные личностные образования, являясь «гипотетическим конструктом», недоступны непосредственному наблюдению, и могут проявляться лишь через вторичные функции, деятельность которых в значительной мере ими определяется.

По Г. Аммону, человек стремится к самореализации и обретению смысла жизни, к признанию, подтверждению и удовлетворению своих потребностей в их индивидуальном своеобразии. Центральным аспектом идентичности является *целостность, многомерность и вовлеченность* личности в процессы группового взаимодействия, в том

¹ Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000.

² Бройтигам В. Психосоматическая медицина. М.: Изд-во ГЭОТАР, 1992; Гроф С. За пределами мозга. М.: Изд-во Ин-та трансперсональной психологии, 2002; Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Спец. литература, 1996.

³ Шостром Э. Человек-манипулятор. Внутреннее путешествие от манипуляции к актуализации. М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2008.

⁴ Воробьев В. М., Шаповал В. А. О взаимосвязи психофизиологического стресса с психодинамическими свойствами личности курсантов // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2009. № 1 (41). С. 149–161.

числе и на уровне *бессознательного*. Личность представляет собой целостную структуру в своих психических, духовных и соматических аспектах, многомерную в аспектах *здоровья и болезни*, что играет решающую роль для возможностей и потенциала развития человека.

В понимании Г. Аммона, *идентичность*, как некая психическая и духовная сила, обеспечивает многомерность личности, ее целостность и интегративность. При этом она всегда имеет *два аспекта* — структурный и функциональный, то есть всегда возникает на границе соприкосновения индивидуума с группами, в которых он живет, функционирует, а в последующем и формирует. Как структура, *идентичность* является суммой всего историко-биографического опыта и процесса идентификаций, который концептуально понимается как результат *интернализированных групповых отношений*. Человек является продуктом межличностных отношений: рождается в поле групповой динамики, всю свою жизнь находится и развивается в самых различных группах. В них он может оставаться здоровым, но может и заболеть, его личностная идентичность может развиваться конструктивно, а может деструктивно деформироваться или оставаться недоразвитой (дефицитарной). Отношения в группе находят прямое отражение в психике человека, так же как чувства, установки и психические структуры конкретно отражаются в социальных взаимосвязях. Это означает, что в психических структурах происходят процессы, обусловленные интернализацией групповой динамики и эта же интрапсихическая динамика экстернализируется в групповых процессах.

Идентичность представляет собой неповторимость человека и его постоянное становление в рамках группы. Под действием нового опыта групповых отношений личностная идентичность может меняться или расширяться. *Дифференцировка* как принцип неповторимости и своеобразия означает как уникальность каждого отдельного человека, так и уникальность проявлений его жизни. Диалектически этому противостоит *принцип интеграции* как своего рода групповой принцип. Человек развивает свою идентичность в группе. Групповое взаимодействие интегрирует его, а идентичность выделяет из группы. Идентичность и группа, собственно и означают жизнь человека, то есть проявления жизни человека определяются признаками группы и идентичности. Тем самым решается теоретическая дилемма, имеющая свою историю в психологии и психоанализе: *индивидуум приходит в общество или общество приходит к индивидууму?* В данном контексте Г. Аммоном и вводится вышеупомянутое понятие *социальной энергии*, как силы, определяющей структуру и динамику личностной идентичности

и групповых отношений. Идентичность индивидуума служит пусковым фактором конструктивного спора в группе, способствующего формированию в ней контактов и возникновению социальной энергии, которая в свою очередь является посланием его идентичности по отношению к группе. В качестве ответа группы на такого рода послание является предоставление индивиду в ней определенного места или ранга, способствующего или препятствующего дальнейшему росту и дифференцировке структуры его идентичности.

После отхода от фрейдистского представления *бессознательное* у Г. Аммона также получило новое содержание не только как место локализации интроецированного групподинамического и социально-энергетического психотравматического опыта, но также и как резервуар креативных (творческих) сил человека, локусом возможностей индивидуума, его первично заданного конструктивного личностного потенциала, как динамическое ядро развития его идентичности, обладающее индивидуальными структурными, энергетическими и качественными параметрами и, наконец, как измерение будущего. Понимание человека в динамической психиатрии интегрирует его прошлое с его настоящим и возможным будущим. При этом человек рассматривается как существо, от рождения до смерти находящееся в процессе постоянного развития и дифференцировки своей личностной идентичности, выстраивания ее в направлении новых целей и возможностей развития при сохранении ранее приобретенного жизненного опыта. Являясь свободным существом, человек в то же время осознает свою ответственность. Иными словами, *идентичность* понимается Г. Аммоном как некая личностная константа и в то же время как процесс, постоянный поиск, продолжающееся развитие. Именно способность к развитию и пребывание в процессе развития, содержательно понимаемые как постоянная интеграция первичных, центральных и вторичных Я-функций и отражающие динамическое равновесие тела, души, духа и окружающей среды и означает быть психически (по Г. Аммону) и *психологически* (в нашем понимании) *здоровым*.

Сравнивая взгляды школы Г. Аммона и отечественных ученых, Ф. В. Бассин (и соавт.) отмечают сходство методологических положений его теории с теориями Д. Н. Узнадзе, Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, Н. А. Бернштейна, В. С. Ротенберга, А. Е. Шерозии и др.¹.

¹ Бассин Ф. В., Ротенберг В. С., Смирнова И. Н. Категория «социальной энергии» Г. Аммона — анализ ее методологических основ.

Идентификация, лежащая в основе эмпатии, представляет собой сходную способность воспринимать полисемантические представления, эмоциональный опыт других людей, устанавливать «полисемантические» отношения между индивидуумом и другими людьми. Здесь авторы выражают свое полное согласие с Г. Аммоном, что «социальная энергия» возникает в процессе эмоциональных межличностных интеракций. Особую важность в ее передаче имеют телесные контакты и контакты смыслового восприятия, язык жестов, нюансы интонации, а не формально-логические коммуникации.

Первостепенное значение, придаваемое корректирующему эмоциональному опыту в процессе психотерапии, сближает динамическую психиатрию с российской психотерапевтической школой.

Признание роли нейрофизиологического субстрата в возникновении и развитии психических нарушений и важной роли социального фактора, включая коллективные трудовые процессы, в нормальном развитии психики, в возникновении, развитии и лечении психических заболеваний сближают концепцию динамической психиатрии с отечественно психологией и медициной¹.

В отличие от позиции З. Фрейда бессознательное «Я» в концепции динамической психиатрии находится в особой зависимости от социальных отношений в группе. Такое понимание структуры «Я» наиболее близко концепциям советской психологии, разрабатываемым школой Д.Н. Узнадзе, рассматривающим подсознание не как сферу вытесненных биологических мотиваций и первичных инстинктов, а как сферу переработки недоступной сознанию информации.

Наиболее ярко близость позиции школы Г. Аммона к базисным представлениям советской (российской) психологии проявляется в концепциях природы и функции труда и творчества. Исходные положения динамической психиатрии в этих вопросах почти полностью совпадают со взглядами Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна и противопоставляются традиционным психоаналитическим положениям.

Основное же отличие работ Г. Аммона заключается в более пристальном внимании к психодинамическим процессам в микрогруппе и их влиянию на деятельность... Проблема психических и психосоматических заболеваний также рассматривается не как проблема индивида, а как проблема отношений в группе, прежде всего в первичной.

¹ Бассин Ф. В., Ротенберг В. С., Зенков Л. Р. Рецензия на руководство по динамической психиатрии Гюнтера Аммона // Вопросы философии. 1984. № 9.

Из основных положений марксистски ориентированной психологии — о зависимости человека и его психического развития от социального окружения — Г. Аммон делает справедливый вывод, что и проблемы патологии нельзя рассматривать только как проблемы отдельной личности или организма без учета межличностных отношений, особенно на ранних этапах онтогенеза.

Таким образом, *Я-структурная модель* — это модель развития, концептуализированная как открытая, постоянно изменяющаяся и развивающаяся в социально-энергетическом обмене с группой система. Ее надлежит понимать с учетом генетического, энергетического, групподинамического и структурального контекста.

Каждая развившаяся *Я-структура* представляет собой результат всего интернализованного сознательного и неосознаваемого социально-энергетического опыта групповых отношений. Центральную эго-структурирующую роль при этом играет первичная группа человека, т. е. его родительская семья. В зависимости от качества раннего детского симбиоза и от того, как концептуализирована первичная группа *Я-структура* ребенка может развиваться конструктивно, деструктивно или (и) дефицитарно. Чем более группа способна к установлению и развитию отношений, тем больше социальной энергии может быть интернализовано индивидуумом в качестве структуры своего Эго и тем в большей степени она может быть доступна для себя и других групп.

Я-функции в понимании гуманструктурологической концепции личности Г. Аммона представляются абстракцией генетических, энергетических, структурных и динамических проявлений многомерной и целостной «гуман- и личностной структуры», интегрируемых идентичностью, как *интегративной центральной силой «Я»*, детерминирующей психологическое здоровье человека и находящейся в постоянном развитии.

Сформулированная Г. Аммоном *модель личности* отвечала необходимости понять во всей глубине феномен психического здоровья и болезни, расстройств личности с его многообразием симптомов и поведенческих стереотипов в качестве самостоятельной единой нозологической единицы, а также конкретных выводов из этих теоретических построений для психодиагностики, психотерапии и научно-исследовательской работы¹.

¹ Бурбиль И. Модель операционализации структуры личности в динамической психиатрии: дис... д-ра психол. наук: 19.00.04. М., 2003.

На представленную здесь в своих важнейших чертах Я-структурную модель личности, ориентирована вся теория и практика динамической психиатрии, включая психодиагностику и психотерапию.

Решающим выгодным методологическим отличием Я-структурной модели личности от других психодинамических подходов и заслугой ее автора являлось создание первого в истории мировой психологии и психиатрии психоаналитического диагностического инструментария — Я-структурного теста (ISTA) Г. Аммона, предоставившего возможность измерения бессознательного в совокупности его здоровых и патологически измененных аспектов¹.

2.2. Центральные Я-функции личности как детерминанты профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД

Представляющие область бессознательного и образующие ядро личности центральные Я-функции, согласно концепции Г. Аммона, являются важнейшим интрапсихическим образованием, обеспечивающим обменные энергетические процессы между индивидом и группой и предопределяющим последующее личностное, социальное и профессиональное развитие индивида, а также его психическое и психологическое здоровье.

Находясь в области бессознательного и будучи недоступными непосредственному наблюдению центральные Я-функции проявляются в каждой актуальной интеракции, как конденсат отношений, через вторичные, осознаваемые психологические функции, деятельность которых в значительной мере ими и определяется.

Поскольку бессознательное теоретически может включать в себя потенциально бесконечное количество гипотетических конструктов, для решения психотерапевтических задач Г. Аммоном в конечном итоге были отобраны *шесть центральных Я-функций* (рис. 2.2.1), репрезентативно отражающих целостную структуру бессознательного и содержательно понимаемых как изначально наделенных конструктивным ресурсом: *агрессия* (ресурс деятельной активности), *страх* (ресурс совладания с тревогой), *внешнее «Я-отграничение»* (ресурс автономии и гибкости границ «Я»), *внутреннее «Я-отграничение»* (ресурс гибкости регуляции границ осознающего Я и неосознаваемых побуждений), *нарциссизм* (ресурс позитивного самопринятия), *сексуальность* (ресурс взаимообогащающего единения).

¹ Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей.

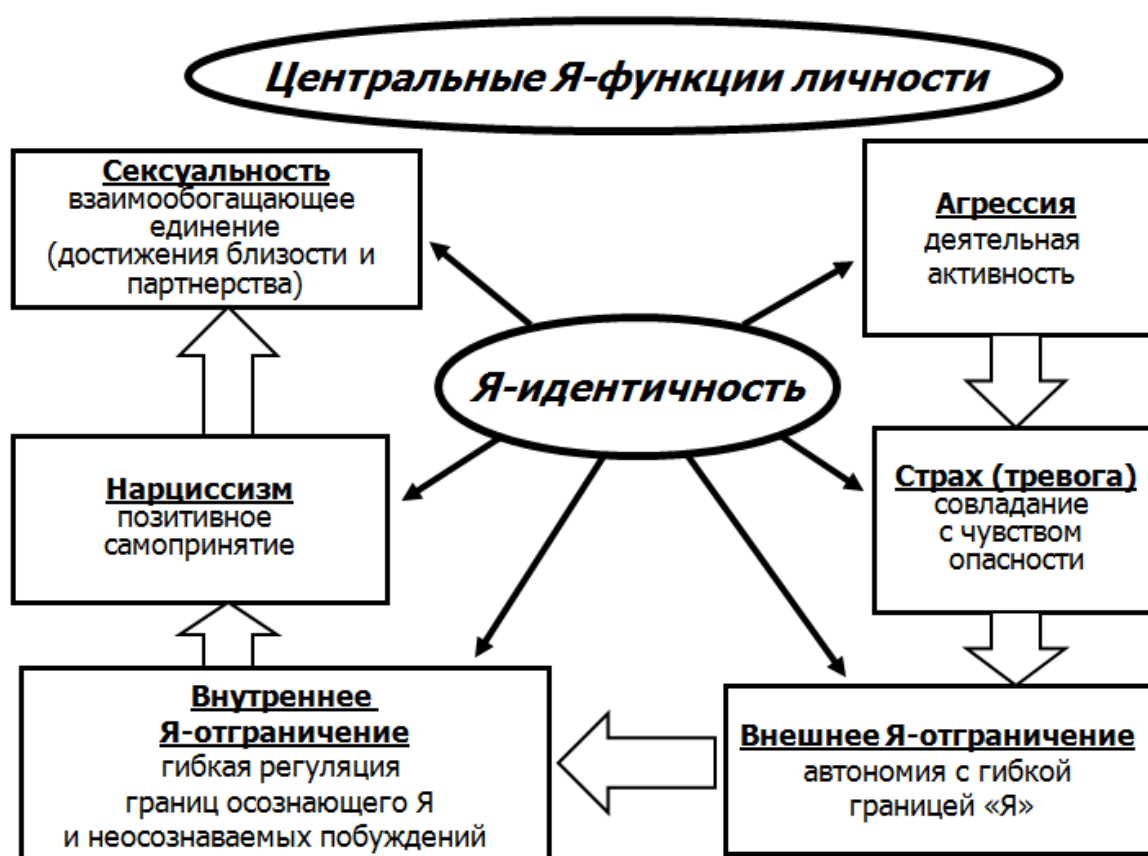


Рис. 2.2.1. Центральные Я-функции личности по Г. Аммону

Обеспечивая регулирующее и развивающее действие при конструктивной направленности, те же Я-функции в случае своего деструктивного или дефицитарного выражения вызывают рассогласованность психического функционирования. У каждого человека каждая функция имеет разную степень выраженности конструктивных, деструктивных и дефицитарных компонентов.

По мнению Г. Аммона, отдельные Я-функции не следует рассматривать изолированно друг от друга, так как они тесно взаимосвязаны в целостной психической структуре субъекта и в своем единстве конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлений определяют истинную сущность человека и детерминирующих меру его психологического здоровья, а также его субъектно-профессиональную идентичность, профессиональную успешность и надежность.

В таблице 2.2.1 приводится краткое сравнительное описание проявлений конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих всех 6-ти центральных Я-функций, из которого следует, что психологически здоровой личности сотрудника ОВД в большей мере должны быть присущи характеристики конструктивных и в меньшей степени или вовсе не присущи характеристики деструктивных и дефи-

цитарных Я-функций. В то же время у психологически нездоровой личности, наоборот, отмечается преобладание деструктивных и дефицитарных Я-функций над конструктивными.

Боле подробное описание центральных Я-функций по Г. Ам-мону приводится в монографии «Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование» под редакцией М. М. Кабанова и Н. Г. Незнанова¹, а также в ранее изданном нами учебно-методическом пособии².

Таблица 2.2.1

Сводная характеристика конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих центральных Я-функций личности

Центральная Я-функция агрессии		
<i>Конструктивная</i>	<i>Деструктивная</i>	<i>Дефицитарная</i>
Первичный потенциал созидательной активности , обеспечивающий деятельный, творческий подход к жизни в процессе реализации своей идентичности на основе формирования собственных жизненных целей и их реализации даже в неблагоприятных жизненных обстоятельствах, установления и поддержания продуктивных межличностных контактов, открытого проявления своих идей и их отстаивания в конструктивных дискуссиях	Деформация первичного потенциала активности, ситуационно неадекватное его использование по интенсивности, направленности, способу или обстоятельствам проявления в виде деструкции, направленной против окружающего социального (предметного) мира или против себя, своих целей и планов. Склонность к конфронтации, силовому решению проблем, разрушительным действиям, разрушению контактов и отношений	Блокировка, неразв- <i>тость</i> первичного потенциала активности с утратой стремления к реализации своей идентичности с избеганием соперничества, конфликтов, склонность жертвовать собственными интересами, целями и планами, затруднения в открытом проявлении своих предпочтений, пассивная жизненная позиция, зависимость, неспособность брать на себя ответственность и принимать решения, уступчивость, ведомость, послушность
Центральная Я-функция страха (тревоги)		
<i>Конструктивная</i>	<i>Деструктивная</i>	<i>Дефицитарная</i>
Мобилизующе-развивающее совладание с тревогой в процессе реализации своей идентичности, <i>реалистическая оценка опасности</i> , способность преодолевать страх для реализации	Неадекватная переоценка <i>реальных угроз</i> , трудностей, и проблем; склонность к демобилизующему поведению в стрессе вплоть до панических проявлений; нерешительность, ро-	Неразвитость сигнально-прогностического компонента тревоги, <i>игнорирование объективной опасности</i> , ощущение эмоциональной пустоты с выраженным компенсаторным

¹ Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова.

² Шаповал В. А. Метод оценки и прогнозирования психологического здоровья и профессиональной идентичности кандидатов на службу и сотрудников МВД на основе Психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс»: учеб.-метод. пособие. СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2013.

жизненно важных целей и задач, принимать взвешенные решения и эффективно действовать в экстремальных ситуациях	бость, страх неожиданностей, авторитетов; неспособность обращаться за помощью в трудных жизненных ситуациях	стремлением к экстремальным ситуациям, употреблению психоактивных веществ, неадекватность в оценках поступков окружающих
Центральная Я-функция внешнего Я-отграничения (отграничения Эго вовне)		
<i>Конструктивная</i>	<i>Деструктивная</i>	<i>Дефицитарная</i>
<i>Конструктивная автономия</i> (обособление) с гибкой коммуникационной границей «Я», продуктивность межличностного взаимодействия, хорошее «чувство реальности», способность ставить собственные цели, задачи, согласующиеся с потребностями окружающих, выбирать оптимальные стратегии поведения, рационально распределять свое время и усилия, открытость, общительность, отзывчивость	<i>Избыточная автономия</i> , ригидная закрытость внешней границы Я, препятствующая продуктивной коммуникации и самореализации, избегание контактов, дискуссий, жесткое эмоциональное дистанцирование, аффективная скованность и закрытость, эмоциональная интровертированность, неспособность к совместному поиску компромиссов, склонность обрывать межличностные отношения, безэмоциональность, самоизоляция	<i>Неразвитая автономия</i> , функциональная недостаточность внешней границы Я, препятствующая обособлению и зрелым партнерским отношениям, склонность к инфантильному симбиотическому слиянию, конформность, несамостоятельность, зависимость, социальная гиперадаптивность, неспособность говорить «нет», отстаивать собственные цели и интересы, постоянный поиск поддержки и одобрения со стороны социума.
Центральная Я-функция внутреннего Я-отграничения (отграничение Эго вовнутрь)		
<i>Конструктивная</i>	<i>Деструктивная</i>	<i>Дефицитарная</i>
<i>Гибкая граница между сознанием и неосознаваемыми побуждениями</i> , обеспечивающая высокую общую упорядоченность психической деятельности и адекватное взаимодействие с реальностью, способность к психической концентрации, интуитивным решениям, дифференцировке и контролю состояний сознания (сон, бодрствование) и телесных состояний (усталость, голод, боль и т. п.) в соответствии с актуальной ситуацией, хорошее чувство времени	<i>Ригидный барьер между излишне рациональным сознанием и чрезмерно иррациональным бессознательным</i> , эмоциональная сухость, рациональность, склонность к интеллектуальной систематизации, педантичность, формализм; тенденция к неуместным действиям и поступкам, несчастным случаям, нечаянным травмам, нечувствительности к насущным потребностям организма (сон, жажда, голод, усталость), к эмоциям и потребностям других	<i>Базисное недоразвитие границы между сознанием и бессознательным</i> , переполненность разрозненными мыслями, чувствами, образами, переживаниями, неспособность к достаточной концентрации усилий, импульсивность, слабость эмоционального контроля, недостаточная взвешенность поступков и принимаемых решений, непоследовательность межличностных отношений, склонность к чрезмерному фантазированию, отсутствие чувства времени
Центральная Я-функция нарциссизма		
<i>Конструктивная</i>	<i>Деструктивная</i>	<i>Дефицитарная</i>
<i>Целостное реалистическое принятие себя</i> , позитивное представление о своей личности, ощущение «здоровой» самодостаточности, адекватно высокая самооценка, чувство	<i>Искаженная, нестабильная и противоречивая самооценка</i> , потребность находиться в центре внимания и получать подтверждение своей значимости при невозможности ее	<i>Рудиментарная потребность в нарцисстическом «питании»</i> в роли пассивного реципиента с выраженным неосознанным стремлением к симбиотическому слиянию, неспособ-

собственного достоинства, здоровое честолюбие, ощущение своей силы и компетентности, способность наслаждаться жизнью, противостоять неблагоприятному развитию событий, недоброжелательным оценкам и действиям других, эмоциональная и духовная зрелость, умение прощать	удовлетворения, сочетание фасадной безупречности с чрезмерной требовательностью и непримиримостью к недостаткам других, выраженная тенденция к манипулированию, непереносимость критики и ситуаций реальной внешней оценки собственной личности, обидчивость, низкая толерантность к фрустрациям	ность реалистично оценивать себя и других, непереносимость одиночества, зависимость, чрезмерная идентификация с окружением, комплекс неполноценности, устанавливать и поддерживать «полноценные» межличностные отношения без ущерба для своих интересов, потребностей, жизненных планов
Центральная Я-функция сексуальности		
<i>Конструктивная</i>	<i>Деструктивная</i>	<i>Дефицитарная</i>
Способность к зрелому партнерскому симбиозу (близости, доверительности и интимности), взаимообогащающему единению сохраняющих аутентичность личностей, проявлению ответственности, заботы и преданности, свободе от сексуальных предрассудков, ригидных стереотипов и фиксированных сексуальных ролей, хорошее понимание потребностей — своих и партнера без эксплуатации и манипулирования	Дезинтегрированность партнерского симбиоза, отщепление сексуальности от других проявлений «Я», игнорирование или объектная эксплуатация партнера, агрессивность сексуальных побуждений, потребность в признании, доказательстве превосходства, избегание эмоциональной близости, ее фетишизированность, обрывы отношений, чувство вины, деградированности или «использованности», психотравмирующий опыт сексуальных отношений	Интериоризированный запрет на проявление партнерского симбиоза (близости, доверительности и интимности), отказ от сексуальных контактов, страх морального падения, заражения, сексуальной зависимости, заместительные фантазии, неприятие своей и чужой телесности, предрассудки, восприятие сексуальных желаний и претензий других как угрожающих собственной идентичности, безэмоциональность, плохое понимание людей и жизни в целом

Как уже отмечалось, центральным интегрирующим моментом, как в теоретической концепции Г. Аммона, в его представлении о человеке и цели всякого развития, так и в теории психотерапии является коренящаяся в сфере бессознательного *идентичность*. Именно Я-идентичность служит основой психического, психосоматического и психологического здоровья и болезней человека, поскольку в ней структурно заложен и качественно структурирован конструктивными, деструктивными и дефицитарными аспектами Я-функций опыт групповой динамики, полученный индивидуумом в ранние и последующие годы жизни.

Актуализируясь на психодинамической почве всех интернализованных межличностных отношений, всего историко-биографического опыта индивида, на основе структурирования первичных, центральных и вторичных Я-функций идентичность, как интегральная, центральная сила «Я», обеспечивает формирование специфически человеческой индивидуальности и находится в постоянном развитии.

Процесс развития человека, возникновение психических расстройств и их преодоление понимаются динамической психиатрией как процесс преобразования его идентичности. Исходя из этого понимания, образовавшиеся дефициты гуманструктуры с помощью действенного конструктивного психотерапевтического опыта могут быть открыты для дальнейшего развития и возмещающего социально-энергетического групподинамического опыта, то есть компенсированы с помощью «наверстывающего развития» «Я».

Все многообразие психических состояний от нормы (психического здоровья) до патологии (грубых психических расстройств) с позиций холистического принципа и спектральной теории Г. Аммона понимаются как скользящий спектр различных степеней интеграции Я-структуры личности: от *психологического здоровья*, как самой высокой степени Я-интеграции, к низкой степени интеграции — *дезинтеграции* и далее — к выраженному Я-структурному *дефициту*. Согласно спектральной теории, за психическим здоровьем в скользящем спектре следует невроз, бордерлайн-синдром (пограничные между невротической и психотической патологией расстройства), деструктивная сексуальность (половые извращения) и мании (алкоголизм, наркомании), затем идут психозы, после которых на последнем регистре спектра располагается психосоматика. Как показал терапевтический опыт Г. Аммона, в ходе успешной терапии возможна трансформация шизофренического психоза сначала в бордерлайн-синдром, а позже — в невроз. Спектральная теория изменяет привычный образ мышления терапевта, уходя от традиционных в статической психиатрии дуалистических категорий типа «здоровый — больной», «невротик — психотик», «невротик — психопат» и позволяет понимать психогенез как процесс, а также изменяемость психического заболевания в обратном направлении наверстывающего развития Я-идентичности.

С гуман-структурологических позиций динамической психиатрии *психическое заболевание* понимается не только как расстройство (отсутствие) здоровья, но и как временная потеря равновесия или дезинтеграция центральных Я-функций личности и, тем самым, отклонение (остановка) в развитии Я-идентичности. Иными словами, болезнь — это отчужденность «в контакте человека с самим собой, с собственным бессознательным, со своими потребностями в идентичности, отчужденность в его контактах с другими людьми, с окружающей средой, с собственной историей, культурой и природой. *Болезнь* —

это не данное от природы роковое явление, а начатое в раннем детстве ущемление потребности ребенка в признании его человеческой индивидуальности»¹, деструктивно-дефицитарная деформация и дезинтеграция Я-функций, как дефицит Я-структуры и отсутствие конструктивно развитых функций Эго. Вследствие неспособности к приобретению опыта, негативной позиции или открытой неприязни матери и первичной группы по отношению к ребенку у него возникает дефицит Я-структуры, проявляющийся тяжелыми расстройствами развития «Я» и идентичности. Когда, в каком объеме и относительно каких функций возник этот дефицит, отражается на том, какое место займет человек в скользящем спектре состояний между здоровьем и болезнью. Согласно спектральной теории, именно специфика недостаточности развития Я-функций определяет собой картину болезни. Так, например, у ребенка, испытавшего в детстве экзистенциальный страх покинутости и угрозу уничтожения, формируется «освоенная, ушедшая в бессознательное, конфликтная ситуация в отношении преэдипальной матери (первичной группы), которая на основе собственных неосознанных потребностей не позволяет ребенку сформировать полноценные (конструктивные) границы своего «Я» и осуществить отграничение собственной идентичности, вследствие чего возникают структурные дефекты центральных Я-функций и задержка в построении Я-структуры. Области непреобранного опыта при этом оказываются вне распоряжения ребенка и не могут быть им использованы для дальнейшего развития и образования Я-структуры. Структурная интеграция различных Я-функций и Я-идентичности если и происходит, то лишь рудиментарно, вследствие чего ребенок остается в этих неинтегрированных областях в диффузной зависимости от недифференцированных форм отношений. Сопутствующие этому ощущения агрессии и страха, которые в преэдипальном периоде не воспринимаются, а отрицаются, приводят к дефициту опыта и Я-структурным дефектам, называемым Г. Аммоном *симбиотическим комплексом* (комплексом симбиоза), который рассматривается им как решающий фактор для возникновения симптомов и психогенеза так называемых «архаичных болезней Я».

Архаичные болезни Я представляют собой расстройства идентичности, к которым на скользящем спектре относятся расстройства

¹ Аммон Г. Динамическая психиатрия. С. 200.

личности, аффективные расстройства, синдром бордерлайн, деструктивная сексуальность (половые извращения), навязчивости, мании (наркомания), психозы (шизофрения), психосоматика (включающая не только традиционно понимаемые психосоматические заболевания, такие как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и др., но и любое соматическое, а также часть травматических заболеваний), а также нарциссическая депрессия.

Под *синдромом бордерлайн* (от *borderline* — пограничный, находящийся на грани; промежуточный) Г. Аммон подразумевает Я-структурное расстройство, занимающее на скользящем спектре место между невротической и психотической Я-структурами личности, и представляющее собой все более распространяющуюся болезнь нашего времени, отражающую *«общество бордерлайн»*, болеющее отсутствием идентичности, размыванием жизненных *ценностей*, возможностей к идентификации и примеров для подражания. Общество подобного типа, на наш взгляд, достаточно наглядно отражено в известном культовом боевике «Матрица», снятом братьями Вачовски (1999). В отличие от Я-структуры психотического больного дефицитарная Я-идентичность («дыра в Я») при синдроме бордерлайн часто компенсируется избыточно развитым *внешне здоровым фасадом* из вторичных Я-функций, т. е. интеллектуальных способностей и талантов. При этом личность, внешне выглядящая совершенно здоровой и успешной, Несмотря на созданную ей иллюзию конструктивности (псевдоидентичности), внутренне остается несинтегрированной и в ситуациях, предъявляемых повышенные требования к истинной идентичности (смерть близкого, развод, распавшееся партнерство, потеря эмоционально значимой связи, фиаско в профессиональной области и др.) часто реагирует психотической или депрессивной симптоматикой. На фоне симптоматики бордерлайн на передний план зачастую также может выходить алкоголизация и наркотизация, асоциальное (преступное) и суицидальное поведение, деструктивная сексуальность (сексуальные перверзии: гомосексуализм, педофилия, садо-мазохизм, и др.), психосоматические, ананкастические (навязчивости), истерические и прочие психические расстройства. В данном контексте новое видение приобретает проблема распространенности, ранней (превентивной) диагностики и психопрофилактики синдрома (Я-структуры) бордерлайн у фасадно-успешных сотрудников ОВД и представителей большого перечня других «экстремальных» профессий, скрытые психические отклонения которых имеют

высокую степень социальной опасности, зачастую заканчиваются фатальным исходом и приобретают высокий общественный резонанс (как, например, приведенный выше нашумевший случай с экс-майором милиции Д. Евсюковым, открывшим прицельную стрельбу из пистолета по людям в Московском супермаркете).

К подобного рода проявлению бордерлайн-личности с внешне здоровым фасадом из вторичных Я-функций, на наш взгляд, можно отнести известный в судебно-психологической экспертизе феномен «маски нормальности»¹ некоторых серийных убийц, описанный в свое время психиатром Херви Клекли (1976) для объяснения способности многих психопатов казаться абсолютно нормальными, психически полноценными людьми и осознанно до поры до времени контролировать свое поведение в соответствии с принятыми в обществе нормами. Присоединяясь к мнению Р. Л. Ахмедшина², мы также считаем, что данный феномен определяется не его семантическим смыслом, т. е. не осознанными ухищрениями по созданию преступником себе положительного имиджа, а детерминирующими его неосознаваемыми механизмами психологической защиты (вытеснения и сублимации). После сброса всего груза инстинктивного напряжения в одноволевом акте совершенного преступления, наступает состояние психической стабильности, в котором преступник за счет фасада из вторичных Я-функций на какое-то время гармонично вписывается в социум, воспринимаясь большинством окружающих как абсолютно психически нормальный человек, или становится неприметен в нем.

Психическое расстройство, как дефицит Я-структуры, Г. Аммон обозначил понятием «пробела» (дыры) в «Я», который компенсаторно заполняется различной психопатологической симптоматикой. При этом под симптомом им понимается «стереотип поведения и переживания», часто принудительного характера, бессознательно адресованный окружающей группе как информация или призыв о помощи. «Симптом при архаичных заболеваниях Я в важных областях испытания заменяет коммуникацию неудавшейся саморазорительной попыткой «чувствовать самого себя» в смысле восприятия собственного существования». При манифестации архаичных заболеваний Я он

¹ Шехтер Х., Эверит Д. Энциклопедия серийных убийц. М., 1998. С.153.

² Ахмедшин Р. Л. О природе «маски нормальности» серийных убийц [Электронный ресурс]. URL: <http://www.serial-killers.ru/materials/rl-axmedshin-o-prirode-maski-normalnosti-serijnyx-ubijcz.htm> (дата обращения: 19.11.2018).

носит структурный характер компенсаторной замены Я-идентичности *псевдоидентичностью*, заполняющей «дыру в Я» и, тем самым, препятствующей «развалу» личности в целом. Поэтому симптомориентированная терапия в данном случае только облегчает симптом или приводит к его перемещению (symptomatic shift)¹.

В динамической психиатрии указывается на существенные отличия симптомов архаических заболеваний «Я» от невротических, которые понимаются как выражение вытесненного в сферу бессознательного конфликта при наличии в иных отношениях в основном развитого и отграниченного «Я». Так, в случае невроза по Г. Аммону симптом символически представляет собой «недостаточно обороняемый конфликт», выражающий «как обороняемую потребность, так и обороняемую тенденцию». Невротический симптом воспринимается пациентом как *Я-дистонный*, в то время как симптом при архаических заболеваниях «Я» — как *Я-синтонный*. При терапии неврозов речь идет, главным образом, о вскрытии ставших бессознательными конфликтов, которые должны быть осознаны, в то время как при архаических заболеваниях «Я» терапия означает процесс наверстывающего развития дефицита гуманструктуры личности пациента, то есть конструктивного и креативного восстановления его идентичности путем моделирования и повторения ситуаций первичного симбиоза в группно-динамическом поле психотерапевтического контакта, терапевтической группы и терапевтической среды. «Гуманструктуральная терапия всегда должна быть терапией идентичности, которая может быть осуществлена путем требующего идентичности и поощряющего ее развитие процесса обмена социальной энергией в группах». «В центре любой терапии идентичности поставлен вопрос, кем на самом деле является человек и кем он может являться. Понимание человеческого страдания на основе модели Я-структуры позволяет избегать поверхностной психотерапевтической работы на фасаде личности, т. е. коррекции лишь вторичных функций Я, остающихся в конечном итоге несинтегрированными, что практикуется во многих формах терапии приспособления. Таким образом, терапия идентичности, являясь по своей сути рекреативной, глубинной и развивающей, призвана воссоздать человека в своем истинном «Я» и означает постоянное его столкновение с вопросом: «Каково представление

¹ Фабиан Э. Глоссарий основных понятий динамической психиатрии // Аммон Г. Динамическая психиатрия. С. 200.

человека о самом себе, кем он является в группе, кем он может являться и как он может жить с другими людьми, воссоздав себя заново в новой, лучшей версии того величайшего представления о том, Кто Он Есть»¹.

В зависимости от глубины дефекта гуманструктуры и эффективности наवरстывающей терапии, патологический процесс при архаических заболеваниях «Я» может трансформироваться на скользящем спектре, вплоть до перехода на невротический уровень или выздоровления. Поэтому архаические заболевания Я-структуры понимаются как своеобразные *уровни скользящего спектра психического и психологического здоровья*, то есть патологический процесс и диагноз в динамической психиатрии не являются чем-то раз и навсегда установленным, а всегда имеют шанс к изменению. Иными словами психическое и психологическое здоровье можно расположить на краю скользящего спектра, отражающего соотношение конструктивных, деструктивных и дефицитарных компонентов в Я-структуре личности и идентичности в пользу преобладания первых. При этом, по нашему мнению, если критерием психического здоровья могут служить отсутствие или слабая выраженность деструктивно-дефицитарных составляющих Я-структуры личности, то критерием психологического здоровья — еще и значимое преобладание конструктивного компонента над деструктивно-дефицитарным. Поэтому в контексте психодинамического подхода Г. Аммона *психологическое здоровье* понимается не как статически хорошее самочувствие и отсутствие психопатологии, а как «динамически и в виде процесса развивающееся *событие*». Быть здоровым обозначает быть способным к развитию и находиться в процессе развития. То есть здоровье означает целостный процесс гомеостаза в смысле текущего равновесия тела, духа, души и окружающей среды. С позиций Я-структурной концепции это означает постоянный процесс интеграции первичных, центральных и вторичных Я-функций со способностью принимать и отдавать социальную энергию в группах, в которых человек живет, и которые он же формирует².

Вышеприведенное определение наилучшим образом соответствует современной трактовке, максимально сближающей понятия

¹ Аммон Г. Динамическая психиатрия. Изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995.

² Аммон Г. Динамическая психиатрия...

«психическое» и «психологическое» здоровье, рассматривая их в качестве фундаментальной способности человека к самоорганизации, саморазвитию, критическому осмысливанию и генерированию информации, необходимой для формирования и реализации конструктивных жизненных сценариев¹.

Таким образом, в качестве наиболее валидных критериев психологического здоровья целесообразно использовать вышеописанные поведенческие паттерны и личностные характеристики всех шести конструктивно, деструктивно или дефицитарно сформированных центральных Я-функций, интегрированных Я-идентичностью, в связи с чем актуализируется проблема их психодиагностической квантификации и оценки.

2.3. Опыт операционализации и психометрической квантификации центральных Я-функций с помощью Я-структурного теста Г. Аммона

Как уже отмечалось, целью психологической коррекции и психотерапии при психодинамическом подходе Г. Аммона является восполнение дефицита Я-структуры, восстановление здорового ядра личности и полное развитие идентичности человека. Поэтому для объективизации оценки психологического здоровья человека, постановки диагноза, оценки эффективности проводимой психокоррекции и стимуляции развития его личности наряду с традиционным клиническим методом, крайне важным является применение психодиагностических методик, позволяющих осуществлять по возможности наиболее адекватную эмпирическую идентификацию и квантификацию структуры Эго, т. е. количественное измерение центральных Я-функций личности. С этой целью Г. Аммоном и его сотрудниками был специально разработан Я-структурный тест (ISTA), явившийся первым в истории мировой психологии и психиатрии психоаналитическим диагностическим инструментарием, дающим возможность психометрической квантификации центральных Я-функций, репрезентативно отражающих целостную структуру бессознательного в совокупности его здо-

¹ Проект федерального Закона РФ «О профессиональной психотерапевтической деятельности» : Пояснительная записка к проекту федерального Закона РФ «О профессиональной психотерапевтической деятельности» // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 3 (26). С. 148–177.

ровых и патологически измененных аспектов¹, а также осуществлять на этой основе оценку психического (психологического) здоровья личности. Создание ISTA, как инструмента для измерения бессознательных Я-функций, стало решающим выгодным методологическим отличием Я-структурной модели личности от других психодинамических концепций, а также стимулом, побудившим нас к ее исследованию в контексте проблематики профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.

В основу идеи ISTA автором была положена концепция *синэргизма* сознательной и бессознательной сфер личности, согласно которой каждое сознательное проявление содержит в себе и неосознаваемый компонент. В тестовом психодиагностическом аспекте такое понимание соотношения сознательного и бессознательного, а также функциональный характер последнего позволило Г. Аммону сформулировать на первых взгляд парадоксальное положение — о доступности измерения бессознательных Я-функций с помощью сознательного самоотчета. Вместе с тем возможность такого измерения действительно существует, если в тестовых утверждениях закладываются набор ситуаций, в которых бессознательное может более или менее однозначно проявить себя. Иными словами, психодиагностические тестовые утверждения должны перемещать испытуемого в групповые психодинамические ситуации, в которых его неосознаваемая Я-структура может быть выражена с помощью самооценок собственных переживаний и поступков в моделируемых этими ситуациями отношениях. Проще говоря, утверждения теста должны представлять собой своеобразные проективные «ловушки» для центральных Я-функций личности. Поэтому основной задачей при его разработке являлась операционализация феноменологического выражения неосознаваемых центральных Я-функций личности с помощью вторичных функций Я, т. е. с помощью установок, мышления, эмоций и различных вариантов поведения индивидуума. Данная операционализация основывалась на многолетнем клиническом опыте диагностической и психотерапевтической (групп-аналитической) работы с пациентами, а также на исходной теоретической дефиниции конструктивного, деструктивного и дефицитарного измерения каждой центральной Я-функции. Таким образом, неосознаваемая Я-структура

¹ Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: Пособие для психологов и врачей / авт.- сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова и др. СПб., 1998.

репрезентирует себя при самооценке собственных переживаний и поведенческих проявлений в представленных тестовыми утверждениями групподинамических ситуациях межличностных отношений, содержащих опыт психоаналитически ориентированного наблюдения.

С методологической точки зрения, особенно важным является вопрос о выборе тестовых «мишеней» для оценки психологического здоровья. Проблема состоит в том, что в теоретическом плане бессознательное может включать в себя потенциально бесконечное количество Я-структур. В этой связи неизбежно актуализируется необходимость отбора тех образований, которые, с одной стороны, репрезентативно отражают целостную структуру бессознательного, а с другой, наиболее информативны для решения практических, например, психодиагностических, прогностических, экспертных, организационных, психокоррекционных, психотерапевтических, реабилитационных и других задач. В Я-структурном тесте такими психодиагностическими мишенями являются шесть рассмотренных выше центральных Я-функций (агрессии, страха, внешнего и внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности) в совокупности своих конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлений (всего 18 шкал). Это позволяет не только все их количественно измерить, получив определенный «срез гуманструктуры», но и понять вклад каждой Я-функции в формирование психологического здоровья при нормальном или патологическом ее развитии.

Согласно замыслу Г. Аммона, Я-структурный тест создавался как открытая, развивающаяся психодиагностическая система для гуманструктуральной диагностики, в которую в последующем предполагалось расширить за счет включения в нее результатов тестовой операционализации дополнительных центральных Я-функций, таких, например, как *креативность*, телесное Я и др. Однако этому замыслу при жизни автора воплотиться в действительность суждено не было, что также явилось для нас приглашением к дальнейшему развитию его творческого наследия в контексте проблематики психологического здоровья, профессиональной идентичности и личностно-профессиональной надежности сотрудников ОВД.

Русскоязычная версия Я-структурного теста Аммона (ISTA), как опросника для оценки центральных личностных функций на структурном уровне, была разработана, адаптирована и рестандартизирована сотрудниками Психоневрологического института им. В. М. Бех-

терева при участии сотрудников Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в 1998 году¹. Она явилась русскоязычным эквивалентом пересмотренного в 1997 году последнего авторского варианта опросника. В рамках адаптационных процедур был осуществлен двойной (немецко-русский и русско-немецкий) перевод текста утверждений теста, проведено сопоставление и согласование психологического смысла отдельных вопросов, исследованы показатели валидности и надежности шкал, осуществлена рестандартизация тестовых оценок.

Валидность теста основывается прежде всего на вышеизложенных теоретических представлениях Г. Аммона о структурных и динамических особенностях центральных Я-функций, в соответствии с которыми осуществлялся отбор утверждений, позволяющих регистрировать поведенческие проявления, отображающие преимущественно неосознаваемую Я-структуру. Таким образом, тест построен по рациональному принципу, базируется на концептуальной валидности и имплицитно содержит опыт психоаналитически ориентированного наблюдения. Согласования психологического смысла предлагаемых утверждений с немецкими аналогами осуществлялось на основе экспертного заключения, выработанного группой экспертов-психологов, которые в свою очередь опирались на операционализационные определения исследуемых центральных личностных образований гуманструктуральной концепции Г. Аммона. Внутренняя конструктивная валидность теста, определявшаяся с помощью анализа структуры шкальных интеркорреляций, продемонстрировала достаточную согласованность работы его отдельных диагностических шкал.

Я-структурный тест Г. Аммона представляет собой стандартный перечень, включающий 220 утверждений, которые оцениваются испытуемыми как верные или не верные по отношению к ним. Испытуемым фактически предлагается оценить себя и свое поведение в пространстве воображаемых обстоятельств, заданных тестовыми утверждениями перечня, затрагивающих самочувствие, настроение, особенности эмоциональных переживаний и поведения в различных жизненных ситуациях.

Конструкция теста в соответствии с теоретическими представлениями о структуре и особенностях развития центральных Я-функций

¹ Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне.

включает 18 шкал, объединенных в шесть отдельных блоков-триад, состоящих из конструктивной, деструктивной и дефицитарной шкалы, каждая из которых включает в среднем 12 (10–13) утверждений. В тесте используется стандартизованное Т-приведение. Перевод «сырых» оценок в шкальные показатели осуществляется по стандартной формуле:

$$T = 50 + 10(X - M) / \sigma,$$

где: Т — шкальный показатель;

Х — «сырой» результат по шкале;

М — среднее по группе;

σ — среднеквадратичное отклонение.

Нормативный интервал для теста составляет 20 Т и располагается в диапазоне от 40 до 60 Т-баллов. На основе результатов обследования испытуемого составляется графический профиль Я-структуры личности или гуман-структурограмма.

Рестандартизация опросника была проведена нами на выборке, включавшей более 1000 кандидатов и курсантов высшего военного учебного заведения МВД России. Результаты ее были представлены одному из авторов русскоязычной версии теста и учтены при расчете средних «сырых» оценок по всем 18 шкалам опросника.

С помощью ISTA в Германии в 1994 году впервые было проведено исследование направленное на сравнение психологической структуры здоровых испытуемых, выросших в ФРГ и в ГДР (спустя пять лет после воссоединения), показавшее, что *политический строй государства*, в котором вырос и сформировался испытуемый, является существенным демографическим фактором, определяющим особенности Я-структуры его личности. Об этом же свидетельствовали проведенные транскультуральные исследования российской и немецкой популяции с помощью русской версии теста¹.

Специалистами Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского ISTA применялся для проведения пилотажных эпидемиологических исследований в различных регионах страны. Кроме того, Я-структурный тест Аммона нашел свое применение в ряде докторских диссертационных иссле-

¹ Бурбиль И. Указ. соч.; Аммон М. Психологические основы системы психотерапевтических воздействий в динамической психиатрии: дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04. СПб., 2004.

дований, в том числе Н. Г. Незнанова (1994), С. Л. Соловьевой (1996), И. Бурбиль (2003), М. Аммон (2004) и др.

На основании Я-структурного теста Аммона сотрудниками Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева была создана Методика оценки психического здоровья (МОПЗ), представляющая собой систему психодиагностических шкал, позволяющих интегрально оценить некоторые показатели психического здоровья¹. В качестве теоретической основы разработки методики были выдвинуты следующие прогрессивные, на наш взгляд, положения, взятые нами за основу в дальнейших прикладных исследованиях проблематики психологического здоровья сотрудников ОВД:

— проблема соотношения психического здоровья и психического расстройства не может быть решена как исключительно клиническая, а заключение о состоянии психического здоровья далеко не исчерпывается установлением факта отсутствия того или иного нервно-психического расстройства;

— в качестве необходимого условия психического здоровья (оптимального функционирования личности) должна иметь место достаточная адаптации к среде, позволяющая в максимальной степени реализовать имеющийся психический потенциал личности;

— психическая болезнь и психическое здоровье не могут рассматриваться как статичные, раз и навсегда определенные категории, жестко противостоящие друг другу. Между ними существует неразрывная связь, реализующаяся в различных динамических переходных состояниях;

— соотношение болезни и здоровья следует понимать как континуальное единство, лишь в экстремальных проявлениях (на полюсах), предполагающее отсутствие противоположного качества. При оценке психического здоровья всегда имеют в виду различные его уровни, которые могут быть представлены такими дискретными понятиями как «идеально здоров», «практически здоров», «типологическая норма», «группа риска», пограничное психическое расстройство, психическая болезнь, дефектное состояние;

— весьма распространенный среднестатистический подход (представление о среднестатистической норме, основанное на оценке частоты встречаемости психопатологических проявлений), не может

¹ Исследование и оценка нервно-психического здоровья населения: метод. рек. / авт.-сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Б. В. Иовлев и др. СПб., 1999.

решить вопроса о соотношении психического здоровья и болезни, и, по сути, стирает грань между ними, исключая из поля зрения исследователей оценку *здоровых компонентов у больного и патологических элементов у здорового* человека;

— при выборе методических средств для получения эмпирической информации, отражающей психическое здоровье населения, следует исходить из того, что традиционный подход, использующий профилактические осмотры врача-психиатра, неприемлем, и, прежде всего по правовым обстоятельствам (закон от 27.07.98 г. № 117-ФЗ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании»). В этой связи единственным возможным для решения этой задачи представляется использование опросниковой психодиагностической методики;

— такого рода психодиагностическая методика должна в максимально возможной степени охватывать основные стороны психической деятельности человека, репрезентативно отражать информацию о наличии различных психопатологических проявлений, в достаточной мере характеризовать адаптационные ресурсы и уровень реализации психического потенциала испытуемых, а также позволять количественно сопоставлять получаемую информацию.

При конструировании МОПЗ с учетом вышеприведенных требований решались такие задачи, как выбор адекватной методики для сбора эмпирической информации; получение информации о распределении диагностически значимых признаков на выборках, репрезентирующих популяцию здоровых и лиц с выраженной патологией; выработка диагностически значимых показателей и алгоритмов оценки психического здоровья; проверка эффективности установленных диагностических показателей на специальных выборках. Новизна исследования заключалась в применении составляющих МОПЗ трех первичных шкал (конструктивности, деструктивности, дефицитарности) и двух вторичных индексов (уровень психической *компенсации* и уровень психической *активности*), устанавливающих тестовым методом уровни конструктивно-адаптационных ресурсов, психопатологической симптоматики и психической активности, а также их соотношения в производных индексах¹. Диагностическая система была разработана на основе возможности применения психологических опросников для получения диагностически значимой популяционной

¹ Приоритетная справка по заявке № 99125342/14 (027200) зарегистрирована в Федеральном Институте патентной собственности 08.12.99.

информации, позволяющей сформулировать комплексные критерии уровня психического здоровья. В МОПЗ использована тестовая психодиагностическая процедура, основанная на концепции, рассматривающей уровень психического здоровья как соотношение конструктивных (адаптационных) и деструктивно-дефицитарных (неадаптивных, психопатологически измененных и недоразвитых) компонентов личностных реакций испытуемых, регистрируемых с помощью перечня утверждений Я-структурного теста Аммона. Поскольку каждое из утверждений исходного перечня однозначно связано лишь с одной из 18 шкал ISTA, т. е. в тесте нет пунктов, одновременно работающих на две и более шкал, в МОПЗ используется интегральная группировка показателей теста в виде трех блоков: конструктивности, деструктивности и дефицитарности, представленных алгебраической суммой первичных шкал теста, связанных с одним из трех качеств.

Блок конструктивности (А) в значительной степени позволяет оценить адаптационный ресурс личности, способность противостоять неблагоприятным обстоятельствам, отстаивать свои жизненные позиции, сохраняя при этом значимые интерперсональные отношения. Примеры утверждений, входящих в данный блок: «я легко схожусь с людьми», «если меня что-то тревожит, я делюсь этим с другими людьми», «я охотно помогаю другим, но не позволяю себя использовать», «я всегда могу найти время для важных дел» и т. п. Как показали исследования разработчиков МОПЗ, конструктивные шкалы ISTA практически не имеют значимых корреляций с клиническими шкалами MMPI.

Блок деструктивности (В) формируется как суммарный показатель по шести деструктивным шкалам. Содержание входящих в него утверждений, дает основание расценивать их как показатели психопатологических проявлений, например: «часто я впадаю в такую панику, что не могу осуществлять даже важные дела», «чаще всего я чувствую себя одиноким даже среди других людей», «чаще всего меня недооценивают в моих способностях» и т. п.

Блок дефицитарности (С), как алгебраическая сумма шести дефицитарных шкал, включает в себя утверждения, отражающие нераскрытость, нереализованность личности, стремление функционировать, используя минимум собственных возможностей, например: «трудности сразу же выбивают меня из колеи», «часто я руководствуюсь мнением других людей», «досаду и раздражение я не могу показывать другим» и т. п. Деструктивные и дефицитарные шкалы ISTA обнаруживают вы-

сокие статистически значимые корреляции со шкалами ММРІ. Приведенные примеры утверждений, включенных в блоки-шкалы МОПЗ наглядно демонстрируют их содержательную валидность, а распределение коэффициентов их интеркорреляций не только свидетельствует о возможности их принципиального объединения в интегральные блоки-шкалы, но и отражает высокую конструктивную валидность последних.

Для определения уровня психического здоровья в МОПЗ используется два специально сконструированных индекса: « α », представляющий собой разность сырых баллов шкал конструктивности и деструктивности, и « β », как разность сырых баллов шкал конструктивности и дефицитарности. По мнению авторов, первый индекс соотносит величину имеющихся адаптационных ресурсов и выраженность психопатологических проявлений, а второй — отражает соотношение величины адаптационного потенциала и уровня психической активности личности.

Для представления результатов в форме, позволяющей проводить сопоставления выраженности изменений различных базисных показателей между собой и с показателями, полученными при популяционных исследованиях, для индексов α и β использована процедура стандартизованного Z-приведения. Перевод «сырых» показателей в шкальные осуществляется по стандартной формуле:

$$T = 10 (X - M) / \sigma ,$$

где: Т — шкальный показатель;

Х — «сырой» результат по шкале;

М — среднее по группе;

σ — среднеквадратичное отклонение.

В соответствии с данной формулой среднее значение индексов $T\alpha$ и $T\beta$ равно 0, и нормативный диапазон составляет значение от –10 до +10. Проводившееся для проверки индексов вычисление Т-показателей в различных группах больных с нервно-психической патологией во всех клинических группах показало выход за границы нормативного интервала величины как минимум одного из индексов. Превышение хотя бы одним из стандартизованных показателей значения в –10 баллов свидетельствует о повышенной вероятности наличия у испытуемого психических отклонений. При оценке психического здоровья групп испытуемых устанавливались средние показатели индексов α и β , после чего определялось их положение относительно средне-популяционных норм.

В качестве основных показаний к применению МОПЗ авторы указывают на массовые исследования различных контингентов населения, проводимые в связи с задачами психогигиены и психопрофилактики для экспресс-оценки уровня их психического здоровья, а также на изучение специальных контингентов населения с различными специфическими задачами.

К ограничениям применения МОПЗ относятся: возраст испытуемых моложе 16 и старше 65 лет, низкая степень понимания испытуемыми смысла утверждений теста и наличие у них выраженных рентных установок. В последнем случае авторы указывают на целесообразность дополнительного использования психодиагностических методик, оснащенных специальными шкалами для оценки тестовых установок с обязательным учетом данных этих шкал при интерпретации показателей МОПЗ¹. К недостаткам Я-структурного теста Г. Аммона кроме отсутствия коррекционных шкал, весьма важных в ситуации недобровольного тестирования сотрудников ОВД, на наш взгляд, также является недостаточное количество утверждений, входящих в шкалы методики (10–13) по сравнению, например, с ММИЛ (15–63). Кроме того, применение по отношению к деструктивно-дефицитарным шкалам ISTA, распределение показателей которых существенно отличается от нормального, вышеприведенной формулы перевода сырых баллов в стандартизованные не корректно. Необходима специальная процедура их принудительной нормализации².

Проведенный нами *айтем-анализ* результатов обследования с помощью Я-структурного теста Г. Аммона (ISTA) кандидатов на службу в ОВД, абитуриентов и курсантов военного вуза МВД, а также сотрудников ОВД ($n = 2913$) показал, что исходя из расчетов для данной выборки ($p < 0,01$) 13 % (29 из 220) утверждений теста имели распределение ответов, отличное от нормального, что связано с их «трудностью» в силу психопатологической направленности и социальной нежелательности (>95 % испытуемых дали на них отрицательный ответ), а также указывает на необходимость их переработки или замены. Средний процент недискриминативных пунктов теста составил 25,3 %, причем, главным образом, за счет шкал дефицитарного

¹ Исследование и оценка нервно-психического здоровья населения: метод. рек. СПб., 1999.

² Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб.: Речь, 2006.

нарциссизма (61,5 %), дефицитарной агрессии (58,3 %), дефицитарного страха (57,1 %), дефицитарной сексуальности (54,5 %) и в несколько меньшей степени — за счет шкал деструктивного нарциссизма (41,7 %), деструктивного страха и внешнего Я-отграничения (по 36,4 %), деструктивного внутреннего Я-отграничения (25,0 %), деструктивной агрессии (21,4 %) и деструктивной сексуальности (15,4 %). Эта же тенденция отразилась в показателях дискриминативной способности утверждений интегральных шкал теста: меньше всего недискриминативных пунктов оказалось в шкале общей конструктивности Я-структуры личности (2,7 % или 2 из 73), а больше всего — в шкале общей дефицитарности (67,6 % или 50 из 74) и несколько меньше — в шкале общей деструктивности (54,8 % или 40 из 73). Полученные факты говорят о том, что конструктивные шкалы Я-структурного теста являются хорошо дискриминативны в отношении обследуемого нами контингента (кандидаты на службу и сотрудники ОВД), в то время как дефицитарные и деструктивные его шкалы нуждаются в переработке и в чистом виде (за исключением 2-х шкал: деструктивной агрессии и деструктивной сексуальности, содержащих по 11 дискриминирующих пунктов) использованы быть не могут.

Оценка внутренней согласованности (однородности состава утверждений с точки зрения измеряемого психологического свойства) шкал Я-структурного теста (средний α -Кронбаха = 0,74) показала, что наиболее выраженной она, как и предполагалось, оказалась у конструктивных шкал сексуальности (0,79), нарциссизма (0,74), внутреннего Я-отграничения (0,74) и агрессии (0,73), а в качестве наименее внутренне согласованных были выделены шкалы дефицитарной агрессии (0,47); дефицитарного страха (0,54); деструктивного внутреннего и внешнего Я-отграничений (0,54) и дефицитарной сексуальности (0,59). Значения показателя остальных шкал располагались в интервале 0,63–0,69.

Приведенные факты подтвердили, что, несмотря на привлекательную методологическую основу, Я-структурный тест Г. Аммона для использования его в целях оценки психологического здоровья сотрудников ОВД в чистом виде не подходит и нуждается в психометрической переработке. Это явилось аргументом для наших усилий по дальнейшей трансформации ISTA в Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс».

Заключение ко второй главе

Таким образом, одной из основных задач юридической психологии, тесно связанной с проблемой профессионального психологического здоровья и личностно-профессиональной надежности сотрудника ОВД, является поиск ответа на вопрос: «*Чем определяется, от чего зависит, кто или что отвечает за **поведение** сотрудника, включая его отклоняющиеся и противоправные варианты?*». Недостаточная эффективность проводимых мероприятий в системе морально-психологического обеспечения служебно-профессиональной деятельности сотрудников ОВД в числе прочих, на наш взгляд, связана со слабым использованием возможностей современного *психодинамического подхода*, объясняющего многие видимые психические феномены мышления, чувств и поведения (включая выбор профессии) неосознаваемыми мотивами, побуждениями, эмоциями, попытками разрешить конфликт между внутренними потребностями и требованиями социума. При этом важнейшее внимание уделяется исследованию влияния социального окружения и взаимодействий индивида в *раннем детстве* на формирование личности и динамику ее развития в процессе всей последующей жизни.

Схематичность и фрагментарность большинства типологий, существующих в практической психологии, склоняет многих методологов и исследователей в пользу использования *системного подхода* с его основными принципами *целостности, иерархичности, структуризации и множественности*. В наибольшей степени такому подходу к оценке и прогнозированию психологического здоровья и личностно-профессиональной надежности соответствует психодинамический гуман-структурологический холистический подход, представляющий собой одну из ценных наработок западных психодинамических школ, в основу которого положена *структурно-функциональная модель личности* Г. Аммона. Согласно последней, личность рассматривается и понимается как генетически функциональная иерархия, включающая в себя систему взаимосвязанных и взаиморегулирующих *первичных* (генетически детерминированных), *центральных* (находящихся в области бессознательного) и *вторичных* (определяющих конкретное содержание осознаваемого поведения человека) *Я-функций* (функций Эго, гуман-функций).

Для решения психодиагностических и психотерапевтических задач Г. Аммоном на основе большого практического опыта

из потенциально бесконечного числа производных Я-структуры были отобраны шесть центральных Я-функций, образующих ядро человеческой личности, репрезентативно отражающих целостную структуру бессознательного и содержательно понимаемых как изначально наделенные конструктивным ресурсом механизмы: *агрессии* (деятельной активности), *страха* (совладания с тревогой), *внешнего «Я-отграничения»* (автономии с гибкой границей «Я»), *внутреннего «Я-отграничения»* (гибко регулируемой границы между «Я» и бессознательным), *нарциссизма* (безусловного самопринятия), *сексуальности* (способности к взаимообогащающему единению). Центральные Я-функции интегрируются Я-идентичностью (центральной силой «Я») — ядерным психологическим образованием, обеспечивающим целостность личности, детерминирующим ее психологическое здоровье. Качество раннего детского симбиоза (отношений ребенка с матерью) и психодинамической «почвы» последующих межличностных (группо-динамических) отношений обуславливают три составляющие *функциональной организации Я* или три качественных состояния, композиционно представляющих центральные Я-функции и Я-идентичность: *конструктивность, деструктивность, дефицитарность*. В своем конструктивном выражении Я-функции обеспечивают регулирующее и развивающее действие, тогда как *деструктивное* и *дефицитарное* их выражение вызывает рассогласованность психического функционирования человека. В своем индивидуальном соотношении конструктивные, деструктивные и дефицитарные компоненты предопределяют дальнейшую социализацию, личностное, социальное и профессиональное развитие индивида, а также его и психологическое здоровье и личностно-профессиональную надежность.

Сформулированная Г. Аммоном гуман-структурологическая *модель личности* отвечала необходимости понять во всей глубине феномен психического (психологического) здоровья и болезни, расстройств личности с его многообразием симптомов и поведенческих стереотипов в качестве самостоятельной единой нозологической единицы, а также конкретных выводов из этих теоретических построений для психодиагностики, психотерапии и научно-исследовательской работы.

Все многообразие психических состояний от нормы (психического здоровья) до патологии (грубых психических расстройств) с позиций холистического принципа и спектральной теории Г. Аммона понимаются как скользящий спектр различных степеней интеграции

Я-структуры личности: от *психологического здоровья*, как самой высокой степени Я-интеграции, к низкой степени интеграции — *дезинтеграции* и далее — к выраженному Я-структурному *дефициту*. В контексте психодинамического подхода Г. Аммона *психологическое здоровье* понимается не как статически хорошее самочувствие и отсутствие психопатологии, а как «динамически и в виде процесса развивающееся *событие*», способность к развитию и нахождение в процессе развития. Вышеприведенное определение наилучшим образом соответствует современной трактовке, максимально сближающей понятия «психическое» и «психологическое» здоровье, рассматривая их в качестве фундаментальной способности человека к самоорганизации, саморазвитию, критическому осмысливанию и генерированию информации, необходимой для формирования и реализации конструктивных жизненных сценариев.

Решающим выгодным методологическим отличием Я-структурной модели личности от других психодинамических подходов и заслугой ее автора являлось создание первого в истории мировой психологии и психиатрии психоаналитического диагностического инструментария — Я-структурного теста (ISTA) Г.Аммона, предоставившего возможность количественного измерения неосознаваемых центральных Я-функций личности в совокупности своих здоровых и патологически измененных аспектов, получения определенного «среза гуманструктуры», а также понимания вклада каждой Я-функции в формирование психологического здоровья при нормальном или патологическом ее развитии.

Знакомство с Я-структурным тестом (ISTA) и его концептуальной базой стало действенным стимулом к его апробации, адаптации и последующей трансформации в Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс», а также к дальнейшему развитию психодинамического гуман-структурологического подхода в контексте исследований проблематики профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.

ГЛАВА 3

ЭКСПЕРТНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И МОНИТОРИНГА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ ОВД НА ОСНОВЕ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОГО ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА (ПОЛО) «РЕСУРС»

3.1. Проблема психодиагностической оценки профессионального психологического здоровья при обследованиях массовых контингентов и основные этапы разработки психодиагностического инструментария на основе психодинамического подхода

Наиболее эффективным инструментом реализации задач психодиагностического обеспечения психологической работы в системе МВД России в настоящее время может стать экспертная психодиагностическая система оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников на основе инновационного психодиагностического инструментария и современных информационных технологий.

Будучи в той или иной мере способной на начальном этапе заменить *эксперта* (сведущего и обладающего практическим опытом специалиста) в области клинико-психологической и профессионально-психологической диагностики массовых контингентов испытуемых, экспертная система сможет компенсировать недостаток опыта молодых, а также недостаточно опытных специалистов-психологов ОВД, работающих в условиях недобровольных (в психодиагностической ситуации экспертизы) массовых психодиагностических обследований, при которых за короткое время необходимо обследовать большое число испытуемых и по каждому дать объективную диагностическую и прогностическую оценку, вынести обоснованное экспертное заключение, являющееся основанием для принятия соответствующего судьбоносного организационного решения.

Действие в условиях дефицита времени и информации об испытуемых, к тому же чаще всего имеющих диссимулятивную (ориентированную на социально одобряемые ответы) установку при высоком уровне личной ответственности ведомственных психологов особенно побуждают их опираться на использование формализованного профессионального опыта, заложенного в базе знаний экспертной психодиагностической системы.

Существенным является тот факт, что автоматизированное экспертное заключение свободно не только от уровня профессиональной подготовки, предпочитаемой научной психологической школы, опыта и интуиции, но и от субъективного психологического состояния эксперта-психолога (самочувствия, настроения, личных предпочтений, установок, неосознаваемых механизмов психологической защиты, особенностей когнитивных функций, степени внимания, порога восприятия, утомления, личностных характеристик и всех других слабых сторон человеческого фактора), оказывающего существенное влияние на объективность конечного результата обследования (экспертизы).

Имеющиеся затруднения в успешном решении проблемы оценки и прогнозирования психологического здоровья при обследованиях массовых контингентов сотрудников ОВД, на наш взгляд, связаны прежде всего с неудовлетворенной потребностью ведомственных специалистов — психиатров и психологов в «тонком» и адекватном психодиагностическом инструментарии, отвечающем запросам тех и других, обеспечивающим выполнение важного принципа преемственности использования психодиагностической информации на различных этапах медико-психологического сопровождения (профориентация, профотбор, скрининг, мониторинг, тренинги самопознания и личностного развития, психологическая коррекция, реадaptация, реабилитация и др.).

Несмотря на обширность арсенала методов психодиагностики, потребность в «тонких» измеряющих методах донозологической и прогностической диагностики, созданных на основе валидной («работающей») психодиагностической концепции для решения указанных задач на сегодняшний день остается неудовлетворенной.

Официально признанными и десятилетиями применяемыми для этих целей в МВД России и других силовых ведомствах на сегодняшний день традиционно остаются: Стандартизированный метод исследования личности — СМИЛ (Собчик Л. Н., 1971, 1990), Методика много-стороннего исследования личности — ММИЛ (Березин В. Ф., Мирошников М. П., Соколова Е. Д., 1994) и Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» — МЛЮ-АМ (Маклаков А. Г., Чермянин С. В., 1990). Указанные методики представляют собой различные варианты адаптации и рестандартизации Миннесотского многопрофильного личностного перечня ММРІ (Хатуэй С., Маккинли Дж., 1940), созданного как метод клинического изучения синдромов патохарактерологического развития личности в целях профессионального отбора летчиков во время Второй мировой войны.

Несмотря на то, что тест ММРІ за более чем 60-летнее применение завоевал репутацию «тяжелой артиллерии» психодиагностики, он не был основан на какой-либо определенной теории личности, агрессии или тревоги¹. В нем использованы 566 клинических пунктов, выбранных у различных авторов и измеряемых в рамках первой современной классификационной системы патологического поведения (Э. Карпелин, 1883) так называемые «поведенческие клинические феномены», проявляемые определенными поведенческими паттернами, имеющими место при тех или иных психических расстройствах. Данная нозоцентрическая (от *nósos* — заболевание, расстройство) парадигма оценки психического здоровья, основанная исключительно на измерении качеств, форм поведения или состояний, характерных в основном для психопатологии, для решения рассматриваемых задач представляется нам весьма редукционистской. А отсутствие соотносительности используемой психодиагностической системы с какой-либо концепцией личности делают валидную прогностическую оценку психологического здоровья на ее основе, как и формулирование последующих экспертных, организационно-психологических и коррекционно-терапевтических рекомендаций весьма затруднительным², с чем постоянно сталкиваются в практике психологического обеспечения специалисты ведомственных психологических служб. Кроме того, непосредственное использование результатов массовых психодиагностических обследований, содержащих весьма ценную информацию, в сильной степени зависит от уровня специальной квалификации эксперта, а также его способности представить их в обобщенном виде разного уровня руководству (от начальника отделения до министра), на которое, в конечном итоге, эти результаты и ориентированы. В этой связи современный психодиагностический инструментарий должен, позволять не только получать валидную и надежную информацию, но и представлять ее в форме, доступной и удобной для пользователей разного уровня (испытуемые, врачи, психологи, воспитатели, сотрудники кадровых аппаратов, средний и высший руководящий состав и т. п.).

Немаловажным в настоящее время представляется и такой факт, как широкая известность и доступность (интернет, свободная продажа)

¹ Очерки динамической психиатрии... С. 84.

² Hampel R., Selg H. Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF). Göttingen: Hogrefe, 1975.

«штатных» тестов для «тренировки» в целях получения желаемого результата перед прохождением психологического тестирования кандидатов при приеме на службу или сотрудников при выдвижении на вышестоящую должность, что существенно снижает валидность результатов или вовсе дискредитирует их применение. Так поисковая система Yandex.ru на запрос «Как успешно пройти тестирование при приеме на работу» выдает более полумиллиона страниц рекомендаций, среди которых ссылка на бестселлер С. Венсона, «помогающий» претенденту продемонстрировать свои лучшие качества при тестировании и включающий сотни типичных тестовых заданий и вопросов, материалы для тренировки на интерпретацию числовых данных, графиков и диаграмм от ведущих создателей тестов, ответы и пояснения к каждому вопросу, позволяющие проанализировать полученные результаты¹.

Проведенные нами исследования по комплексной психометрической экспертизе с использованием процедуры айтем-анализа указанных методик на материале репрезентативных институциональных выборок кандидатов, поступающих на службу, сотрудников ОВД, а также кандидатов и курсантов вуза МВД России (от $n = 600$ до $n = 21000$) показали, что психодиагностический инструментарий, применяемый в психологическом обеспечении сотрудников ОВД, нуждается в серьезной психометрической переработке. Более подробно данная процедура описана в параграфе, посвященном вопросу психометрической экспертизы психодиагностического инструментария, используемого для массовых обследований кандидатов на службу и сотрудников ОВД.

Наконец, согласно современным психодинамическим представлениям, психическая сфера человека подразделяется на осознаваемую и неосознаваемую части. Причем, именно неосознаваемая часть, составляющая около 90 % всего психического материала² и являющаяся основным объектом деструктивного информационно-психологического воздействия, обуславливает поведение человека, особенно в экстремальных и критических ситуациях и его психологическое здоровье в целом. В этой связи результаты тестирования с помощью традиционно применяемых методик в ситуации «психолого-психиатрической экспертизы» массовых обследований, Несмотря на декларируемую «полупроектив-

¹ Венсон С., Роудс П. Как успешно пройти тестирование при приеме на работу. М.: ГИППО, 2009. С. 33–35.

² Медицинская валеология / Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. Ростов н/Д.: Феникс, 2000. С. 13. (Гиппократ.)

ность» их характера¹ и наличие специальных коррекционных шкал, позволяют оценить главным образом лишь демонстрируемый испытуемыми поведенческий «фасад» личности, отражающий их представление об ожиданиях администрации и психологов, проводящих обследование.

Вышеперечисленными аргументами и были обусловлены наши поиски новых эффективных концептуально-методологических подходов к оценке и прогнозированию психологического здоровья кандидатов и курсантов военного вуза МВД России в ракурсе решения задач их психологического скрининга, мониторинга и сопровождения.

Попытка преодоления проблемы существенной ограниченности научно-методологической парадигмы указанного психодиагностического подхода была предпринята нами за счет привлечения возможностей вышеописанной гуман-структурологической психодинамической концепции (Г. Аммон, 1995) и ее творческого развития в контексте исследования психологического здоровья на уровне глубинной неосознаваемой Я-структуры личности в рамках психодинамического подхода.

Интегрируя психоанализ (трансформация 3-уровневой модели личности З. Фрейда в гуман-структурологическую концепцию личности с решающим влиянием первичного симбиоза в преедипальный и эдипальный периоды развития на формирование структуры неосознаваемых гуман-функций); гуманистическое направление (закладка центральных гуман-функций изначально несет в себе конструктивный ресурс); экзистенциальную психологию (психическое здоровье рассматривается как процесс непрерывного конструктивного развития Я-идентичности) и бихевиоризм (операционализация центральных эго-функций через вторичные сознательные Я-функции в виде стимульного материала утверждений специального Я-структурного теста (ISTA), впервые предоставившего возможность балльного измерения бессознательных гуман-функций (агрессии, страха, внешнего и внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности в конструктивном, деструктивном и дефицитарном аспектах) и последующего их описания с помощью специфических поведенческих паттернов и личностных характеристик), данный подход наиболее успешно, на наш взгляд, отражает черты современного интегративного подхода и наиболее эффективен для диагностики и прогнозирования психоло-

¹ Собчик Л. Н. Психодиагностика в медицине: практическое руководство. М., 2007. С. 25.

гического здоровья в условиях массовых обследований организованных контингентов.

Использование созданного Г. Аммоном первого в истории мировой психологии и психиатрии психоаналитического диагностического инструментария — Я-структурного теста (ISTA) позволило нам осуществлять оценку психологического здоровья испытуемых на основе измерения центральных Я-функций, репрезентативно отражающих целостную структуру бессознательного в совокупности его здоровых и патологически измененных аспектов¹.

Первые пилотные исследования с использованием русскоязычной версии Я-структурного теста Г. Аммона² начали проводиться нами с середины 90-х годов в рамках творческого сотрудничества со специалистами Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева³. Объектом исследования явились абитуриенты и курсанты военного института внутренних войск МВД России. Обследование проводилось массово в рамках профессионально-психологического отбора и психиатрического освидетельствования военно-врачебной комиссии института. В результате исследований были получены нормативные данные по однородной мужской выборке испытуемых ($n = 1004$)⁴ и проверялась пригодность теста для оценки психического здоровья в условиях массовых психопрофилактических обследований⁵.

¹ Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / авт. сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова и др. СПб., 1998.

² Я-структурный тест: Квалификационное задание для профессионально-психологического отбора / Бочаров В. В., Лаптев Ю. В., Шаповал В. А. СПб.: СПб воен. ин-т вн. войск МВД России, 1997.

³ Бочаров В.В., Шаповал В.А. Новые методы психодиагностики в медико-психологическом обеспечении процесса подготовки офицерских кадров для ВВ МВД России // Законность, оперативно-розыскная деятельность и уголовный процесс: мат. межд. науч.-практ. конф. С.-Петербург., 9–10 апр. 1998 г. СПб.: СПб акад. МВД России, 1998.

⁴ Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне.

⁵ Шаповал В. А., Бочаров В. В. Я-структурный тест Г. Аммона: перспективы использования в психологическом обеспечении учебно-воспитательного процесса в вузе // 200 лет МВД: мат. межд. науч.-практ. конф. С.-Петерб. 28–29 мая 1998 г. СПб.: СПб акад. МВД России, 1998.

Однако, поскольку ISTA разрабатывался преимущественно на психиатрическом контингенте и предназначался для тестирования испытуемых, находящихся в ситуации консультирования, то есть психологической открытости и заинтересованности в получении психотерапевтической помощи, а также лишен прямых шкал для оценки тестовой установки испытуемых, а потому недостаточно защищен от диссимуляционной тенденции, наш многолетний опыт его использования в диаметрально противоположной ситуации психолого-психиатрической экспертизы практически здоровых молодых людей стимулировал работу по его психометрической экспертизе, адаптации, коррекции и модификации. Данная работа осуществлялась в несколько этапов.

Первый этап работы был связан с решением проблемы обработки и анализа результатов тестирования больших контингентов испытуемых в условиях дефицита времени. Для этого за основу нами был взят технический комплекс, разработанный на основе лицензионной программы ABBYY FormReader 6.0 и авторской программы, реализованной в Microsoft Office Access (В.Н. Арсеньев, 1998) для обработки отсканированных регистрационных бланков методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) с матрицей полей (формат А4) для считывания результатов ответов испытуемых на 377 утверждений. Использование типового регистрационного бланка для ввода в персональный компьютер результатов тестирования и их обработки с помощью модифицированного программно-технического комплекса (В. Н. Арсеньев, В. А. Шаповал, 2000), разработанного на основе указанного выше, предоставило удачную техническую возможность дополнения ISTA утверждениями не только триады шкал тестовых установок, фиксирующих степень откровенности, диссимуляции или аггравации испытуемых в момент обследования (шкалы L, F, K), но и включения в опросник утверждений еще четырех шкал СМИЛ, направленных на диагностику наиболее часто встречающихся у курсантов типов психической дезадаптации (психосоматического, поведенческого, невротического или тормозимого)¹.

Поиск путей получения интегральной оценки результатов психодиагностического обследования с помощью ISTA, особенно актуальной в ситуации массовых обследований и градации испытуемых

¹ Шаповал В. А. Прогноз психической дезадаптации и пограничных психических расстройств у курсантов высшего военного учебного заведения: автореф. дис... канд. мед. наук. СПб., 1991.

на группы с разным уровнем психологического здоровья¹, привел к включению в состав методики еще 3-х суммарных шкал (общей конструктивности, общей деструктивности и общей дефицитарности), двух производных от них шкал (адаптационного потенциала и потенциала активности)²; а также предложенных нами 2-х интегральных шкал: общей социо-психо-соматической проблемности (сумма значений всех деструктивно-дефицитарных шкал и 4-х шкал психической дезадаптации) и шкалы ресурса личностной конструктивности (разность значений шкалы общей конструктивности и общей социо-психо-соматической проблемности), рассчитанных в Т-приведении. В результате перечень утверждений теста был расширен с 220 до 377, а количество шкал возросло с 18 до 32. Разработанная таким образом психодиагностическая система сначала была названа «Комплексный тест Я-структуры личности», но вскоре по рекомендации руководителя научного коллектива разработчиков русскоязычной версии Я-структурного теста профессора В. Я. Тупицына³, была переименована в «Психодинамически-ориентированный личностный опросник» (ПОЛО) — 2000. Автоматизация обработки результатов обследования с помощью данного теста позволила за минимальное время с высокой точностью обрабатывать практически неограниченное число отсканированных регистрационных бланков и представлять результаты их обработки как в индивидуальной (психограмма Я-структуры личности), так и в групповой (матрица данных в Microsoft Office Access или Excel) форме с получением как первичных («да»/«нет») ответов испытуемого, так и суммарных показателей шкал в виде «сырых» и стандартизированных Т-баллов. Автоматизированная версия теста с обработкой результатов была внедрена в методический арсенал одного из ведомственных психодиагностических центров, где она, по мнению опытных психодиагностов центра, хорошо себя зарекомендовала и с ее помощью было обследовано около 3-х тысяч испытуемых.

Реализация ПОЛО на базе программно-технического комплекса, обследование больших выборок испытуемых и возможность работы с их первичными ответами (айтемами) стимулировало исследования второго этапа, направленные на оценку и минимизацию средней

¹ Фролов Б.С. Указ. соч.

² Тупицын Ю. Я., Бочаров В. В. Методика оценки уровня психического здоровья // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001. С. 351–361.

³ Я-структурный тест Аммона...

погрешности измерения психодиагностических показателей теста. Для этого использовалась специальная автоматизированная методика «X.xls», основанная на сравнении эмпирических данных, полученных для определенного ансамбля респондентов, с данными, полученными методом вероятностного моделирования Монте-Карло для различных виртуальных ансамблей¹. В результате были выявлены шкалы, оценивающие диагностические характеристики исследуемого контингента с недопустимым уровнем погрешности, что вызвало необходимость корректировки и замены ряда исходных утверждений ISTA в составе ПОЛО-2000 и их принадлежности к определенным шкалам опросника, а также отбора и включения в их состав новых, содержательно и концептуально валидных конструкторов из библиотеки утверждений более 20 широко известных психологических опросников, таких как СМЛ, FPI, Басса-Дарки, Ассингера, Келлермана — Плутчика, Шуберта, Рейзаса, Ряховского, Котенкова, Шострома и др. Таким образом была разработана новая усовершенствованная версия опросника ПОЛО-2004, позволяющая получать более надежные результаты тестирования за счет примерно 2-кратного снижения погрешности измерения².

Третий этап работы был связан с практическим применением автоматизированной версии ПОЛО-2004 при массовых обследованиях ($n > 1000$) и дальнейшим повышением надежности шкал теста на 15–20 % с помощью критерия α -Кронбаха из пакета прикладных статистических программ SPSS³ за счет отбраковки утверждений, снижающих внутреннюю согласованность, что привело к сокращению

¹ Ельяшевич А. М., Шаповал В. А., Ярошевская Е. Ю. Индивидуальная оценка погрешности измерения психометрических характеристик с помощью психодиагностических опросников, применяемых для решения задач медико-психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников Органов внутренних дел России // Тезисы Юбилейной конференции Московского психологического общества. М., 2005.

² Ярошевская Е. Ю., Ельяшевич А. М., Шаповал В. А. Моделирование индивидуальных вероятностных оценок психометрических характеристик при усовершенствовании и разработке психодиагностических опросников для профессионального психологического отбора и психологического мониторинга сотрудников органов внутренних дел // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2006. № 3 (31). С. 318–323.

³ Наследов А. Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006.

общего количества утверждений с 377 до 270 (без уменьшения числа шкал), а также созданию качественно отличающихся по составу утверждений мужского и женского вариантов теста ПОЛО «Ресурс» 2006 с последующей их стандартизацией на мужской ($n > 2000$) и женской ($n > 300$) выборках, представленных абитуриентами, курсантами и студентами вузов Санкт-Петербурга. Несмотря на стремление максимально сохранить концептуальную и содержательную валидность базовых шкал Я-структуры личности, в ПОЛО «Ресурс» — 2006 после указанных процедур осталось лишь 33 (15 %) исходных утверждения Я-структурного теста.

Четвертый этап наших исследований был связан с разработкой и экспериментальной апробацией автоматизированных экспертно-диагностических комплексов, созданных на основе ПОЛО «Ресурс» — 2006 в сочетании с другими психодиагностическими методиками, валидность которых декларируется их авторами как доказанная (МЛЮ-АМ, УСК, ИЖС, САТ, МИОМ, СУПОС-8, Кейрси, Т. Лири, Дж. Гилфорда, Шварца, Я. Стреляу, МДМО и др.). В ходе их экспериментальной апробации на репрезентативных выборках была неоднократно подтверждена конвергентная и дивергентная валидность большинства шкал ПОЛО «Ресурс» — 2006.

Один из таких комплексов, получивший название «ПОЛО+» (2008) и включавший ПОЛО «Ресурс» — 2006, тест на оценку ассертивности (В. Каппони, Т. Новак, 1995), шкалу креативности (В. А. Шаповал, 2007) и методику исследования профессиональной идентичности (Л. Б. Шнейдер, 2006) в порядке эксперимента в 2009 году был реализован на базе программы АВВУ FlexiCapture 8.0 и внедрен в деятельность психологической службы одного из главных управлений МВД России. Его использование позволило успешно решить задачу максимального охвата сотрудников психодиагностическими обследованиями в период их переквалификации, а также создать многотысячную централизованную электронную базу психологических данных.

Предоставленная возможность оперировать первичными ответами (айтемами) большого числа испытуемых на утверждения теста открыла широкие перспективы для проведения дальнейшей психометрической экспертизы теста с помощью специальной эмпирико-статистической процедуры его отладки — айтем-анализа (item analysis). Основной целью этой процедуры является получение информации об адекватности функционирования составляющих тест пунктов

(утверждений). Айтемы (it) служат эмпирическими индикаторами диагностических концептов (шкал), позволяющими выявлять слабо работающие утверждения и путем их редактирования или удаления повышать надежность и валидность теста¹. Использование современных информационных технологий позволяет осуществлять как *эмпирический* (статистический), так и *рациональный* виды айтем-анализа. Первый обычно состоит в вычислении таких статистических мер функционирования каждого пункта теста, как *индекс трудности задания*, *индекс различительной способности (дискриминативности) тестового утверждения*, *коэффициент корреляции пункта с суммарным баллом шкалы*, максимальное значение *коэффициента ковариации пункта шкалы*, а также проведении факторного анализа совокупности пунктов шкалы и определении оценки *внутренней согласованности* шкалы. Второй предполагает изучение соответствия содержания утверждения опросника тому психологическому конструкту, на измерение которого оно направлено (конструктная или содержательная валидность), свободы теста от этно-культурных или средовых предубеждений, а также контекста интерпретации конкретным испытуемым семантики вопроса (утверждения) и связывания этого смысла с субъективной гипотезой о цели обследования.

3.2. Технология психометрической экспертизы и коррекции Психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс»

Процедура психометрической экспертизы теста ПОЛО «Ресурс», входящего в состав психодиагностического комплекса «ПОЛО+» началась с того, что из приложения Microsoft Office Access, на основе которого была разработана программа обработки теста ПОЛО «Ресурс», в Microsoft Office Excel экспортировалась матрица данных в виде сырых балльных значений и первичных ответов «верно» (1) или «неверно» (0). Далее вычислялся «индекс трудности» каждого пункта, отражающий степень социальной одобряемости (неодобряемости) реакций испытуемых на утверждения опросника в ситуации принудительного тестирования. Информативными принимались утверждения, доля ответов на которые превышала значения коэффициента $\Phi_{0.01}$ ($\Phi_{0.01} = 2,58 / \sqrt{N}$). Исходя из расчетов по данной формуле, для мужской

¹ Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006. 1096 с.

выборки из 4521 испытуемого мужского пола пороговое значение «трудности» заданий составило 0,04 ($p < 0,01$). Это означает, что отбраковке и удалению, либо замене или переработке подлежали утверждения, с которыми согласились или не согласились более 96 % испытуемых. Поскольку подобного рода процедуру целесообразно проводить сразу в отношении всех пунктов опросника, таких отбракованных утверждений в мужской версии ПОЛО+ оказалось 51 (включая 10 пунктов шкалы непрофессионализма методики исследования профессиональной идентичности Л. Б. Шнейдер). Среди таких пунктов оказались психопатологически «нагруженные» утверждения деструктивно-дефицитарных шкал: аггравации (6 it), дефицитарного нарциссизма (6 it), дефицитарной сексуальности (5 it), тормозимого (5 it) и психосоматического (4 it) типов дезадаптации и др.

Процедура психометрической проверки и коррекции ПОЛО+ может быть продемонстрирована на примере одной из его шкал — шкалы общей конструктивности (Co).

Если в ПОЛО «Ресурс» — 2000 данная шкала представляла из себя сумму утверждений шкал всех конструктивных Я-функций (13 it A1 + 12 it C1 + 11 it O1 + 12 it O*1 + 12 it N1 + 13 it S1), включающую 73 пункта, то в версии ПОЛО «Ресурс» — 2006 после описанных выше психометрических процедур в ее составе осталось лишь 35 наиболее валидных утверждений (6 it A1 + 8 it C1 + 5 it O1 + 4 it O*1 + 9 it N1 + 3 it S1).

На первом этапе путем расчета *корреляций каждого пункта с суммой баллов по шкале* оценивался вклад каждого утверждения теста в исследуемую шкалу. Далее шкала «обогащалась» путем включения положительно коррелирующих с ней новых пунктов, что привело к возрастанию числа утверждений шкалы с 35 до 93.

Вторым шагом было определение *индекса дискриминативности* (различительной способности) утверждений, включенных в шкалу. Для этой цели вычислялась разность средних значений пунктов (соответствующих утверждениям шкалы) контрастных групп испытуемых, набравших самые высокие (27 %) и самые низкие (27 %) суммарные баллы по шкале. Контрастные группы испытуемых определялись с помощью опции «частоты» программы SPSS Statistics 17.0, позволяющей выводить частотные таблицы с указанием частоты встречаемости в выборке испытуемых, набравших по шкале тот или иной балл (от минимального до максимального) с указанием валидного и куму-

лятивного процентов, а также задавать необходимые значения процентилей для определения соответствующих им сырых баллов шкалы. Контрастные группы испытуемых отбирались по суммарному баллу шкалы, соответствующему зоне значений ниже 27 и выше 73 процентилей. Отбраковке подлежали утверждения шкалы, имеющие индекс дискриминативности (Id) $< 0,25$. После проведения данной процедуры в шкале Со из 93 пунктов осталось 77 со средним индексом дискриминативности ($Id_{cp.}$), равным 0,44.

Третьим шагом являлась процедура отсева неинформативных пунктов по степени связанности с другими утверждениями данной шкалы на основе определения максимальных значений квадратов коэффициентов межпунктовых корреляций для каждого утверждения, их ранжирования и последующей отбраковки пунктов с низкими и одного из пары с крайне высокими значениями. Эта процедура подробно и доступно описана В.М. Мельниковым и Л.Т. Ямпольским¹. На данном этапе осуществлялся переход от чисто статистического к *содержательному анализу* утверждений. В результате данной процедуры число пунктов шкалы уменьшилось с 77 до 66.

На *четвертом* шаге в отношении оставшихся пунктов шкалы повторялась процедура расчета индекса их дискриминативности, а на *пятом* — осуществлялась оценка внутренней согласованности шкалы (опция SPSS Statistics 17.0: «анализ пригодности»; модель: «альфа», «разделенный пополам», «Гуттмана»).

В результате проведения указанных процедур окончательный вариант шкалы общей конструктивности для сотрудников-мужчин включал в себя 66 валидных утверждений, при статистически достоверной трудности заданий, обладающих высокой дискриминативной способностью ($Id_{cp.} = 0,42$) и внутренней согласованностью (α -Кронбаха = 0,91 при показателях коэффициентов Спирмена-Брауна и половинного расщепления Гуттмана равных 0,88). Коэффициент корреляция между формами разделенной пополам шкалы составил 0,78. Полученные данные свидетельствуют о высокой надежности разработанной шкалы. При среднем значении, равном 43,17 сырых баллов, и стандартном отклонении, равном 11,1 (для $n = 4521$) визуальное гистограмма шкалы общей конструктивности имела вид

¹ Мельников В. М., Ямпольский Л. Т. Введение в экспериментальную психологию личности: учеб. пособие для слушателей ИПК. М.: Просвещение, 1985. С. 141–143.

распределения, близкого к нормальному, хотя при расчете статистических критериев (Колмогорова-Смирнова и эксцесса) была выявлена аномальность ее распределения. В этой связи перевод сырых показателей шкалы в Т-баллы нами осуществлялся не по стандартной формуле:

$$T=50+[10\times(x - m)/\sigma],$$

где x — сырой балл, а m и σ — среднее арифметическое и стандартное отклонение, полученные на выборке стандартизации), а путем процедуры принудительной нелинейной нормализации на основе таблицы частот¹.

Содержательный анализ 66 айтемов (it), вошедших в шкалу Со, показал, что кроме пунктов шести конструктивных шкал Я-структуры личности ПОЛО «Ресурс» — 2006: С₁ — 11 it (17 %), А₁, О₁, S₁ — по 9 it (14 %), N₁ — 8 it (12 %), О*₁ — 6 it (9 %), в нее вошли пункты шкалы ассертивности — 6 it (9 %), креативности — 5 it (8 %) и по 1 пункту (2 %) из шкал дефицитарного страха (касающегося стремления находить логичные объяснения неприятностям), деструктивного внутреннего Я-отграничения (касающегося отсутствия страха пребывания в криминальной среде) и неискренности (касающегося подтверждения использования возможности получить что-нибудь дефицитное по знакомству).

Далее нами исследовались возможность *факторного анализа* айтем-пространства интегральной шкалы общей конструктивности (Со). Состоятельность факторных оценок дихотомических данных на основе факторного моделирования была доказана К. Ибрела (1980) при условии простой факторной структуры, а также высоких значений общностей и факторных нагрузок переменных². На целесообразность выполнения факторного анализа в данном случае нам указывали высокие значения критерия адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина (КМО = 0,95) и статистически достоверный результат по критерию сферичности Бартлетта ($p < 0,0001$). Для наиболее удачного объединения пунктов шкалы (переменных) в факторы нами использовалась факторная модель с методом выделения «максимальное правдоподобие», позволяющим оценить статистическую значимость «качества подгонки» — полноты факторизации по распределению остаточных коэффициентов корреляции. Наиболее доступная для интерпретации факторная структура при данном соотношении перемен-

¹ Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования...

² Ибрелла К. Факторный анализ. М.: Статистика, 1980.

ных и факторов достигалась за счет применения метода аналитического вращения факторов «варимакс с нормализацией Кайзера»¹. При определении оптимального количества факторов мы руководствовались 1) графиком собственных значений (диаграммой каменистой осыпи); 2) кумулятивным процентом дисперсии факторного решения; 3) статистической значимостью «качества подгонки» (критерий согласия) и 4) количеством пунктов, вошедших в каждый фактор. С учетом изложенного оптимальная факторизация айтем-пространства интегральной шкалы общей конструктивности указанным методом позволила объединить ее 66 утверждения в 3 фактора-шкалы. Первый фактор (Cof1) включал 36 утверждений, второй и третий (Cof2, Cof3) — по 15 пунктов каждый.

Структура первого фактора или шкалы Cof1 (36 it) качественно оказалась представленной утверждениями (it) следующих шкал: конструктивного страха (C_1) — 9 it (25 %), конструктивного внешнего Я-отграничения (O_1) — 7 it (19 %), конструктивной агрессии (A_1) — 6 it (17 %), конструктивного нарциссизма (N_1) и ассертивности (As) — по 5 it (14 %), а также по 1 пункту (3 %) шкал дефицитарного страха (C_3), конструктивного внутреннего Я-отграничения (O^*_1), деструктивного внутреннего Я-отграничения (O^*_2) и креативности (Cr). На основании содержательного анализа входящих в него утверждений фактору было дано рабочее название *«психологическая устойчивость»* или *«общая конструктивность ядра личности»*. Второй фактор или шкала Cof2 (15 it) качественно был представлен пунктами шкал: конструктивного внутреннего Я-отграничения (O^*_1) — 4 it (27 %), конструктивной агрессии (A_1) — 3 it (20 %), креативности (Cr) — 3 it (20 %) и по 1 пункту (по 7 %) шкал конструктивного страха (C_1), конструктивного внешнего Я-отграничения (O_1) и ассертивности (As). На основании содержательного анализа входящих в него утверждений фактору было дано рабочее название *«интуиция»*. Третий фактор или шкала Cof3 (15 it) включал 9 пунктов шкалы конструктивной сексуальности — (S_1) (60 %) и по 1 пункту (по 7 %) шкал конструктивного страха (C_1), конструктивного внешнего Я-отграничения (O_1), конструктивного внутреннего Я-отграничения (O^*_1), конструктивного нарциссизма (N_1), креативности (Cr) и неискренности (L). На основании содержательного анализа входящих в него утверждений фактору было дано рабочее название *«конструктивная сексуальность»*.

¹ Наследов А.Д. Указ. соч.

Аналогичная описанной процедура психометрической проверки и коррекции была осуществлена и в отношении всех остальных шкал мужской и женской версий теста «ПОЛО+», в результате чего была получена новая, более валидная, надежная и компактная версия опросника — ПОЛО «Ресурс» — 2012, специально предназначенная для оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД в условиях массовых недобровольных скрининговых и мониторинговых психодиагностических обследований. После проведения процедуры психометрической коррекции оказалось, что новая версия опросника включает в себя лишь 25 (11 %) исходных пунктов ISTA (что, на наш взгляд, обусловлено влиянием кардинально изменившейся ситуации тестирования: с ситуации консультирования на ситуацию экспертизы), а его мужской вариант из 190 утверждений качественно отличается от женского, состоящего из 208 утверждений 121 пунктом (что, на наш взгляд, обусловлено существенным влиянием гендерных отличий у сотрудников).

В отличие от ISTA и предшествующих версий ПОЛО, в данной версии нами была использована применяемая в ММРІ технология, в соответствии с которой допускается включение одного и то же утверждения опросника в состав сразу нескольких шкал (в силу высокой его корреляции с суммой баллов по этим шкалам), в связи с чем сокращение общего числа утверждений в опроснике не повлияло на количественный состав его шкал. Данный шаг не касался интегральных полярных шкал опросника — общей конструктивности (Co) и общей социо-психо-соматической дезадаптации (Cd), в которых дублирование утверждений не допускалось.

Анализ интеркорреляций интегральных шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012 и их факторов (табл. 3.2.1.) показал особую психодиагностическую ценность первых факторов шкал общей конструктивности (Cof1) — «психологическая устойчивость» и общей дезадаптации (Cdf1) — «психологическая неустойчивость» (рис. 3.2.1). Указанные факторы имели наибольший вес (долю дисперсии) в структуре исходных шкал и подтвердили ожидаемую отрицательную сопряженность между собой ($p < 0,01$). При этом наибольшее значение отрицательного коэффициента корреляции было обнаружено при сравнении шкал первого фактора шкалы общей конструктивности (Cof1) и первого фактора шкалы общей дезадаптации с коррекцией (к 48 его пунктам было добавлено 10 наиболее валидных утверждений первого фактора шкалы диссимуляции K).

Таблица 3.2.1

Интеркорреляции показателей интегральных шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012, формирующих ресурс психологического здоровья сотрудника ОВД, и их факторов (мужская выборка, n= 4521, по Пирсону)

Шкалы	Cd	Cdf1	Cdf2	Cdf3	Cdf1k
Со	,261**	,092**	,377**	,280**	,013
Cof1	,049**	-,100**	,189**	,143**	-,162**
Cof2	,428**	,302**	,503**	,290**	,217**
Cof3	,379**	,235**	,414**	,380**	,175**

** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

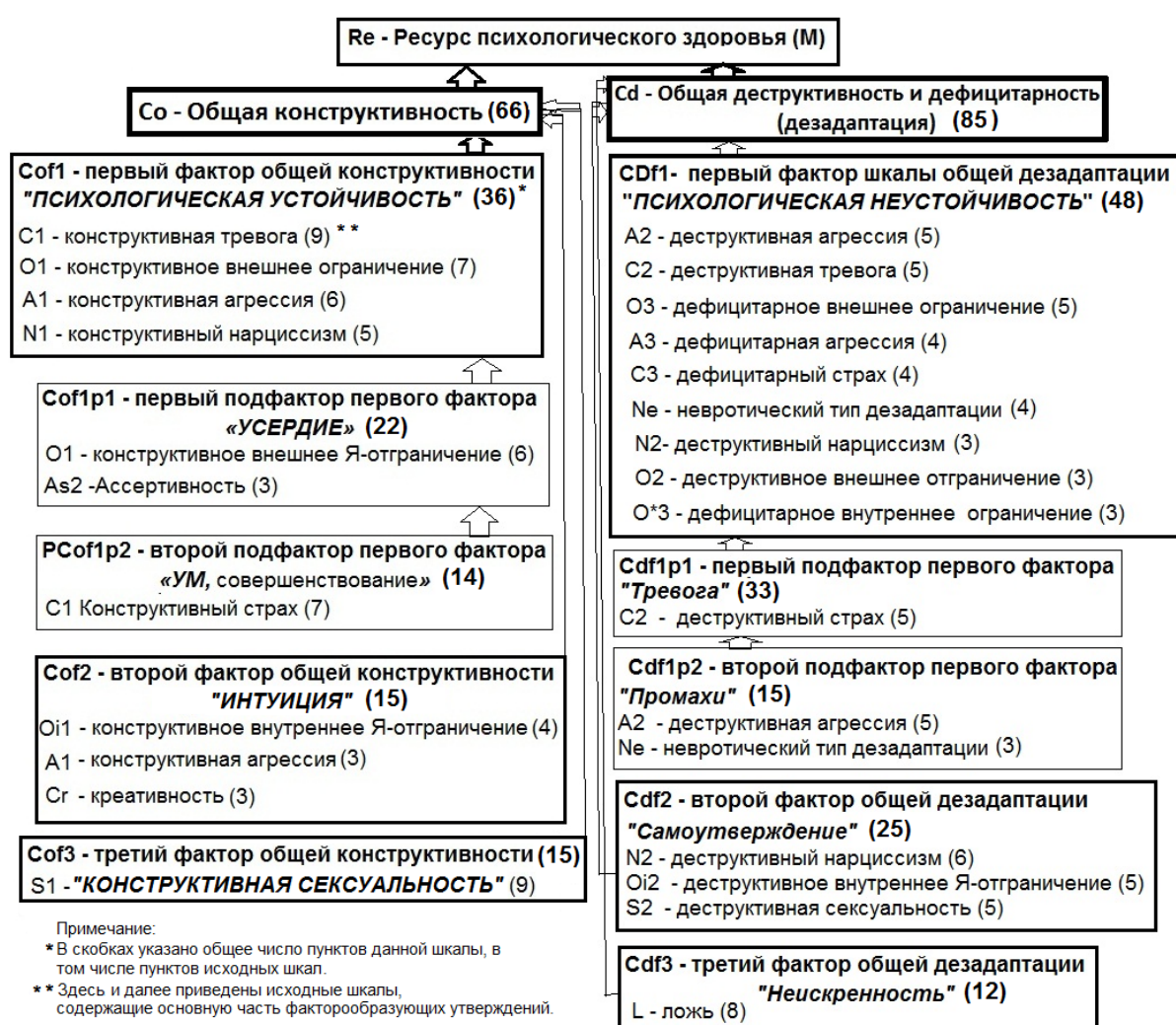


Рис. 3.2.1. Факторная структура интегральных шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012, формирующих ресурс психологического здоровья сотрудника ОВД (мужской вариант теста)

Несмотря на в целом повысившийся коэффициент корреляций между первичными шкалами одного качества (конструктивности, деструктивности и дефицитарности) кроме тезиса Г. Аммона о том, что первичные Я-функции тесно переплетены друг с другом, предпринятый шаг также оправдан и тем фактом, что в условиях массовых скрининговых обследований, как правило, психологов и руководство интересуется возможность за максимально короткое время получить прежде всего некий интегральный результат, на основе которого можно осуществлять валидную градацию испытуемых на квалификационные категории (группы) и выделять не только группу «лучших» кандидатов и сотрудников, но и группу «риска» или лиц, требующих дальнейшего углубленного обследования и (или) повышенного психолого-педагогического внимания. В поисках валидных критериев таких градаций кроме показателя ресурса личностной конструктивности, основанного на концептуальной валидности рассмотренной выше гуман-структурологической концепции личности, нами также были предприняты попытки разработки критериев, построенных на иных принципах, в частности, на конвергентной (показатель субъектно-профессиональной идентичности) и внешнекритериальной (показатель профессионально-психологической успешности) валидации, а также постулировать в качестве некоего метакритерия, объединяющего вышеприведенные, итоговый критерий профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД.

3.3. Технология разработки шкал субъектно-профессиональной идентичности сотрудников ОВД на основе ПОЛО «Ресурс»

Включение в психодиагностический комплекс «ПОЛО+» методики исследования профессиональной идентичности (МИПИ) Л. Б. Шнейдер (2006) позволило нам провести исследование, подтвердившее корректность рассмотрения субъектно-профессиональной идентичности сотрудников ОВД как проявления их Я-идентичности сквозь призму профессионального выбора. Выбор профессии, как одно из важнейших проявлений жизненного стиля человека, детерминируемого центральными Я-функциями и реализованного посредством вторичных Я-функций (см. рис. 2.1), может осуществляться как путем конструктивной самореализации, так и носить деструктивно-дефицитарный (компенсаторно-приспособительный) характер, обусловленный неосознаваемыми психопатологическими мотивами и симптомами. Иными словами, ***профессиональная идентичность*** как проявление Я-идентичности в контексте

профессионального выбора и самоопределения, также, как и Я-идентичность, может носить конструктивный и деструктивно-дефицитарный характер. Первый вариант, помимо высокой эффективности при невысокой «цене» профессиональной деятельности, способствует личностному развитию (трансформации), сохранению и укреплению психологического здоровья, препятствуя профессиональному «выгоранию» и личностной деформации, фактически неизбежным при втором (деструктивно-дефицитарном) варианте выбора профессии.

Как указывалось выше, в психодиагностический комплекс «ПОЛО+» была включена заинтересовавшая нас своей оригинальностью методика исследования профессиональной идентичности Л. Б. Шнейдер (2006), построенная на принципах прямого и цепного ассоциативного теста, содержащая наборы понятий, входящих в состав двух противоположных шкал «профессионал» и «непрофессионал», частное от деления которых соотносится автором методики с одним из пяти статусов профессиональной идентичности (по Дж. Марсиа в модификации Л. Б. Шнейдер): 1) *достигнутая* (позитивная, зрелая); 2) *мораторий* (кризис идентичности); 3) *преждевременная*; 4) *диффузная*; 5) *псевдопозитивная*¹.

Анализ результатов обследования репрезентативной выборки сотрудников ОВД мужского пола показал (рис. 3.3.1), что достигнутая идентичность определялась менее чем у четверти сотрудников (23,2 %), в то время как наиболее часто встречаемым среди них оказался статус псевдоидентичности (38,4 %) и моратория (28,5 %).

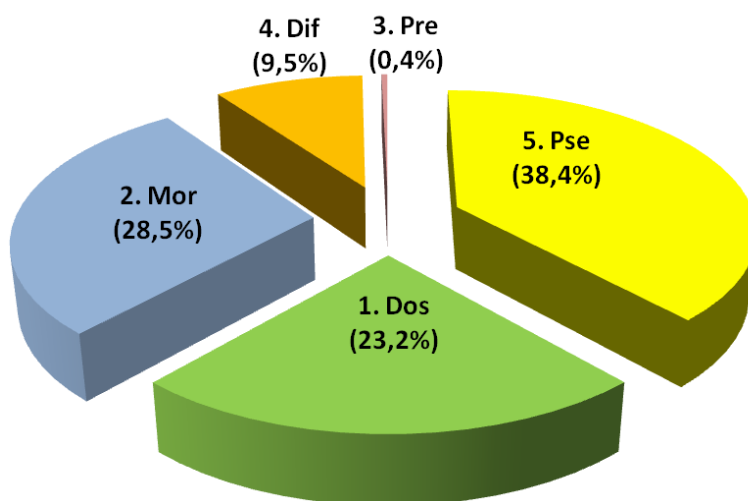


Рис. 3.3.1. Статусы профессиональной идентичности у сотрудников ОВД (по МИПИ)

¹ Шнейдер Л. Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. М.: МПСИ. 2007.

Несмотря на наличие достоверных отличий при попарном сравнении (с помощью критерия Мана-Уитни) сотрудников со статусом достигнутой профессиональной идентичности и статусом моратория от сотрудников с другими статусами по конструктивным и деструктивно-дефицитарным показателям ПОЛО «Ресурс», сравнение полярных групп сотрудников, выделенных по внешнему критерию «успешность профессиональной деятельности» на основе экспертных оценок не дало достоверных отличий в частоте встречаемости у них вышеприведенных статусов. Кроме того, эмпирический опыт практических психологов подразделений ОВД, работавших с результатами обследования сотрудников их подразделений с помощью МИПИ, вызвал ряд расхождений в мнениях об их соответствии реальности и породил сомнения в их достоверности, что в свою очередь побудило нас к проведению психометрической экспертизы шкал МИПИ и разработке аналогичных шкал для оценки профессиональной идентичности сотрудников ОВД на основе ПОЛО «Ресурс»¹.

Несмотря на тот факт, что содержательная валидность исходных шкал «профессионал» и «непрофессионал» МИПИ не вызывала сомнений, смущение вызывал высокий коэффициент их интеркорреляции (0,64 при $p < 0,001$) в силу чего они были подвергнуты процедуре психометрической экспертизы. В результате ее проведения были удалены понятия, индекс трудности и дискриминативности которых оказался ниже предельно допустимых значений; а также понятия, удаление которых повышало показатель внутренней согласованности шкал (метод альфа-Кромбаха).

После проделанной процедуры из 38 понятий в шкале «профессионал» осталось 34. При этом в данную шкалу с высоким коэффициентом корреляции вошли 4 пункта из шкалы «непрофессионал» (общение, подготовка, старания, усердие). В то же время в шкале «непрофессионал» осталось лишь 16 понятий, валидных для ситуации недобровольного тестирования сотрудников ОВД. Реструктурированные таким образом шкалы МИПИ были использованы нами в качестве

¹ Шаповал В. А. Разработка метода диагностики профессиональной идентичности сотрудников ОВД в контексте психодинамического подхода // Правоохранительная деятельность органов внутренних дел России и зарубежных государств в контексте современных научных исследований: мат. межд. науч.-теор. Конф. адъюнктов и докторантов (С.-Петербург, 17 июня 2010 г.). В 2 ч.: Ч.2. СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2010. С. 141–147.

«перекрестного валидизатора» для подбора утверждений из перечня ПОЛО «Ресурс»¹.

Алгоритм разработки шкал для оценки профессиональной идентичности сотрудников ОВД на основе «ПОЛО+» был следующим. Сначала с помощью корреляционного анализа из всего массива утверждений психодиагностического комплекса отбирались пункты (it), наиболее сильно коррелирующие с суммарными показателями реструктурированных шкал МИПИ, на основе которых были получены 2 первичные шкалы «профессионализма» и «непрофессионализма». Далее эти шкалы подвергались вышеописанной на примере шкалы общей конструктивности пошаговой процедуре психометрической экспертизы и айтем-коррекции (отбраковка недискриминативных, неинформативных пунктов, а также пунктов, снижающих надежность шкал в целом с помощью показателя α Кронбаха). В результате данной процедуры на основе пунктов «ПОЛО+» (включая шкалы креативности и ассертивности) нами были получены две шкалы, имеющие высокие психометрические характеристики: 1) *профессионализма* (Pr) или конструктивной субъектно-профессиональной идентичности (73 it; α Кронбаха = 0,92; коэффициент половинного расщепления Гуттмана = 0,87) и 2) *непрофессионализма* (Np) или деструктивно-дефицитарной субъектно-профессиональной идентичности (93 it; α Кронбаха = 0,92; коэффициент Гуттмана = 0,8). Коэффициент интеркорреляции полученных шкал составил 0,27 ($p < 0,01$), в то время как у исходных шкал МИПИ он был равен 0,64; в том числе после их психометрической коррекции (0,38). Далее с помощью факторного анализа первичных ответов (выборов утверждений теста) испытуемых нами была получена трехфакторная модель шкалы профессионализма (Pr) и четырехфакторная модель шкалы непрофессионализма (Np) (рис. 3.3.2).

¹ Шаповал В. А. Ресурсно-субъектный подход к оценке профессиональной идентичности сотрудников полиции при массовых психодиагностических обследованиях // Профессиональный и организационный стресс: диагностика, профилактика и коррекция: мат. Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием (г. Астрахань, 7–8 окт. 2011 г.) / под ред. Б. В. Кайгородова и Н. В. Майсак.

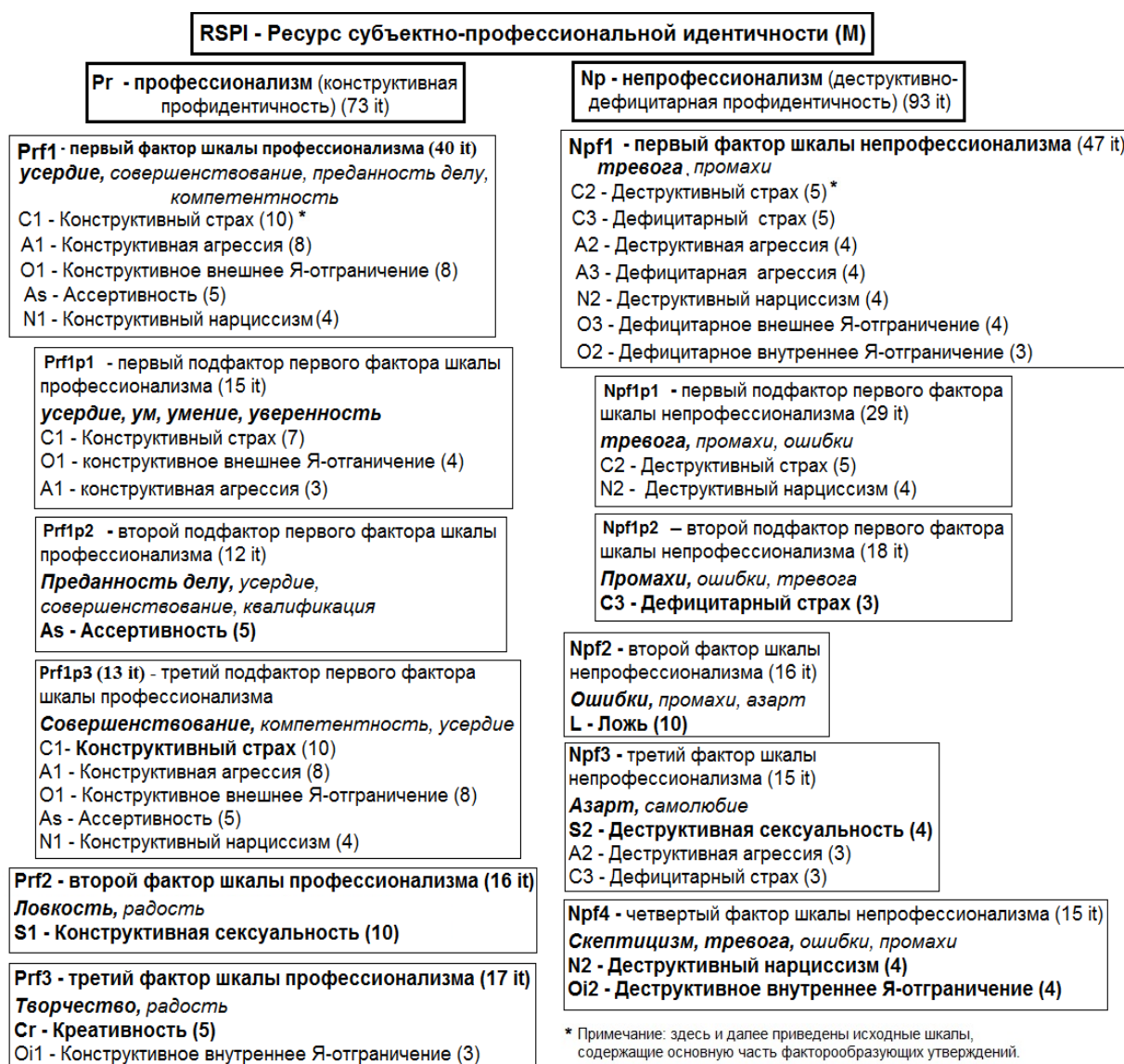


Рис. 3.3.2. Факторная структура интегральных шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012, формирующих ресурс субъектно-профессиональной идентичности сотрудника ОВД (мужской вариант теста)

Корреляционный анализ полученных факторов (табл. 3.3.1) выявил наличие значимой обратной зависимости лишь между первыми факторами полученных шкал ($r = -0,052$) ($p < 0,01$), в то время как между остальными факторами обнаруживалась выраженная положительная связь ($r =$ от 0,16 до 0,46) ($p < 0,01$).

Таблица 3.3.1

Интеркорреляции показателей интегральных шкал профессионализма и непрофессионализма ПОЛО «Ресурс» — 2012 и их факторов (мужская выборка, n= 4521, по Пирсону)

<i>Шкалы</i>	<i>Np</i>	<i>Npf1</i>	<i>Npf2</i>	<i>Npf3</i>	<i>Npf4</i>	<i>Npf1k</i>
Pr	,272**	,047**	,332**	,327**	,350**	-,006
Prf1	,164**	-,052**	,315**	,186**	,250**	-,093**
Prf2	,277**	,074**	,367**	,366**	,241**	,038*
Prf3	,326**	,191**	,135**	,379**	,455**	,129**

** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

Наибольшее значение отрицательного коэффициента корреляции было обнаружено при сравнении взаимосвязи шкал Prf1 и Npf1k, имеющих наибольший вес (процент дисперсии) в структуре исходных общих шкал Pr и Np. Шкала Npf1k представляет собой первый фактор шкалы непрофессионализма (47 it) с добавлением 11 наиболее валидных утверждений первого фактора шкалы диссимуляции (K). Очевидно, что показатели данных шкал учитывались нами при разработке алгоритма итоговой градации сотрудников на группы субъектно-профессиональной идентичности.

Содержательная структура полученных шкал оказалась во многом похожа на вышеприведенную структуру интегральных шкал ПОЛО «Ресурс», используемых для оценки профессионального психологического здоровья. Так в шкалу первого фактора профессионализма (40 it, α Кронбаха = 0,89) вошли утверждения из следующих исходных шкал (рис. 3.3.2): C1 — конструктивного страха (10 it); A1 — конструктивной агрессии (8 it), O1 — конструктивного внешнего Я-отграничения (8 it); As — асертивности (7 it); N1 — конструктивного нарциссизма (4 it); Cr — креативности (2 it); O2 — деструктивного внутреннего Я-отграничения (1). Суммарный бал по данной шкале наиболее сильно коррелировал с такими понятиями шкалы «профессионал» МИПИ как «усердие», «совершенствование», «преданность делу», «компетентность» ($r=0,32$ — $0,3$) ($p < 0,01$) и др.

В шкалу первого фактора непрофессионализма (деструктивно-дефицитарной субъектно-профессиональной идентичности) (47 it; α Кронбаха = 0,9) вошли утверждения из следующих исходных шкал: C2 — деструктивного страха (5 it); C3 — дефицитарного страха (5 it),

A2 — деструктивной агрессии (4 it); A3 — дефицитарной агрессии (4 it); N2 — деструктивного нарциссизма (4 it); O3 — дефицитарного внешнего Я-отграничения (4 it); O* — дефицитарного внутреннего Я-отграничения (3 it), Ne — невротического типа дезадаптации (3 it); Ps — психосоматического типа дезадаптации (3 it); S2 — деструктивной сексуальности (2 it), а также единичные пункты из других шкал. Суммарный балл шкалы наиболее сильно положительно коррелировал с такими понятиями шкалы «непрофессионал» МИПИ как: «тревога», «промахи», «ошибки», «претензии» и др. ($r = 0,21 - 0,17$) ($p < 0,01$), а также отрицательно с такими как «преданность делу», «профессионализм», «собранность», «компетентность», «усердие», «активность», «надежность», «знания» ($r = 0,09 - 0,05$) ($p < 0,01$), и др. Полученные психометрические показатели указывают на высокий уровень надежности и валидности разработанных шкал.

Алгоритм градации испытуемых на группы (категории) с разным уровнем субъектно-профессиональной идентичности, также как и алгоритм градации на группы психологического здоровья, основан на следующих интегральных показателях, полученных в результате сопоставления (вычисления разности) значений полярных пар шкал в сырых баллах с последующим принудительно нормализованным переводом полученного показателя в Т-баллы:

1) *ресурсе субъектно-профессиональной идентичности* ($RSPi_{Tb}$)

формула шкалы: $RSPi = Pr - Np$

где Pr — показатель шкалы профессионализма; а Np — показатель общей шкалы непрофессионализма;

2) *ресурсе субъектно-профессиональной идентичности ядра личности по фактору «f1»* ($RSPif1_{Tb}$)

формула шкалы: $RSPif1 = Prf1 - Npfl$

где Prf1 — показатель первого фактора шкалы профессионализма; а Npfl — показатель первого фактора шкалы непрофессионализма;

3) *ресурсе субъектно-профессиональной идентичности ядра личности с коррекцией по фактору «f1»* ($RSPif1k_{Tb}$)

формула шкалы: $RSPif1k = Prf1 - Npflk$

где Prf1 — показатель первого фактора шкалы профессионализма; а Npflk — показатель первого фактора шкалы непрофессионализма с коррекцией.

Так, проверка алгоритма градации испытуемых на 4 группы (категории) *субъектно-профессиональной идентичности* (СПИ) на кон-

трольной выборке сотрудников ОВД ($n = 1015$), основанного на использовании показателя «ресурс субъектно-профессиональной идентичности ядра личности по фактору $f1$ » (RSPif1) и аналогичного алгоритму градации испытуемых на группы психологического здоровья показал (рис. 3.3.3), что доля лиц, обнаруживающих в той или иной мере признаки деструктивно-дефицитарной профессиональной идентичности (отнесенных к III и IV группе) в сумме достигает 50 %, что является настораживающей информацией, свидетельствующей с одной стороны о профессиональном выгорании (личностной деформации) данной категории, требующей мер психологического и психотерапевтического характера, с другой стороны — о достаточно высокой чувствительности диагностического инструментария, и с третьей — о высоком уровне социально-психологической напряженности и неблагоприятном морально-психологическом климате в обследованных подразделениях (обследование проводилось в среднем за 1–1,5 года до проведения переаттестации сотрудников из милиции в полицию).

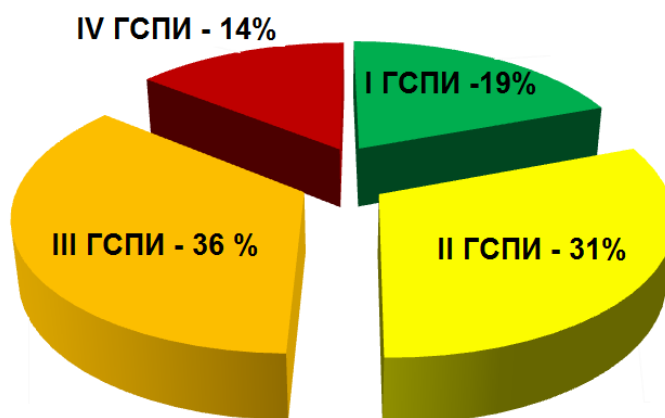


Рис. 3.3.3. Распределение сотрудников ОВД мужского пола по группам субъектно-профессиональной идентичности по результатам обследования с помощью ПОЛО «Ресурс» — 2006 ($n = 1015$)

Причем, среди данной категории (III и IV группы СПИ) сотрудников, отмеченных по результатам экспертных оценок руководства как «лучшие» было достоверно ($p < 0,01$) меньше (39,8 % при $n = 98$), чем среди «худших» (58,7 % при $n = 63$), а число лиц, отнесенных к I ГПИ достоверно ($p < 0,05$) больше (33,7 % против 19 %), что подтверждает валидность диагностических градаций.

С помощью теста ПОЛО «Ресурс» — 2006, перекрестная валидность которого была подтверждена неоднократными исследованиями, в том числе с помощью психофизиологических методов диагностики

стресса у курсантов¹, была исследована профессиональная идентичность курсантов факультета подготовки психологов ($n = 113$) и оперативного факультета ($n = 71$) СПбУ МВД России. Результаты исследования показали, что среди курсантов, обучающихся по специальности «психология» (3–4 курс) лиц с I ГПИ оказалось достоверно ($p < 0,01$) меньше (20,4 % против 39,4 %), а лиц с III ГПИ (26,5 % против 19,7 %) и особенно с IV ГПИ (27,4 % против 11,3 %) достоверно больше ($p < 0,01$ по критерию Фишера). Причем, гендерное сравнение групповой структуры профессиональной идентичности у курсантов факультета подготовки психологов выявило достоверное ($p < 0,05$) преобладание IV ГПИ у лиц мужского пола по сравнению с девушками (38,1 % при $n = 42$ против 21,1 % при $n = 71$), а также достоверно более низкое ($p < 0,05$) число лиц со II ГПИ (14,3 % при $n = 42$ против 32,4 % при $n = 71$). Данный факт, с одной стороны, указывает на значимость различий сравниваемых выборок по фактору «группа предназначения» (требования к психологам ниже, чем к оперативным работникам), который учитывается при военно-врачебной экспертизе и профессионально-психологическом отборе абитуриентов, поступающих на учебу, а с другой — может рассматриваться как неблагоприятный прогностический признак, свидетельствующий об актуальности более глубокого и системного исследования проблемы профессиональной адаптации, подготовки, и особенно — распределения на первичные офицерские должности выпускников-психологов ведомственных университетов.

Следует отметить и то обстоятельство, что прогностическая валидность последних двух показателей с 6 летней глубиной прогноза была ретроспективно доказана при сравнении результатов обследования с помощью ПОЛО «Ресурс» — 2006 (пункты шкал Prf1, Npf1 и Npf1k были выделены из его перечня) абитуриентов военного института внутренних войск МВД России, убывших на службу после его окончания и разделенных по внешнему критерию — отзывам о качестве служебно-профессиональной деятельности, полученным через год службы из войск, на группы успешных и неуспешных ($p < 0,01$).

¹ Воробьев В. М., Шаповал В. А. О взаимосвязи психофизиологического стресса с психодинамическими свойствами личности курсантов // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2009. № 1 (41). С. 149–161.

3.4. Технология разработка шкалы профессионально-психологической успешности сотрудников ОВД на основе ПОЛО «Ресурс»

Создание обширной базы психологических данных, характеризующих специфическую (институциональную) выборку испытуемых, побудило нас к проверке используемого диагностического инструментария путем сопоставления результатов теста с внешним критерием — экспертной оценкой испытуемых. По заданию руководителя психологической службы одного из главных управлений МВД психологами подразделений были сформированы 2 полярные группы сотрудников, существенно отличающиеся от остальных по экспертным оценкам успешности профессиональной деятельности. При отборе групп использовались мнения непосредственных руководителей, коллег, наличие поощрений, взысканий, принадлежность сотрудника к группе повышенного психолого-педагогического внимания и др.

В 1 группу наиболее успешных сотрудников были отобраны 98 мужчин (средний возраст 34,7 года) и 31 женщина (средний возраст 33,0 года), во 2 группу наименее успешных — 63 мужчины (средний возраст 33,8 лет) и 13 женщин (средний возраст 29,0 лет). Сотрудники обеих групп предварительно за несколько месяцев до экспертного оценивания были обследованы с помощью психодиагностического комплекса «ПОЛО+». Для статистического анализа данных нами применялась компьютерная программа IBM SPSS Statistics 17.0. Результаты проверки по критерию t-Стьюдента принимались во внимание, если дисперсии по критерию Ливена не различались ($p > 0,05$). В случае выявления по критерию Ливена достоверного различия дисперсий сопоставление осуществлялось с использованием непараметрического критерия U-Манна-Уитни. Достоверных различий по возрасту у мужчин и женщин сравниваемых групп не отмечено.

Установлено, что «успешные» сотрудники мужского пола отличались от «неуспешных» показателями следующих шкал личностной конструктивности: C_1 — конструктивного страха ($p < 0,001$), A_1 — конструктивной агрессии, O_1 — конструктивного внешнего Я-отграничения и N_1 — конструктивного нарциссизма ($p < 0,05$), а также по интегральной шкале Co — общей конструктивности ($p < 0,01$) и производным шкалам: адаптационного потенциала (AdP), потенциала активности (РАс) и ресурса личностной конструктивности (Re) ($p < 0,001$). В свою очередь, неуспешные, кроме более низких показателей по вышеуказан-

ным шкалам, имели более высокие показатели по шкалам C_2 — деструктивного страха, A_3 — дефицитарной агрессии, O^*_3 — дефицитарного внутреннего Я-отграничения, N_3 — дефицитарного нарциссизма и S_3 — дефицитарной сексуальности ($p < 0,05$), а также по интегральной шкале Df — общей дефицитарности ($p < 0,01$) и Cd — общей дезадаптации ($p < 0,05$). Кроме того, для этой группы лиц были свойственны высокие показатели по трем из четырех шкал дезадаптации: Ps — психосоматического типа ($p < 0,01$), Gm — поведенческого типа и Ne — невротического типа ($p < 0,01$). У них же были выявлены высокие показатели шкал методики профессиональной идентичности Л.Б.Шнейдер — как по шкале «непрофессионал», так и (как это ни парадоксально) по шкале «профессионал» ($p < 0,05$).

В женской выборке у «успешных» сотрудниц отмечались более высокие показатели по всем конструктивным шкалам Я-структуры личности (за исключением шкалы O_1 — внешнего Я-отграничения). Наиболее выраженные различия были отмечены по шкалам A_1 — конструктивной агрессии и C_1 — конструктивного страха ($p < 0,01$). Успешные сотрудницы также отличались более высокими показателями шкал Co — общей конструктивности ($p < 0,01$), AdP — адаптационного потенциала, Rac — потенциала активности ($p < 0,001$) и Re — ресурса личностной конструктивности ($p < 0,01$). Из всего перечня деструктивно-дефицитарных шкал значимые отличия в сторону повышения у неуспешных сотрудниц были выявлены лишь по шкале O_2 — деструктивного внешнего Я-отграничения ($p < 0,05$).

Таким образом, на основе обобщения полученных данных можно сделать вывод о том, что успешные сотрудники ОВД отличаются от неуспешных более высоким уровнем профессионального психологического здоровья, детерминированным высокой степенью выраженности конструктивных центральных Я-функций личности, а неуспешные сотрудники — низким уровнем профессионального психологического здоровья, обусловленным преобладанием в их Я-структуре личности деструктивно-дефицитарных центральных Я-функций. Полученные результаты не только подтверждают связь профессионально-психологической успешности сотрудников с их профессионально-психологическим здоровьем, но и свидетельствуют о валидности теста ПОЛО «Ресурс» — 2012 в отношении выявления и прогноза данного критерия. Валидность шкалы «профессионализм» МИПИ в отношении критерия «профессионально-психологическая успешность» сотрудника ОВД подтвердить

не удалось, что подтверждает целесообразность работы по созданию аналогичных МИПИ шкал на базе ПОЛО «Ресурс», описанных в предыдущем параграфе.

Полученные данные позволили обосновать возможность использования психодиагностического комплекса «ПОЛО+» для разработки специальной шкалы профессионально-психологической успешности^{1,2}. Процедура разработки шкалы осуществлялась на репрезентативной выборке (4521 мужчины и 814 женщин) и включала несколько этапов. Вначале были отобраны утверждения теста, по которым отмечались значимые различия у представителей полярных групп (по критериям t-Стьюдента, Ливена и U-Манна-Уитни). В мужской выборке таких утверждений оказалось 68 (32 принимаемых и 36 отвергаемых), а в женской — 61 (39 принимаемых и 22 отвергаемых). На втором этапе в Microsoft Excel из первичных выборов (принимаемые отмечались как «1», а отвергаемые — как «0») отобранных пунктов «ПОЛО+» была составлена матрица шкалы «успешности» (Us), общий сырой балл по которой для каждого из обследованных сотрудников подсчитывался как сумма положительных и отрицательных выборов входящих в нее утверждений. Далее применялась описанная выше на примере шкалы общей конструктивности (Co) процедура психометрической коррекции, после проведения которой окончательный вариант шкалы профессионально-психологической успешности для сотрудников-мужчин (U_{sm}) включал в себя 40 валидных утверждений (27 утвердительных и 13 отрицательных) с высокой дискриминативной способностью ($Id_{cp} = 0,47$) и внутренней согласованностью (α -Кронбаха = 0,83 при показателях коэффициентов Спирмена-Брауна и половинного расщепления Гуттмана также равных 0,83). Коэффициент корреляция между формами разделенной

¹ Шаповал В.А., Воробьев И.А. Оценка и прогнозирование профессионально-психологической успешности сотрудников ОВД с помощью психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс» // Актуальные проблемы педагогики и психологии в правоохранительной деятельности (Васильевские чтения – 2012): мат. межвуз. науч.-практ. конф. (С.- Петерб., 18 мая 2012 г.). СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2012. С. 260–271.

² Шаповал В.А., Голянич В.М., Подкорытова И.В., Еников К.К. Методологические проблемы разработки эффективных технологий диагностики профессионально-психологической успешности сотрудников организации // Научные труды Северо-Западного института управления РАНХиГС. 2012. Т. 3. Вып. 3 (7). С. 278–308.

пополам шкалы составил 0,71. Полученные данные свидетельствуют о хорошей надежности разработанной шкалы. Содержательно «положительная» часть шкалы Us_m (27 it) состояла из утверждений всех шести конструктивных шкал Я-структуры личности ПОЛО «Ресурс»: O_1 — конструктивного внешнего Я-отграничения (7 it), A_1 — конструктивной агрессии и C_1 — конструктивного страха (по 6 it), N_1 — конструктивного нарциссизма и S_1 — конструктивной сексуальности (по 3 it), O^*_1 — конструктивного внутреннего Я-отграничения и C_3 — дефицитарного страха (по 1 it). В отвергаемую часть шкалы Us_m (13 it) вошли утверждения трех деструктивных шкал A_2 — деструктивной агрессии и N_2 — деструктивного нарциссизма (по 2 it), C_2 — деструктивного страха (1 it) и трех дефицитарных: A_3 — дефицитарной агрессии, O^*_3 — дефицитарного внутреннего Я-отграничения, N_3 — дефицитарного нарциссизма (по 2 it), а также шкалы L — неискренности и Ne — невротического типа дезадаптации (по 1 it).

Аналогичная шкала для сотрудников женского пола состояла из 29 утверждений (26 утвердительных и 3 отрицательных) с высокой дискриминативной способностью ($Id_{cp.} = 0,54$) и внутренней согласованностью (α -Кронбаха = 0,84 при показателях коэффициентов Спирмена-Брауна 0,83 и половинного расщепления Гуттмана 0,82). Коэффициент корреляция между формами разделенной пополам шкалы также оказался достаточным и составил 0,71. Качественный анализ содержания утверждений, вошедших в женский вариант шкалы успешности (Us_f) показал, что ее «положительная» часть (26 it) так же, как и в мужской шкале включает в себя утверждения из всех шести конструктивных шкал Я-структуры личности ПОЛО «Ресурс»: C_1 — конструктивного страха (6 it), A_1 — конструктивной агрессии и O^*_1 — конструктивного внутреннего Я-отграничения (по 4 it), N_1 — конструктивного нарциссизма и S_1 — конструктивной сексуальности (по 3 it), O_1 — конструктивного внешнего Я-отграничения (2 it), а также шкалы Cr — креативности (2 it), O^*_2 — деструктивного внутреннего Я-отграничения и As — асертивности (по 1 it). Отвергаемая часть шкалы Us_f (3 it) включала в себя по одному утверждению шкал A_3 — дефицитарной агрессии, N_3 — дефицитарного нарциссизма и L — неискренности (лжи).

Кроме отмеченного выше, на экспериментальном материале мужской выборки сотрудников ($n=4521$) была также установлена положительная корреляционная связь ($p<0,001$) значений шкалы Us_m с 33 понятиями шкал МИПИ Л.Б.Шнейдер. Наиболее выраженной она оказалась

с такими дефинициями шкалы «профессионал» как удовлетворенность, преданность делу, уважение, упорство, ум, совершенствование, компетентность, умение, мастерство, эффективность, профессионализм, активность, самостоятельность, квалификация, надежность, цель, уверенность, образованность, знания, внимательность, опыт, ответственность, навык, карьера, дисциплина, ловкость. Сюда же вошли такие положительно коррелирующие с ней утверждения шкалы «непрофессионал», как общение и обучающийся. Статистически значимые отрицательные корреляции шкалы Us_m выявлены с такими понятиями как безволие, пессимизм, кризис, безделушки, наивность.

Экспериментальные данные, полученные на женской выборке сотрудников ($n = 814$) позволили установить положительную корреляционную связь ($p < 0,001$) значений шкалы Us_f с такими понятиями шкалы «профессионал» МИПИ как надежность, азарт, независимость, ловкость.

С учетом некоторого отличия распределения «сырых» баллов шкалы успешности от нормального (рис. 3.4.1) нами осуществлялась процедура их принудительной нормализации с расчетом таблицы тестовых норм для их перевода в стандартизованные Т-баллы¹.

На основе полученного в Т-баллах показателя шкалы с помощью описанной ниже технологии нахождения интервала значений осуществлялась градация обследуемых на 4 квалификационные категории (группы) профессионально-психологической успешности.

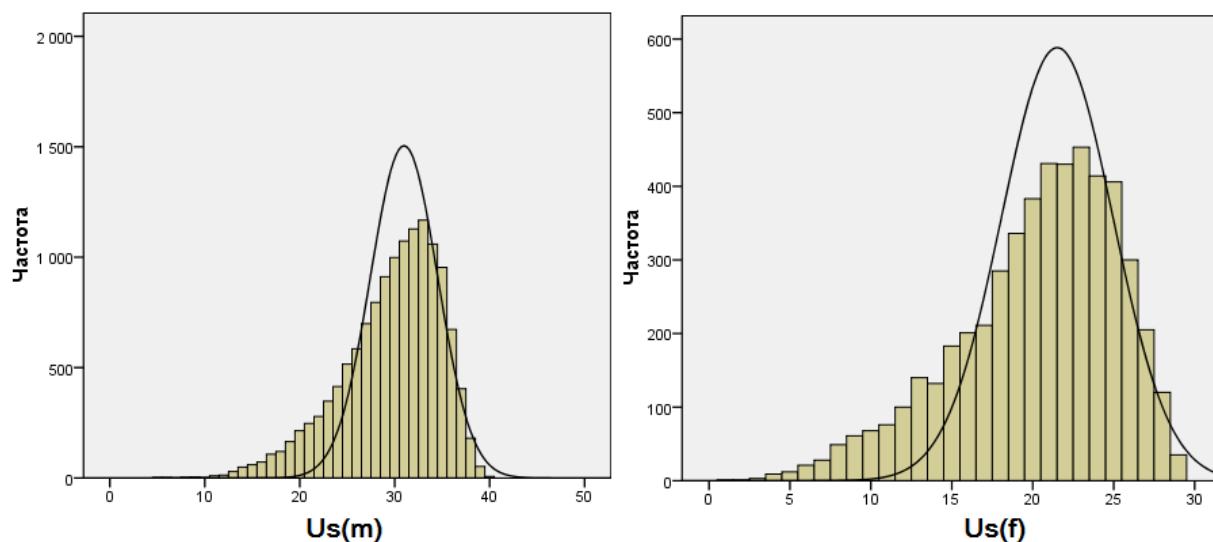


Рис. 3.4.1. Гистограмма распределения показателей по шкале успешности у сотрудников ОВД мужского и женского пола

¹ Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб.: Речь, 2006. 392 с.

3.5. Технология разработки интегральных показателей ПОЛО «Ресурс»

Важным этапом совершенствования теста ПОЛО «Ресурс», а также создания на его основе автоматизированной экспертно-диагностической системы для оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД стала разработка интегральных показателей (индексов), объединяющих ресурсные и лимитирующие компоненты Я-структуры личности испытуемого. Потребность в их разработке объясняется тремя обстоятельствами. Во-первых, разработка единого «ресурсно-лимитирующего» интегрального параметра позволяет оценить конструктивный потенциал личности и направленность его изменений. Во-вторых, переход от многокомпонентных характеристик к нескольким системным показателям обеспечивает интерпретацию и осмысление уровня профессионально-психологического здоровья и основных характеристик профессионально-психологического «портрета» сотрудников ОВД (кандидатов на службу или учебу) и позволяет осуществлять градацию обследуемых на группы (категории) профессионального психологического здоровья. В-третьих, сопоставление интегральных показателей с внешними критериями обеспечивает более целостное понимание детерминированности профессиональной деятельности конкретными психологическими ресурсами личности.

Для разработки интегральных индексов из всего многообразия шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012 нами были отобраны пять «позитивных» шкал, репрезентирующих конструктивные психологические ресурсы личности сотрудника ОВД и его профессиональное психологическое здоровье (шкала Со — общей конструктивности и ее первый фактор Cof1, шкала Пр — профессионализма и ее первый фактор Prf1, шкала Us — профессионально-психологической успешности), и шесть «негативных» шкал, отражающих различного рода отклонения в состоянии психологического здоровья и профессиональной адаптации (шкала Cd — общей дезадаптации (социо-психо-соматической проблемности), ее первый фактор Cdf1 и первый фактор данной шкалы с коррекцией Cdf1k; шкала Нр — непрофессионализма (деструктивно-дефицитарной субъектно-профессиональной идентичности), ее первый фактор Npf1 и первый фактор данной шкалы с коррекцией Npf1k).

Взаимосвязи указанных шкал показаны в приведенных ниже таблицах. Представленные данные свидетельствуют о тесных интеркор-

реляционных связях как в рамках группы ресурсных (табл. 3.5.1), так и в рамках группы лимитирующих (табл. 3.5.2) шкал.

Таблица 3.5.1

*Интеркорреляции ресурсных интегральных шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012
(мужская выборка, n= 4521, по Пирсону)*

Шкала	Co	Cof1	Pr	Prf1
Co	1			
Cof1	,921**	1		
Pr	,981**	,938**	1	
Prf1	,907**	,954**	,932**	1
Us	,789**	,866**	,824**	,851**

** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

Таблица 3.5.2

*Интеркорреляции лимитирующих интегральных шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012
(мужская выборка, n= 4521, по Пирсону)*

Шкала	Cd	Cdf1	Cdf1K	Np	Npf1
Cd	1				
Cdf1	,924**	1			
Cdf1K	,831**	,965**	1		
Np	,985**	,891**	,796**	1	
Npf1	,925**	,984**	,935**	,898**	1
Npf1k	,832**	,939**	,945**	,811**	,964**

** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

Так, отражающая уровень профессионального психологического здоровья шкала общей конструктивности Я-структуры личности (Co) обнаруживает высокие достоверно значимые ($p < 0,001$) корреляции со шкалой профессионализма (конструктивной субъектно-профессиональной идентичности) и шкалой профессионально-психологической успешности сотрудника (табл. 3.5.1), что свидетельствует о рядоположенности и содержательной близости полученных конструкторов.

То же касается первых факторов шкал общей конструктивности (Cof1) и профессионализма (Prf1), а также группы «негативных» конструкторов, отражающих деструктивно-дефицитарную Я-структуру личности и лимитирующих профессиональное психологическое здоровье, субъектно-профессиональную идентичность и профессионально-

психологическую успешность сотрудника ОВД. При этом отличия в корреляционных связях между шкалами указанных групп в «сырых» (табл. 3.5.3) и стандартизованных Т-баллах (табл. 3.5.4) незначительны.

Полученные соотношения отражают ортогональность и даже полярность ресурсных и лимитирующих шкал, что открывает возможность статистического манипулирования ими для расчета интегральных профессионально-психологических показателей.

Таблица 3.5.3

*Корреляции «позитивных» (ресурсных) и «негативных» (лимитирующих) интегральных шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012
(в сырых баллах, мужская выборка, n= 4521, по Пирсону)*

Шкала	Cd	Cdf1	Cdf1K	Np	Npf1	Npf1k
Co	,261**	,092**	,013	,347**	,106**	,049**
Cof1	,049**	-,100**	-,162**	,117**	-,085**	-,123**
Pr	,196**	,033*	-,043**	,272**	,047**	-,006
Prf1	,095**	-,061**	-,122**	,164*	-,052**	-,093**
Us	-,223**	-,354**	-,391**	-,148**	-,344**	-,359**

** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

Таблица 3.5.4

*Корреляции «позитивных» (ресурсных) и «негативных» (лимитирующих) интегральных шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012
(в принудительно нормализованных Т-баллах, мужская выборка, n = 4521, по Пирсону)*

Шкала	Cd	Cdf1	Cdf1k	Np	Npf1	Npf1k
Co	,275**	,109**	-,008	,366**	,119**	,018*
Cof1	,051**	-,095**	-,168**	,123**	-,088**	-,136**
Pr	,197**	,047**	-,060**	,277**	,054**	-,033**
Prf1	,101**	-,046**	-,120**	,172**	-,042**	-,097**
Us	-,183**	-,315**	-,353**	-,112**	-,317**	-,327**

** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

Задача сведения показателей психодиагностических шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012 к группе интегральных параметров (личностных компетенций), характеризующих соотношение ресурсных и лимитирующих компонентов Я-структуры личности испытуемого, решалась путем расчета следующих семи индексов:

1) *ресурс личностной конструктивности (RLC)*:

формула индекса:
$$RLC_{(Tb)} = Co_{(Tb)} - Cd_{(Tb)},$$

где $Co_{(Tb)}$ — показатель шкалы общей конструктивности ПОЛО «Ресурс» в принудительно нормализованных Т-баллах; а $Cd_{(Tb)}$ — показатель шкалы общей дезадаптации также в принудительно нормализованных Т-баллах;

2) *ресурс конструктивности ядра личности (RLCf1)*:

формула индекса:
$$RLCf1_{(Tb)} = Cof1_{(Tb)} - Cdf1_{(Tb)},$$

где $Cof1_{(Tb)}$ — показатель первого фактора шкалы общей конструктивности в принудительно нормализованных Т-баллах; а $Cdf1_{(Tb)}$ — показатель первого фактора шкалы общей дезадаптации в принудительно нормализованных Т-баллах;

3) *ресурс конструктивности ядра личности с коррекцией (RLCf1k)*:

формула индекса:
$$RLCf1k_{(Tb)} = Cof1_{(Tb)} - Cdf1k_{(Tb)},$$

где $Cof1_{(Tb)}$ — показатель первого фактора шкалы общей конструктивности в принудительно нормализованных Т-баллах; а $Cdf1k_{(Tb)}$ — показатель первого фактора шкалы общей дезадаптации с коррекцией в принудительно нормализованных Т-баллах;

4) *ресурс субъектно-профессиональной идентичности (RPI)*:

формула индекса:
$$RPI_{(Tb)} = Pr_{(Tb)} - Np_{(Tb)},$$

где $Pr_{(Tb)}$ — показатель шкалы профессионализма в принудительно нормализованных Т-баллах; а $Np_{(Tb)}$ — показатель шкалы непрофессионализма в принудительно нормализованных Т-баллах;

5) *ресурс субъектно-профессиональной идентичности ядра личности (RPif1)*:

формула индекса:
$$RPif1_{(Tb)} = Prf1_{(Tb)} - Npfl_{(Tb)},$$

где $Prf1_{(Tb)}$ — показатель первого фактора шкалы профессионализма в принудительно нормализованных Т-баллах; а $Npfl_{(Tb)}$ — показатель первого фактора шкалы непрофессионализма в принудительно нормализованных Т-баллах;

6) *ресурс субъектно-профессиональной идентичности ядра личности с коррекцией (RPif1k)*:

формула индекса:
$$RPif1k_{(Tb)} = Prf1_{(Tb)} - Npflk_{(Tb)};$$

где $Prf1_{(Tb)}$ — показатель первого фактора шкалы профессионализма в принудительно нормализованных Т-баллах; а $Npflk_{(Tb)}$ — показатель первого фактора шкалы непрофессионализма с коррекцией в принудительно нормализованных Т-баллах;

7) ресурс профессионально-психологической успешности (**RU_s**) = $U_{s(Tb)}$, где $U_{s(Tb)}$ — показатель шкалы профессионально-психологической успешности сотрудника ОВД в принудительно нормализованных Т-баллах.

Корреляционный анализ взаимосвязей значений интегральных показателей (личностных компетенций) с показателями шкал ПОЛО «Ресурс» — 2012 в принудительно нормализованных Т-баллах выявил (табл. 3.5.5) наличие сильных положительных корреляций с «позитивными» (ресурсными) и сильных отрицательных — с «негативными» (лимитирующими) шкалами. Этот факт подтверждает предположение о более высокой валидности и информативности интегральных показателей по сравнению с первичными конструктивными и деструктивно-дефицитарными шкалами.

Таблица 3.5.5

*Корреляции интегральных показателей с ресурсными
и лимитирующими интегральными шкалами ПОЛО «Ресурс» — 2012
(в принудительно нормализованных Т-баллах, мужская выборка,
n = 13344, по Пирсону)*

<i>Шкала индекс</i>	<i>Co</i>	<i>Cof1</i>	<i>Pr</i>	<i>PrF1</i>	<i>Cd</i>	<i>Cdf1</i>	<i>Cdf1k</i>	<i>Np</i>	<i>NpF1</i>	<i>Npf1k</i>
RLC	,622**	,722**	,660**	,662**	-,582**	-,628**	-,565**	-,488**	-,621**	-,516**
RLCf1	,601**	,797**	,656**	,719**	-,499**	-,677**	-,665**	-,428**	-,651**	-,591**
RLCf1k	,639**	,804**	,686**	,729**	-,377**	-,604**	-,722**	-,313**	-,572**	-,630**
RPi	,536**	,694**	,634**	,643**	-,619**	-,649**	-,584**	-,568**	-,651**	-,550**
RPif1	,604**	,771**	,668**	,794**	-,462**	-,623**	-,607**	-,395**	-,641**	-,601**
RPif1k	,626**	,760**	,680**	,784**	-,334**	-,538**	-,640**	-,281**	-,571**	-,694**
RU _s	,709**	,771**	,721**	,721**	-,183**	-,315**	-,353**	-,112**	-,317**	-,327**

** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

3.6. Учет возрастных особенностей сотрудников ОВД при оценке и прогнозировании их профессионального психологического здоровья

Следующим важным этапом разработки экспертно-диагностической системы для оценки, прогнозирования и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД была проверка гипотезы о наличии взаимосвязи приведенных выше интегральных показателей ПОЛО «Ресурс» с возрастом сотрудников. Мы полагаем, что в целях получения наиболее валидных результатов психодиагностического обследования испытуемый должен сравниваться с репрезентативной выборкой стандартизации не только своего пола, но и своего возраста.

По данным корреляционного анализа результатов обследования многочисленной выборки сотрудников ОВД ($n = 13344$) нами была выявлена сопряженность всех интегральных показателей с возрастом испытуемых (табл. 3.6.1), причем у шести из них отмечались отрицательные корреляционные связи и только у одного (ресурс профессионально-психологической успешности) — положительная. Предварительная оценка соотношений интегральных профессионально-психологических показателей с возрастом обследуемых указывала на нелинейность корреляций и предопределяла потребность в возрастной градации сотрудников.

Таблица 3.6.1

*Корреляции интегральных показателей Я-структуры личности
ПОЛО «Ресурс» — 2012 с возрастом сотрудников
(в принудительно нормализованных T-баллах, мужская выборка,
 $n = 13344$, по Пирсону)*

Показатель	RLC	RLCf1	RLCf1k	RPi	RPif1	RPif1k	RUs
Возраст (лет)	-,096**	-,100**	-,090**	-,095**	-,064**	-,061**	,018*

** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

Примечание: RLC — ресурс личностной конструктивности; RLCf1 — ресурс конструктивности ядра личности (по фактору «f1»); RLCf1k — ресурс конструктивности ядра личности с коррекцией (по фактору «f1»); RPi — ресурс субъектно-профессиональной идентичности; RPif1 — ресурс субъектно-профессиональной идентичности ядра личности (по фактору «f1»); RPif1k — ресурс субъектно-профессиональной идентичности ядра личности с коррекцией (по фактору «f1»); RUs — ресурса профессионально-психологической успешности.

Основной проблемой данного этапа исследований являлся выбор оптимального критерия группировки испытуемых по возрастным категориям. Из большого числа представленных в литературе периодизаций нами было отдано предпочтение 7-летней периодизации жизненных циклов (по Гиппократу), на протяжении которых якобы происходит полное обновление клеточного состава организма человека и накопление качественно нового опыта развития при формировании своего сознания и социосистемных отношений.

На основании данной классификации испытуемые были распределены на 6 возрастных групп (таблица 3.6.2). Как следует из данной таблицы, наиболее многочисленной среди мужской выборки оказалась 4-я (36–42) и 3-я (29–35) возрастные группы (30,4 % и 24,9 % соответственно), а наименее представленными 1-я (16–21) и 6-я (≥ 50) возрастные группы (2,4 % и 4,1 % соответственно). В женской выборке лидировали 3-я (29–35) и 2-я (22–28) возрастные группы (30,1 % и 28,8 % соответственно), при тех же наименее представленных 1-й и 6-й группах.

Таблица 3.6.2

Распределение обследуемых сотрудников ОВД по возрастным группам

Группа	Возраст, лет	Частота (М)	Частота (Ж)	Доля (М), %	Доля (Ж), %
1	16–21	315	124	2,4	2,4
2	22–28	2604	1465	19,5	28,8
3	29–35	3329	1532	24,9	30,1
4	36–42	4061	1126	30,4	22,1
5	43–49	2493	623	18,7	12,2
6	≥ 50	542	224	4,1	4,4
	Итого	13 344	5094	100,0	100,0

Для проверки гипотезы о том, что изучаемый фактор (возраст) оказывает влияние на зависимую переменную (значения интегральных профессионально-психологических индексов) нами использовался дисперсионный анализ (однофакторный ANOVA). Поскольку он относится к группе параметрических методов, ему предшествовала проверка результатов признаков на нормальность распределения (Суходольский Г. В., 1972; Шеффе Г., 1980 и др.). Однородность распределения дисперсий значений интегральных показателей ПОЛО «Ресурс» в различных возрастных группах определенная с помощью теста Ливена (табл. 3.6.3), подтвердила корректность применения ANOVA.

В результате дисперсионного анализа было установлено влияние возраста на все зависимые переменные, что послужило основанием для проведения процедуры апостериорных множественных сравнений. С учетом равенства групповых дисперсий и большого количества градаций исследуемого фактора (возраста) было отдано предпочтение методу Тьюки, в котором статистика Стьюдента используется для определения различий между группами¹.

Таблица 3.6.3

*Критерий однородности дисперсий интегральных показателей
ПОЛО «Ресурс» — 2012*

<i>Показатель</i>	<i>Статистика Ливена</i>	<i>Ст. св. 1</i>	<i>Ст. св. 2</i>	<i>Знч.</i>
RLC	,922	5	13 338	,465
RLCf1	,427	5	13 338	,830
RLCf1k	,529	5	13 338	,755
RPi	1,686	5	13 338	,134
RPif1	,558	5	13 338	,732
RPif1k	,415	5	13 338	,838
RUs	,811	5	13 338	,542

Для наглядности результаты применения ANOVA мы продемонстрируем на примере одного из 7 выделенных интегральных профессионально-психологических индексов — *ресурсе личностной конструктивности* (RLC). Так, в ходе данного вида анализа нами было установлено, что значения показателя RLC у обследованных мужчин повышаются от первой к третьей возрастной группе, достигая своего пика (акме) к 29–35 годам, после чего снижаются к четвертому и пятому возрастным периодам, достигая своего минимума в шестой возрастной градации (рис. 3.6.1).

С помощью множественных сравнений методом Тьюки (табл. 3.6.4) и выделения однородных групп средних (табл. 3.6.5) было доказано, что возрастная рестандартизация показателя RLC при применении данной возрастной периодизации требовалась уже не для 6-ти возрастных групп сотрудников, а лишь для 4-х (1 + 5; 2 + 3; 4; 6), включая 2 пары объединенных подмножеств (рис. 3.6.1).

¹ Наследов А. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2013. С. 171–172.

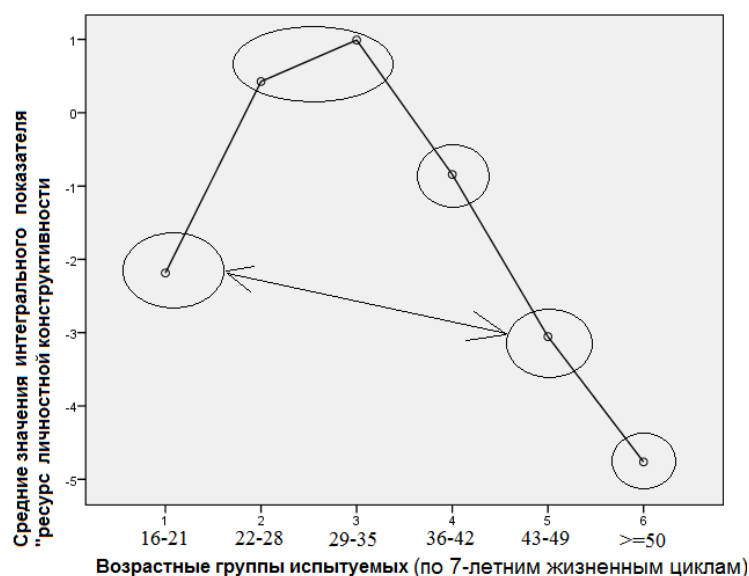


Рис. 3.6.1. Выраженность интегрального показателя «ресурс личностной конструктивности» (RLC) у обследованных мужчин в шести возрастных группах

После оценки нормальности распределения показателя в объединенной выборке решался вопрос о процедуре его перевода в Т-баллы: по формуле (при нормальном распределении) или с помощью принудительной нормализации распределения (при отличии распределения от нормального). С учетом того, что одна и та же возрастная группа может входить в два и более подмножеств, вопрос об окончательном ее отнесении к одному из них решался нами на основе показателей таблицы апостериорных множественных сравнений (табл. 3.6.4, 3.6.5).

Подобного рода операции были проделаны нами в отношении всех 7-ми интегральных показателей ПОЛО «Ресурс» — 2012, отдельно для сотрудников ОВД мужского и женского пола, после чего полученные данные интегральных показателей каждой возрастной группы мужских и женских институциональных выборок ($n_m=13344$; $n_f=5094$) были подвергнуты процедуре процентильного разбиения на 7 категорий: 4 основных (I, II, III, IV) и 3 промежуточных (I-II, II-III, III-IV). Для этой цели в опции «частоты» программы SPSS Statistics задавались следующие проценти: 15, 25, 35, 55, 75, 85, 95. Значения интегральных показателей ПОЛО «Ресурс» в рамках указанных процентилей позволяют отнести испытуемого к определенной группе. Например, выявление у обследуемого молодого возраста (моложе 22-х лет) значения RLC на уровне 5 Т-баллов (табл. 3.6.6) позволяют отнести его ко II группе ресурса личностной конструктивности (GRLC).

Таблица 3.6.4

Множественные сравнения методом Тьюки

Зависимая переменная	(I) возр. гр.	(J) возр. гр.	(I-J)-я разность средних	Стд. ошибка	Знч. (p)	95 % доверительный интервал	
						нижняя граница	верхняя граница
RPPZ	1	2	-2,612*	,638	,001	-4,43	-,79
		3	-3,177*	,633	,000	-4,98	-1,37
		4	-1,344	,627	,265	-3,13	,44
		5	,868	,657	,774	-1,01	2,74
		6	2,578*	,803	,017	,29	4,87
	2	1	2,612*	,638	,001	,79	4,43
		3	-,565	,317	,475	-1,47	,34
		4	1,268*	,304	,000	,40	2,13
		5	3,480*	,363	,000	2,45	4,51
		6	5,190*	,587	,000	3,52	6,86
	3	1	3,177*	,633	,000	1,37	4,98
		2	-,565	,317	,475	-,34	1,47
		4	1,833*	,294	,000	1,00	2,67
		5	4,045*	,354	,000	3,04	5,05
		6	5,755*	,582	,000	4,10	7,41
	4	1	1,344	,627	,265	-,44	3,13
		2	-1,268*	,304	,000	-2,13	-,40
		3	-1,833*	,294	,000	-2,67	-1,00
		5	2,212*	,343	,000	1,24	3,19
		6	3,922*	,575	,000	2,28	5,56
	5	1	-,868	,657	,774	-2,74	1,01
		2	-3,480*	,363	,000	-4,51	-2,45
		3	-4,045*	,354	,000	-5,05	-3,04
		4	-2,212*	,343	,000	-3,19	-1,24
		6	1,710	,608	,055	-,02	3,44
	6	1	-2,578*	,803	,017	-4,87	-,29
		2	-5,190*	,587	,000	-6,86	-3,52
		3	-5,755*	,582	,000	-7,41	-4,10
		4	-3,922*	,575	,000	-5,56	-2,28
		5	-1,710	,608	,055	-3,44	,02

Таблица 3.6.5

Однородные подмножества средних RLC (по Тьюки)

Возр. гр.	N	Подмножество для альфа = 0.05 (m)				
		1	2	3	4	5
6	542	-4,76				
5	2018		-3,05			
1	446		-2,19	-2,19		
4	4023			-,84	-,84	
2	2965				,43	,43
3	3350					,99
Знч.		1,000	,586	,122	,169	,899

Таблица 3.6.6

Интервалы значений показателя RLC для определения групп
ресурса личностной конструктивности (GRLC)
сотрудников мужского пола с учетом возрастных градаций

GRLC	Процен- тиль	Группа (возраст, лет)					
		1 (<22)	2 (22–28)	3 (29–35)	4 (36–42)	5 (43–49)	6 (>49)
I (1)	> 85	> 10	> 13	> 13	> 12	> 10	> 9
I–II (1,5)	85	< 11	< 14	< 14	< 13	< 11	< 10
II (2)	75	< 7	< 10	< 10	< 9	< 7	< 5
II–III (2,5)	55	< 0	< 3	< 3	< 2	< 0	< -2
III (3)	35	< -7	< -3	< -3	< -4	< -7	< -9
III–IV (3,5)	25	< -10	< -6	< -6	< -8	< -10	< -12
IV (4)	15	< -15	< -11	< -11	< -13	< -15	< -17

Следует отметить, что расширение числа градаций с 4-х до 7-ми вызвано часто встречаемыми в практике случаями, когда испытуемого трудно однозначно отнести к одной из 4-х групп. Так, например, при значении показателя $RLC_{(Tb)}$ в 11 Т-баллов испытуемые 1-й, 5-й и 6-й возрастных категорий получали принадлежность к I (высшей) GRLC, в то время как испытуемые 2-й, 3-й и 4-й возрастных категорий — к промежуточной I-II GRLC.

Аналогичные алгоритмы с учетом возрастных параметров были разработаны нами для градаций на группы сотрудников мужского и женского пола для оставшихся 6-ти интегральных показателей (прилож. 5).

3.7. Решающие правила для определения итогового показателя профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД на основе интегральных показателей ПОЛО «Ресурс»

3.7.1. Факторная модель итогового показателя профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД

Логика рассуждений требовала приведения значений групп (категорий) 7-ми полученных интегральных показателей Я-структуры личности ПОЛО «Ресурс» — 2012 (3-х вариантов групп личностной конструктивности; 3-х вариантов групп субъектно-профессиональной идентичности и группы профессионально-психологической успешности) к итоговому показателю GPPZ — *группе профессионального психологического здоровья* (рис. 3.7.1.1).

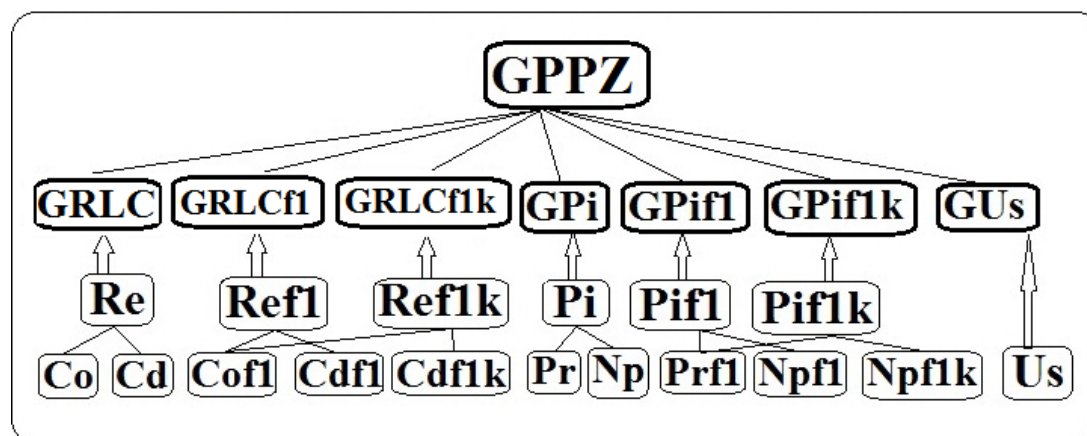


Рис. 3.7.1.1. Схема определения итогового показателя «группа профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД» на основе интегральных индексов и показателей интегральных шкал ПОЛО «Ресурс»

Самый простой способ расчета — это вычисление средней группы от групп 7-ми интегральных показателей Я-структуры личности. Однако мы предположили, что их вклад в итоговую оценку может быть неравнозначным. Для проверки данной гипотезы нами был проведен анализ взаимозависимости 7-ми итоговых переменных, определенных с учетом возрастной категории сотрудников ($n=13344$), в ходе которого использовалась факторная модель выделения «максимального правдоподобия». Указанные переменные за 8 итераций были объединены в один фактор, названный нами «группа профессионального психологического здоровья». На целесообразность выполнения факторного анализа в данном случае указывали высокие значения критерия адекватности выборки

Кайзера-Мейера-Олкина ($KMO = 0,89$) и критерия сферичности Бартлетта ($p < 0,001$). Доля дисперсии, обусловленная полученным фактором, составила 76,6 %.

Поскольку значения интегрального фактора профессионального психологического здоровья (FPPZ) для каждого испытуемого рассчитываются программой SPSS¹ в Z-приведении, с помощью описанной выше процедуры процентильной градации (табл. 3.6.6) испытуемых мужской и женской институциональных выборок ($n_m = 13\,344$; $n_{ж} = 4\,616$) нами были выделены интервалы его значений для определения групп профессионального психологического здоровья (GPPZ) сотрудников ОВД. Для этого, как и в вышеописанном случае с алгоритмами определения классов (групп) интегральных показателей, нами использовалась 7-уровневая градация, включающая 4 основные и 3 промежуточные группы.

Иными словами, весь полученный диапазон значений фактора профессионального психологического здоровья (FPPZ), полученного на мужской и на женской выборках последовательно был разделен на семь уровней (табл. 3.7.1.1). При этом более высоким Z-значениям показателя GPPZ соответствовал более высокий показатель группы, указывающий на более низкий уровень профессионального психологического здоровья сотрудника, и наоборот.

Таблица 3.7.1.1

Интервалы Z-значений показателя FPPZ для определения групп профессионального психологического здоровья (GPPZ) сотрудников ОВД

Группа	Процентиль	Z-значение показателя FPPZ (мужчины)	Z-значение показателя FPPZ (женщины)
I	<16	<-1,17	<-1,12
I-II	<26	<-0,79	<-0,77
II	<36	<-0,49	<-0,48
II-III	<56	<0,07	<0,05
III	<76	<0,86	<0,80
III-IV	<86	<1,35	<1,29
IV	> 85	> 1,34	> 1,28

¹ Наследов А. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ ... С. 257–272.

Факторная модель итогового показателя профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД подтвердила нашу гипотезу о неравнозначности вклада в него каждого из 7-ми интегральных показателей ПОЛО «Ресурс». Однако практическое использование данной модели затруднено громоздкостью расчета значения интегрального фактора профессионального психологического здоровья (FPPZ) для каждого испытуемого, осуществляемого программой IBM SPSS Statistics в Z-приведении. В связи с этим на следующем этапе разработка решающих правил для автоматизированной экспертной системы оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД осуществлялась нами с помощью регрессионного анализа.

3.7.2. Регрессионная модель итогового показателя профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД

Полученный в результате 7-интервальной процентильной градации Z-значений «фактора профессионального психологического здоровья» (FPPZ) показатель «группа профессионального психологического здоровья» (GPPZ) использовался нами как в качестве зависимой метрической переменной, для получения формулы его расчета на основе уравнения множественной регрессии, в котором в качестве независимых переменных были использованы семь 7-уровневых интегральных показателей Я-структуры личности.

Как известно, общее назначение множественного регрессионного анализа состоит в оценке вклада (β коэффициента) каждой независимой переменной в предсказание зависимой переменной. Полученный в результате его применения коэффициент множественной корреляции ($R = 0,985$) отражает высокий уровень их связи (значим на уровне $p < 0.001$), а коэффициент детерминации ($R^2 = 0,97$) свидетельствует о том, что 97 % дисперсии зависимой переменной обусловлены влиянием независимых интегральных психодиагностических показателей. Все 7 стандартных коэффициентов регрессии (β) имеют высокий уровень статистической значимости ($p < 0,001$), свидетельствующий о достоверном вкладе каждого из них в итоговую оценку испытуемого (табл. 3.7.2.1).

Таблица 3.7.2.1

*Результаты множественного регрессионного анализа
интегральных психодиагностических показателей ПОЛО «Ресурс»*

		Нестандартизо- ванные коэффициенты		Стандар- тизов. коэф-ты			Статистики коллинеарности	
		В	Стд. ошибка	Бета			Толеран- тность	КРД
Модель	(Констан- та)	– ,038	,004		–8,747	,000		
	GrUsv	,030	,002	,030	12,797	,000	,410	2,44
	GRLCv	,088	,005	,089	18,967	,000	,099	10,12
	GRLCf1v	,369	,006	,374	57,877	,000	,052	19,09
	GRLCf1k v	,156	,005	,158	29,361	,000	,076	13,21
	GPiv	,073	,004	,075	16,429	,000	,106	9,41
	GPIf1v	,237	,006	,238	40,163	,000	,062	16,06
	GPIf1kv	,068	,005	,069	14,012	,000	,091	11,02

Полученное *регрессионное уравнение* для расчета итогового показателя (группы) профессионального психологического здоровья испытуемых мужского пола с учетом возраста, имело следующий вид:

$$GPPZ_v = 0,03 * GPPUs_v + 0,088 * GRLC_v + 0,369 * GRLCf1_v + 1,156 * GRLCf1k_v + 0,073 * GSPi_v + 0,237 * GSPif1_v + 0,068 * GSPif1k_v - 0,038$$

где: $GPPZ_v$ — итоговый показатель (группа) профессионального психологического здоровья испытуемого с учетом возраста;

$GRLC_v$ — группа ресурса личностной конструктивности испытуемого с учетом возраста;

$GRLCf1_v$ — группа ресурса конструктивности ядра личности испытуемого с учетом возраста;

$GRLCf1k_v$ — группа ресурса конструктивности ядра личности испытуемого с коррекцией с учетом возраста;

$GSPi_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности испытуемого с учетом возраста;

$GSPif1_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности испытуемого с учетом возраста;

$GSPif1k_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности испытуемого с коррекцией с учетом возраста;

$GPPUs_v$ — группа профессионально-психологической успешности испытуемого с учетом возраста;

–0,038 — константа.

Из представленной формулы видно, что наибольший вклад в переменную «группа профессионального психологического здоровья» принадлежит показателям «группа ресурса конструктивности ядра личности» и «группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности».

Предварительный проведенный однофакторный ANOVA интегрального фактора профессионально-психологического здоровья (множественные сравнения методом Тамхейна) показал отсутствие достоверных различий его значений у представителей разных возрастных групп испытуемых, что указывало на нецелесообразность разработки для каждой из них отдельных регрессионных уравнений.

Подобным образом было также получено регрессионное уравнение для расчета итоговой категории (группы) профессионального психологического здоровья испытуемых женского пола с учетом возраста, выглядевшее следующим образом:

$$GPPZ_v = 0,231*GRLC_v + 0,257*GRLCf1_v + 0,003*GRLCf1k_v + 0,151*GPi_v + 0,321*GPif1_v + 0,045*GPif1k_v + 0,04*GUs_v - 0,106$$

Сравнение коэффициентов в формулах расчета итоговых групп профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД мужского и женского пола показывает незначительные гендерные отличия вкладов в них интегральных показателей Я-структуры личности. Так, наибольший вклад в итоговую группу профессионального психологического здоровья у мужчин вносят показатель ресурса личностной конструктивности ядра личности с коррекцией (регрессионный коэффициент = 1,156) и этот же показатель без коррекции ($r_k = 0,369$), в то время как в итоговой группе профессионального психологического здоровья у женщин максимальный вклад принадлежит интегральному показателю субъектно-профессиональной идентичности ядра личности ($r_k = 0,321$), а также показателям ресурса конструктивности ядра личности ($r_k = 0,257$) и общего показателя ресурса личностной конструктивности ($r_k = 0,231$).

3.7.3. Дискриминантная модель итогового показателя профессионального-психологического здоровья сотрудника ОВД

Поскольку полученный при расчете по указанной регрессионной формуле показатель GPPZv (группа профессионального психологического здоровья) является метрической зависимой переменной, то для отнесения испытуемого к одной из четырех итоговых групп профессионального психологического здоровья (табл. 7.3.3.5), полученный показатель приходилось округлять до целого числа, то есть переводить таким образом его из количественной переменной в номинативную. Поскольку данный способ получения итоговой номинативной переменной является усредненным, и может приводить к погрешности отнесения испытуемого к одному из соседних классов градаций (групп) в качестве альтернативы множественного регрессионного анализа нами также использовался дискриминантный анализ, позволяющий предсказывать (классифицировать) принадлежность испытуемого к одной из известных групп (номинативной шкале) на основе имеющихся метрических (дискриминантных) переменных, в качестве которых выступали 7-уровневые градации семи интегральных показателей Я-структуры личности.

Задачами дискриминантного анализа, как метода классификации с обучением и метода распознавания образов, являлось получение решающих правил, позволяющих по значениям дискриминантных переменных отнести с известной вероятностью каждого испытуемого к одной из 4-х итоговых групп, а также определение «веса» каждой дискриминантной переменной для разделения испытуемых на группы.

Несмотря на то, что дискриминантный анализ считается одним из наиболее сложных видов анализа данных, его преимуществом по сравнению с множественным регрессионным анализом является: 1) более выраженная универсальность, позволяющая любое измерение свести к шкале наименований и избежать требования нормальности распределения «зависимой» переменной; 2) более высокая прогностическая эффективность; 3) возможность проведения более глубокого исследования различий между градациями «зависимой» переменной и влияния на нее «независимых» переменных¹.

В качестве меры достоверности различения классов при помощи данного набора переменных нами использовался критерий λ -Уилкса

¹ Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования... С. 283–284.

и χ^2 -тест, позволяющий определить статистическую достоверность такого различия.

Как и при построении вышеописанных решающих правил на основе множественного регрессионного анализа, в качестве зависимой переменной для «обучения» дискриминантного классификатора (распознавателя образов) нами использовался номинативный показатель группы (класса), полученный на основе процентильного разбиения с последующей группировкой z-приведенного значения показателя интегрального фактора профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД (FPPZ). Однако в данном случае нами использовалась не 7-уровневая, а итоговая 4-уровневая градация, соответствующая общепринятой градации сотрудников на 4 группы профессионально-психологической пригодности¹.

Наиболее проблемным в данной процедуре являлось установление границ этих групп (объединенных градаций), так как правильность данного шага во многом определяет прогностическую валидность дискриминантного решающего правила, особенно при дифференцировке отнесения испытуемого к одной из смежных групп.

В этой связи нами были составлены и проанализированы на предмет совпадений результатов предсказанной принадлежности к данной группе профессионально-психологической надежности по результатам кросс-проверки дискриминантных решающих правил 10 различных вариантов градаций испытуемых на 4 номинативные группы на основе процентильного разбиения (табл. 3.7.3.1).

¹ Положение о порядке профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации // Постановление Правительства Российской Федерации от 06.12.12 № 1259 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации».

Таблица 3.7.3.1

Варианты градаций испытуемых на номинативные группы и процент совпадений результатов предсказанной принадлежности к одноименной группе профессионального психологического здоровья по результатам кросс-проверки дискриминантных решающих правил

<i>Г р.</i>	<i>Var.1 (%)</i>	<i>Var.2 (%)</i>	<i>Var.3 (%)</i>	<i>Var.4 (%)</i>	<i>Var.5 (%)</i>	<i>Var.6 (%)</i>	<i>Var.7 (%)</i>	<i>Var.8 (%)</i>	<i>Var.9 (%)</i>	<i>Var.10 (%)</i>
1	<26 (99,4)	<16 (98,2)	<16 (98,7)	<16 (99,9)	<16 (100,0)	<16 (100,0)	<16 (100,0)	<16 (100,0)	<21 (100,0)	<16 (100,0)
2	<51 (93,3)	<36 (96,4)	<46 (97,1)	<51 (95,3)	<61 (91,6)	<69,1 (88,2)	<68 (88,9)	<76 (88,7)	<68 (89,2)	<71 (89,2)
3	<76 (86,8)	<76 (88,6)	<86 (79,5)	<86 (81,0)	<86 (89,6)	<86 (91,2)	<86 (91,2)	<86 (69,8)	<81 (93,6)	<91 (97,2)
4	>75 (97,1)	>75 (99,9)	>85 (100,0)	>85 (100,0)	>85 (100,0)	>85 (99,2)	>85 (99,8)	>85 (97,9)	>80 (98,7)	>89 (85,4)
Σ	95,4	94,4	90,6	91,6	93,6	92,1	92,7	89,8	93,8	92,1

Примечание: верхнее число со знаком < или > означает процентильную границу группы; в скобках указан процент совпадений результатов предсказанной принадлежности к данной группе профессионального психологического здоровья по результатам кросс-проверки; Σ — общий процент правильно классифицированных перекрестно-проверяемых сгруппированных наблюдений.

В результате проведенного эмпирического исследования предпочтение было отдано 7-му варианту градаций, в соответствии с которым весь полученный диапазон значений фактора был разделен на четыре уровня: 1) группа низких значений ($F_1 < -1,17$), что соответствует <16 процентилям; 2) группа средне-нормативных значений ($-1,16 < F_2 < 0,4$) или 16–67 процентилям; 3) группа повышенных значений ($0,3 < F_3 < 1,35$) или 68–85 процентилям; 4) группа высоких значений ($F_3 > 1,34$) или >85 процентилям. При таком разбиении полярные группы (1-я и 4-я) отличалась более чем на 2σ , а 1-я от 3-й — на $1,5\sigma$. В соответствии с этими уровнями значений испытуемые были условно разделены на 4 группы профессионального психологического здоровья (GPPZ).

Нами применялся пошаговый метод дискриминантного анализа, при котором переменные включались в него на основе улучшения качества различения классов (минимизации коэффициента λ -Уилкса после включения в уравнение каждого нового предиктора)¹. В качестве критерия для включения и исключения переменных по умолчанию использо-

¹ Наследов А. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. С. 289–303.

валось заданное пороговое значение F -критерия (для включения — $F > 3,84$, соответствующее уровню значимости $p < 0,05$; для исключения — $F < 2,71$, соответствующее уровню значимости $p < 0,1$).

Дополнением к задаче классификации является анализ расстояний между классами, позволяющий определить, насколько существенно классы различаются по выбранным для анализа дискриминантным переменным на основе вычисления значения F -критерия Фишера и p -уровня статистической значимости расстояния.

Несмотря на многообразие существующих статистических критериев, основным показателем качества классификации является процент совпадения действительной классификации «известных» объектов и их классификации при помощи канонических и линейных дискриминантных функций.

Результаты проведенного дискриминантного анализа психологических данных сотрудников ОВД мужского пола ($n_m = 7\,066$) показали, что достоверно значимые различия между групповыми средними (коэффициенты λ -Уилкса, F -критерий и уровни значимости) установлены для всех 7-ми переменных дискриминантной функции ($p < 0,0001$). При пошаговом включении в уравнение вошли все 7 переменных с достаточным уровнем толерантности ($>0,1$) и значением F -критерия, превышающим пороговое ($F > 2,71$). На первом этапе анализа была выделена одна наиболее информативная каноническая функция (% объясненной дисперсии = 99,8; каноническая корреляция = 0,94), включающая все 7 дискриминантных переменных и обладающая высокой дискриминативной способностью (λ -Уилкса = 0,111; $\chi^2 = 15\,518,48$; $p < 0,0001$).

С помощью таблицы нормированных коэффициентов канонической дискриминантной функции был определен относительный вклад каждой переменной в предсказательную способность прогностической модели дифференцировать испытуемых 4-х групп профессионального психологического здоровья, с учетом влияния остальных переменных.

По значениям коэффициентов вклада дискриминантные переменные были проранжированы в следующем порядке: 1) группа конструктивного ресурса ядра личности с коррекцией (0,253); 2) группа ресурса личностной конструктивности (0,235); 3) группа субъектно-профессиональной идентичности (0,231); 4) группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности с коррекцией (0,223);

5) группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности (0,209); 6) группа профессионально-психологической успешности (0,201); 7) группа ресурса конструктивности ядра личности (0,177).

С помощью полученных коэффициентов была построена прогностическая модель канонической линейной дискриминантной функции, разделяющей испытуемых на 4 группы профессионального психологического здоровья:

$$Y_D = 0,253 * X_{D1} + 0,235 * X_{D2} + 0,231 * X_{D3} + 0,223 * X_{D4} + 0,209 * X_{D5} + 0,201 * X_{D6} + 0,177 * X_{D7}$$

где: Y_D — значение канонической линейной дискриминантной функции; ($X_{D1} - X_{D7}$) — значения вышеуказанных дискриминантных переменных.

На последующем этапе анализа были рассчитаны координаты центроидов групп (значений функции, получаемых при подстановке в дискриминантное уравнение средних значений предикторов), позволяющие интерпретировать канонические функции относительно их роли в дифференциации групп. Данный расчет показал, что на отрицательном полюсе оказались значения 1 (–4,178) и 2 (–0,999) групп, в то время как на положительном — значения 4 (4,943) и 3 (2,428) групп; то есть меньшему значению функции соответствовали лучшие показатели профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД. Принадлежность испытуемого к той или иной группе в данной модели определяется наибольшей близостью значения индивидуально рассчитанной канонической линейной дискриминантной функции к значению центроида одной из 4-х групп.

На графике изображены групповые центроиды и объекты в осях канонических функций, что помогает интерпретировать последние и визуально оценить качество классификации по плотности объектов внутри каждого класса и по отчетливости границ между классами (рис. 3.7.3.1).

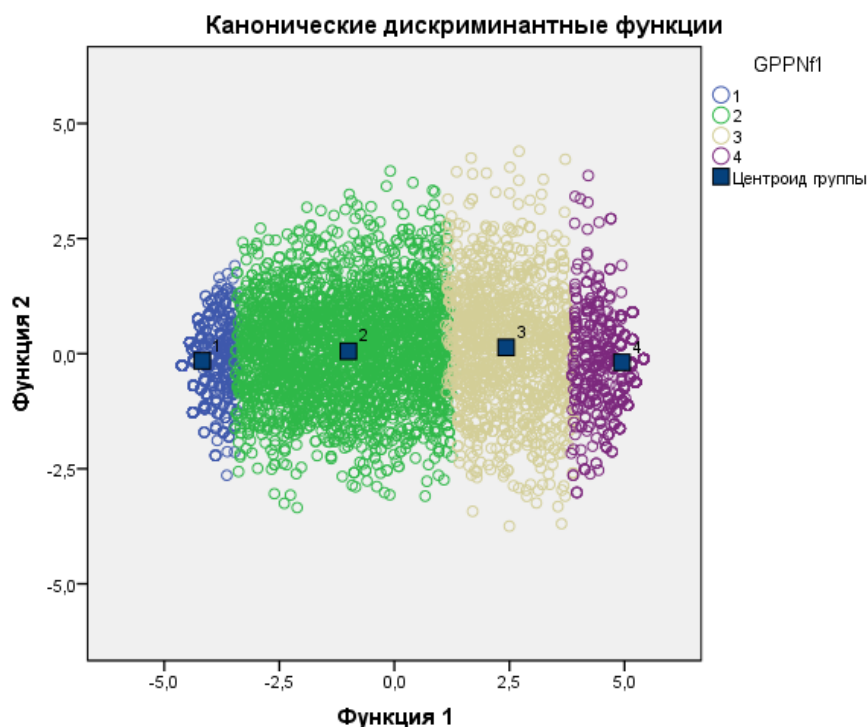


Рис. 3.7.3.1. Графическое изображение канонических дискриминантных функций для совмещенных групп (мужская выборка)

На следующем этапе дискриминантного анализа производился расчёт коэффициентов классифицирующей функции и осуществлялась проверка результатов классификации (табл. 3.7.3.2 и 3.7.3.3).

Таблица 3.7.3.2

Коэффициенты классифицирующей функции прогностической модели определения групп профессионально-психологической надежности сотрудников ОВД мужского пола

Индекс*	Дискриминантные переменные	Коэффициенты классифицирующей функции			
		1 группа (n=1098)	2 группа (n=3645)	3 группа (n=1294)	4 группа (n=1029)
X ₁	GRLC _v	1,68	3,23	5,09	6,17
X ₂	GRLCfl _v	0,83	2,27	3,99	4,76
X ₃	GRLCflk _v	2,03	4,00	6,13	7,28
X ₄	GSPi _v	2,52	4,03	5,48	7,12
X ₅	GSPifl _v	0,66	2,51	4,04	5,47
X ₆	GSPiflk _v	2,63	3,60	5,18	6,92
X ₇	GPPUs _v	2,53	3,89	5,07	5,67
	(Константа)	-9,38	-25,33	-56,08	-85,51

Примечание:

$GRLC_v$ — группа ресурса личностной конструктивности испытуемого с учетом возраста;

$GRLCfl_v$ — группа ресурса конструктивности ядра личности испытуемого с учетом возраста;

$GRLCflk_v$ — группа ресурса конструктивности ядра личности испытуемого с коррекцией с учетом возраста;

$GSPi_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности испытуемого с учетом возраста;

$GSPifl_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности испытуемого с учетом возраста;

$GSPiflk_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности испытуемого с коррекцией с учетом возраста;

$GPPUs_v$ — группа профессионально-психологической успешности испытуемого с учетом возраста.

На основе полученных коэффициентов функции для каждой группы (класса) были построены линейные классифицирующие дискриминантные функции:

$$Y_1 = 1,68 * X_1 + 0,83 * X_2 + 2,03 * X_3 + 2,52 * X_4 + 0,66 * X_5 + 2,63 * X_6 + 2,53 * X_7 - 9,38$$

$$Y_2 = 3,23 * X_1 + 2,27 * X_2 + 4,00 * X_3 + 4,03 * X_4 + 2,51 * X_5 + 3,60 * X_6 + 3,89 * X_7 - 25,33$$

$$Y_3 = 5,09 * X_1 + 3,99 * X_2 + 6,13 * X_3 + 5,48 * X_4 + 4,04 * X_5 + 5,18 * X_6 + 5,07 * X_7 - 56,08$$

$$Y_4 = 6,17 * X_1 + 4,76 * X_2 + 7,28 * X_3 + 7,12 * X_4 + 5,47 * X_5 + 6,92 * X_6 + 5,67 * X_7 - 85,51$$

где: $Y_1, \dots, Y_4$ — значение зависимой переменной классифицирующей функции, описывающее данную группу; $X_1, \dots, X_7$ — значение независимых переменных дискриминантных функций (табл. 3.7.3.2).

Экспертное решение об отнесении обследуемых к той или иной группе принимается посредством сравнения значений соответствующих им функций: значение какой из них больше, к той группе и относится испытуемый.

Проверка результатов классификации показала, что общая прогностичность предлагаемой дискриминантной модели составляет 92,7 %, в том числе 1-й группы — 100 %, 2-й группы — 88,9 %, 3-й группы — 91,3 % и 4-й группы — 99,8 % (табл. 3.7.3.3).

Таблица 3.7.3.3

*Результаты классификации сотрудников ОВД мужского пола
по группам профессионального психологического здоровья
с помощью разработанной дискриминантной прогностической модели*

Выборки	Параметры	Группа	Предсказанная принадлежность к группе				Итого
			1	2	3	4	
Исходные	Частота	1	1098	0	0	0	1098
		2	265	3261	119	0	3645
		3	0	0	1251	43	1294
		4	0	0	10	1019	1029
	% ^{a)}	1	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
		2	7,3	89,5	3,3	0,0	100,0
		3	0,0	0,0	96,7	3,3	100,0
		4	0,0	0,0	1,0	99,0	100,0
Кросс-проверенные ^{b)}	Частота	1	1098	0	0	0	1098
		2	266	3257	122	0	3645
		3	0	0	1250	44	1294
		4	0	0	11	1018	1029
	% ^{c)}	1	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
		2	7,3	89,4	3,3	0,0	100,0
		3	0,0	0,0	96,6	3,4	100,0
		4	0,0	0,0	1,1	98,9	100,0

Примечание: а) 93,8 % исходных сгруппированных наблюдений классифицировано правильно; б) Кросс-проверка проводилась только для наблюдений в анализе. При кросс-проверке каждое наблюдение классифицировалось функциями, выведенными по всем наблюдениям, за исключением его самого; с) 93,7 % перекрестно-проверяемых сгруппированных наблюдений классифицировано правильно.

Результаты проведенного дискриминантного анализа психологических данных сотрудников ОВД женского пола ($n_{\text{ж}} = 4\,616$) также показали, достоверно значимые различия между групповыми средними (коэффициенты λ -Уилкса, F -критерий и уровни значимости), установленные для всех семи переменных дискриминантной функции ($p < 0,0001$), которые при пошаговом включении вошли в уравнение с достаточным уровнем толерантности ($>0,1$) и значением F -критерия, превышающим пороговое ($F > 2,71$). Выделенная наиболее информативная каноническая функция (% объясненной дисперсии = 99,2; каноническая корреляция = 0,94) включала все 7 дискриминантных пере-

менных и обладала высокими показателями дискриминативной способности (λ -Уилкса = 0,111; $\chi^2 = 10\,140,29$; $p < 0,0001$).

С помощью таблицы нормированных коэффициентов был определен относительный вклад каждой переменной в предсказательную способность прогностической модели дифференцировать испытуемых 4-х групп профессионального психологического здоровья, с учетом влияния остальных переменных.

По значениям коэффициентов канонической дискриминантной функции относительный вклад переменных в предсказательную способность прогностической модели отличался от таковых у сотрудников мужского пола, что отразилось и на порядке их ранжирования: 1) группа ресурса конструктивности ядра личности (0,321); 2) группа ресурса конструктивности ядра личности с коррекцией (0,319); 3) группа профессионально-психологической успешности (0,301); 4) группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности (0,298); 5) группа субъектно-профессиональной идентичности (0,231); 6) группа ресурса личностной конструктивности (0,247); 7) группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности с коррекцией (0,221). Соответственно прогностическая модель канонической линейной дискриминантной функции, разделяющей испытуемых женского пола на 4 группы профессионального психологического здоровья, имела следующий вид:

$$Y_D = 0,321 * X_{D1} + 0,319 * X_{D2} + 0,301 * X_{D3} + 0,298 * X_{D4} + 0,231 * X_{D5} + 0,247 * X_{D6} + 0,221 * X_{D7}$$

где: Y_D — значение канонической линейной дискриминантной функции; ($X_{D1} - X_{D7}$) — значения вышеуказанных дискриминантных переменных.

Координаты центроидов групп женской и мужской выборки фактически не отличались: на отрицательном полюсе также расположились значения 1 (— 4,245) и 2 (—0,918) групп, на положительном — 4 (4,671) и 3 (2,423) групп.

Плотность объектов внутри каждой группы и отчетливость границ между ними на графическом изображении групповых центроидов и объектов в осях канонических функций (рис. 3.7.3.2), указывают на высокое качество классификации.

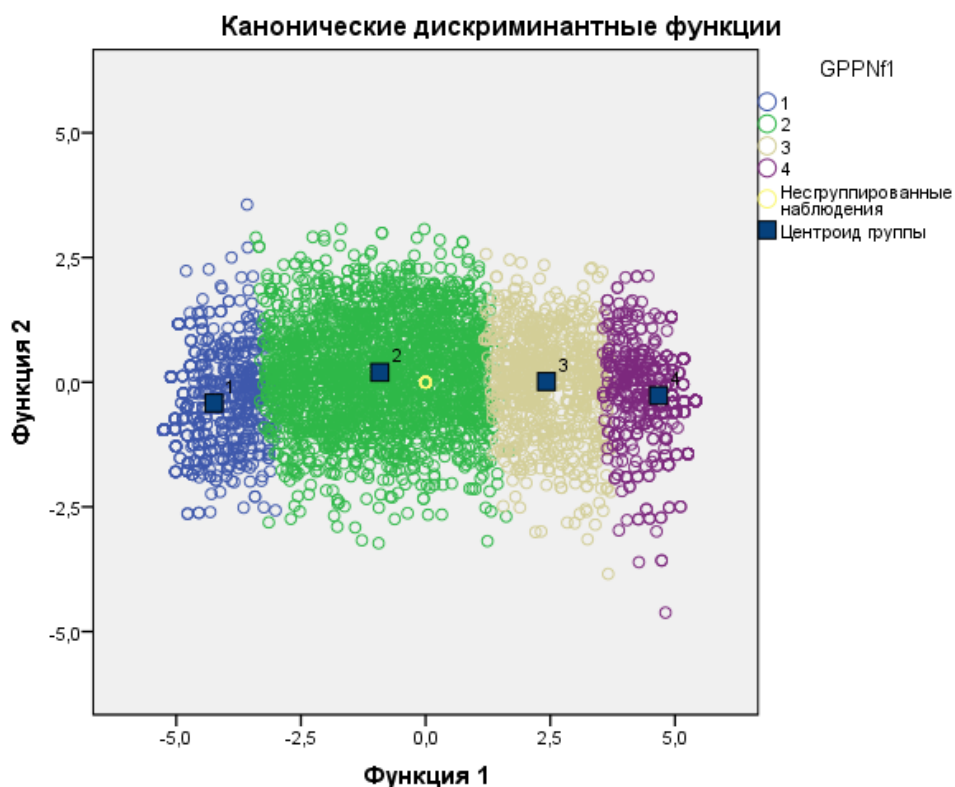


Рис. 3.7.3.2. Графическое изображение канонических дискриминантных функций для совмещенных групп (женская выборка)

На следующем этапе дискриминантного анализа производился расчёт коэффициентов классифицирующей функции (табл. 3.7.3.4) и осуществлялась проверка результатов классификации.

Таблица 3.7.3.4

Коэффициенты классифицирующей функции прогностической модели определения групп профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД мужского пола

Индекс*	Дискриминантные переменные	Коэффициенты классифицирующей функции			
		1 группа (n=710)	2 группа (n=2390)	3 группа (n=834)	4 группа (n=682)
X ₁	GRLC _v	3,419	5,288	6,415	7,745
X ₂	GRLCfl _v	2,417	5,396	7,813	8,799
X ₃	GRLCflk _v	2,231	2,827	4,613	6,340
X ₄	GSPi _v	3,176	4,378	6,212	7,399
X ₅	GSPifl _v	,810	2,317	4,692	6,544
X ₆	GSPiflk _v	3,200	5,519	6,081	6,232
X ₇	GPPUs _v	1,494	2,976	4,684	5,427
	(Константа)	–13,092	–33,254	–65,937	–93,740

Примечание:

$GRLC_v$ — группа ресурса личностной конструктивности испытуемого с учетом возраста;

$GRLCfl_v$ — группа ресурса конструктивности ядра личности испытуемого с учетом возраста;

$GRLCflk_v$ — группа ресурса конструктивности ядра личности испытуемого с коррекцией с учетом возраста;

$GSPi_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности испытуемого с учетом возраста;

$GSPifl_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности испытуемого с учетом возраста;

$GSPiflk_v$ — группа субъектно-профессиональной идентичности ядра личности испытуемого с коррекцией с учетом возраста;

$GPPUs_v$ — группа профессионально-психологической успешности испытуемого с учетом возраста.

На основе полученных коэффициентов функции для каждой группы (класса) были построены линейные классифицирующие дискриминантные функции:

$$Y_1 = 3,42 * X_1 + 2,42 * X_2 + 2,23 * X_3 + 3,18 * X_4 + 0,81 * X_5 + 3,2 * X_6 + 1,49 * X_7 - 13,09$$

$$Y_2 = 5,29 * X_1 + 5,40 * X_2 + 2,83 * X_3 + 4,38 * X_4 + 2,32 * X_5 + 5,52 * X_6 + 2,98 * X_7 - 33,25$$

$$Y_3 = 6,42 * X_1 + 7,81 * X_2 + 4,61 * X_3 + 6,21 * X_4 + 4,69 * X_5 + 6,08 * X_6 + 4,68 * X_7 - 65,93$$

$$Y_4 = 7,75 * X_1 + 8,80 * X_2 + 6,34 * X_3 + 7,4 * X_4 + 6,54 * X_5 + 6,23 * X_6 + 5,43 * X_7 - 93,74$$

где: $Y_1, \dots, Y_4$ — значение зависимой переменной классифицирующей функции, описывающее данную группу; $X_1, \dots, X_7$ — значение независимых переменных дискриминантных функций (табл. 3.7.3.4).

Общая прогностичность полученной дискриминантной классификационной модели для сотрудников женского пола незначительно превысила прогностичность мужской модели и составила 94,1 %, в том числе 1-й группы — 99,9 %, 2-й группы — 91,0 %, 3-й группы — 96,0 % и 4-й группы — 95,6 %.

Экспертное решение об отнесении каждого из обследуемых к конкретной группе также принималось по большему значению одной из 4-х функций.

Краткая содержательная трактовка групп профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД, определяемых на основе факторной, регрессионной и дискриминантной моделей оценки результатов обследования с помощью автоматизированной экспертно-диагностической системы ПОЛО «Ресурс» и выводимая при распечатке индивидуальной психограммы (рис. 3.7.3.1) приведена в таблице 3.7.3.5.

Гр:

Иванов Сергей Владимирович

дп: 24.01.1994

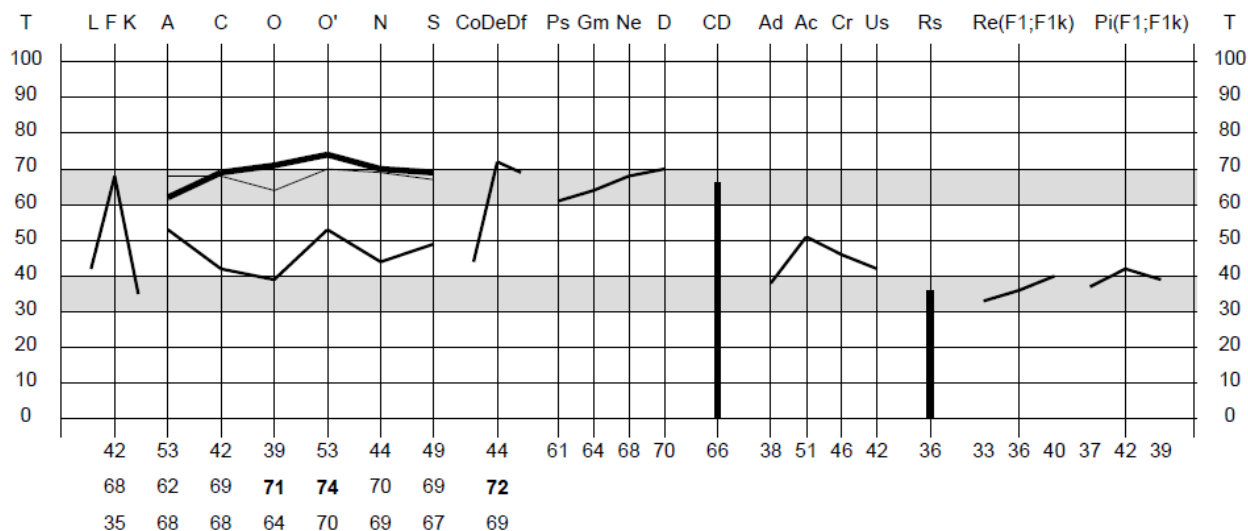


Рис. 3.7.3.1. Пример профиля Я-структуры личности и результатов автоматизированного заключения экспертно-диагностической системы ПОЛО «Ресурс»

1. Группа ресурса личностной конструктивности испытуемого с учетом возраста:
 - 1.1. общая (GRLC) = 4
 - 1.2. ядра личности (GRLCf1) = 4
 - 1.3. ядра личности с коррекцией (GRLCf1k) = 4
2. Группа субъектно-профессиональной идентичности испытуемого с учетом возраста:
 - 2.1. общая (GSPi) = 4
 - 2.2. ядра личности (GSPif1) = 3,5
 - 2.3. ядра личности с коррекцией (GSPif1k) = 2,5
3. Группа профессионально-психологической успешности испытуемого с учетом возраста (GPPU) = 3

Группа профессионально-психологического здоровья:

- а) по данным регрессионного анализа = 3,8;
- б) по данным дискриминантного анализа = 3

Итоговое заключение экспертно-диагностической системы:

3 группа (категория) профессионально-психологического здоровья (по параметрам ресурса личностной конструктивности, субъектно-профессиональной идентичности и профессионально-психологической успешности с учетом пола и возраста). В Я-структуре личности испытуемого отмечается умеренное преобладание деструктивно-дефицитарных компонентов Я-функций над конструктивными. Ресурс личностной идентичности (сбалансированности, гармоничности, адаптивно-компенсаторных возможностей и активности) снижен. Наличие отдельных признаков, свидетельствующих о личностном дисбалансе, дисгармоничности, декомпенсации, психологической неустойчивости, предпатологии, выраженность психической дезадаптации одного или нескольких типов (психосоматического, поведенческого, невротического, депрессивно-тормозимого и др.). Для более детальной характеристики и построения тактики организационно-коррекционных мероприятий требуется анализ индивидуального профиля Я-структуры личности, индивидуальное клинико-анамнестическое собеседование (клинический осмотр); при необходимости - ретестирование и (или) дополнительное обследование с использованием проективных, психофизиологических и др. психодиагностических методик.

Таблица 3.7.3.5

Итоговые группы профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД, определяемые на основе формализованного алгоритма оценки результатов обследования с помощью ПОЛО «Ресурс» — 2012

I ГППЗ	Высокий уровень профессионального психологического здоровья (по параметрам ресурса личностной конструктивности, профессиональной идентичности и профессионально-психологической успешности). В Я-структуре личности испытуемого отмечается выраженное преобладание конструктивных компонентов центральных Я-функций над деструктивно-дефицитарными. Конструктивный ресурс личностной идентичности (сбалансированности, гармоничности, адаптивно-компенсаторных возможностей и активности) высокий. Какие-либо психодиагностические признаки психопатологии отсутствуют
II ГППЗ	Средний уровень профессионального психологического здоровья (по параметрам ресурса личностной конструктивности, профессиональной идентичности и профессионально-психологической успешности). В Я-структуре личности отмечается примерная сбалансированность или незначительный дисбаланс конструктивных и деструктивно-дефицитарных компонентов Я-функций. Ресурс личностной идентичности (сбалансированности, гармоничности, адаптивно-компенсаторных возможностей и активности) соответствует средне-нормативным показателям. Признаки психопатологии не определяются. Возможно наличие отдельных деструктивно-дефицитарных тенденций в Я-структуре личности
III ГППЗ	Сниженный уровень профессионального психологического здоровья (по параметрам ресурса личностной конструктивности, профессиональной идентичности и профессионально-психологической успешности). В Я-структуре личности испытуемого отмечается умеренное преобладание деструктивно-дефицитарных компонентов Я-функций над конструктивными. Ресурс личностной идентичности (сбалансированности, гармоничности, адаптивно-компенсаторных возможностей и активности) снижен. Наличие отдельных признаков, свидетельствующих о личностном дисбалансе, дисгармоничности, декомпенсации, психологической неустойчивости, предпатологии, выраженность психической дезадаптации одного или нескольких типов (психосоматического, поведенческого, невротического, депрессивно-тормозимого и др.). Для более детальной характеристики и построения тактики организационно-коррекционных мероприятий требуется анализ индивидуального профиля Я-структуры личности, индивидуальное клинико-anamnestическое собеседование (клинический осмотр); при необходимости — ретестирование и (или) дополнительное обследование с использованием проективных, психофизиологических и др. психодиагностических методик

IV ГППЗ	Низкий уровень профессионального психологического здоровья (по параметрам ресурса личностной конструктивности, профессиональной идентичности и профессионально-психологической успешности). В Я-структуре личности испытуемого отмечается выраженное преобладание деструктивно-дефицитарных компонентов Я-функций над конструктивными. Ресурс личностной идентичности (сбалансированности, гармоничности, адаптивно-компенсаторных возможностей и активности) значительно снижен. Определяются психодиагностические маркеры возможных психопатологических отклонений, свидетельствующие о существенном личностном дисбалансе, дисгармоничности, декомпенсации, выраженности одного или нескольких типов психической дезадаптации (психосоматического, поведенческого, невротического, депрессивно-тормозимого и др.). Для более детальной характеристики и построения тактики организационно-коррекционных мероприятий обязателен углубленный анализ профиля Я-структуры личности, с поиском клинико-анамнестических коррелятов психопатологии, ложной (деструктивно-дефицитарной) профессиональной идентичности в процессе собеседования (клинического осмотра). По показаниям — ретестирование и (или) дополнительное обследование с использованием проективных, психофизиологических и др. психодиагностических методик, консультация клинического психолога, психиатра, психотерапевта
------------	---

Процентное соотношение групп профессионально-психологического здоровья, определенных в результате массового психодиагностического обследования позволяет получить обобщенную качественную характеристику состояния социального профессионального психологического здоровья любой группы (выборки, популяции) испытуемых в виде как одномоментных, так и динамических (лонгитудных, мониторинговых) «срезов», на основе чего оценивать и прогнозировать боеспособность подразделений¹, принимать адекватные организационные решения по ее повышению, осуществлять психо-профилактический и психологический «аудит» развивающего или профдеформирующего (социопатического) воздействия на личность профессиональной среды, как групподинамического поля межперсо-

¹ Кикоть В. Я., Шаповал В. А., Бондарук А. Ф. Концепция медико-психологического обеспечения сотрудников ОВД и военнослужащих внутренних войск МВД России как фактора повышения их боеспособности // 200 лет МВД: мат. межд. науч.-практ. конф. (С.-Петербург, 28–29 мая 1998 г.). СПб.: СПб акад. МВД России, 1998.

нальных взаимодействий и трансформации Я-идентичности субъектов профессиональной деятельности.

Например, по результатам 3-летних обследований кандидатов в военный институт внутренних войск с помощью психодиагностической системы ПОЛО «Ресурс» — 2006 (n=1201) у 17,57 % зачисленных на учебу был диагностирован высокий уровень профессионального психологического здоровья, у 69,11 % — средний и у 13,32 % — низкий (лица с IV ГППЗ, как правило, на учебу не принимались или объединялись с III ГППЗ).

Количественное соотношение групп профессионального психологического здоровья существенно зависит от степени требований к состоянию психологического здоровья, объективности его критериев, адекватности психодиагностической концепции, валидности и надежности используемых психодиагностических методов обследования, опыта и компетентности специалистов, отношения руководства к результатам психологического отбора и степени значимости этих результатов в ряду других компонентов профотбора для принятия окончательного организационного решения, конкурса и других факторов. Так, при низких требованиях к психологическому здоровью (например, ввиду низкого конкурса) и ограниченных возможностях методов психодиагностики происходит сдвиг оценок в сторону гиподиагностики (нераспознавания) психопатологических проявлений. В этом случае подавляющее большинство обследуемых попадает в I и II группы. При повышении требований к состоянию психологического здоровья, а также при использовании методик, нацеленных на улавливание психопатологических нюансов и личностного дисбаланса, отмечается тенденция к гипердиагностике отклонений в психологическом здоровье со сдвигом процентного распределения в сторону III и IV ГППЗ. Адекватность требований к профессиональному психологическому здоровью испытуемых и применение валидных (нацеленных на диагностику не только психопатологии, но и сохранных, конструктивных компонентов личности) методик приводит к устойчивому соотношению численного состава групп по закону нормального распределения.

Безусловно, основным критерием валидности психодиагностических прогнозов является отдаленный катамнез, однако априори можно предположить более высокую прогностическую валидность предлагаемого ресурсо-центрического подхода по сравнению с существующим нозоцентрическим, что особенно актуально по отношению

к контингенту I ГППЗ (конструктивный тип личности), представляющему в контексте боеспособности и профессиональной успешности сотрудников российских силовых ведомств наиболее эффективный ресурс национальной безопасности. Данный тезис основывается на социальном отражении психодинамической концепции социально-группового поля Г. Аммона, в соответствии с которой конструктивная личность неосознанно создает вокруг себя конструктивный социум, гармонизируя его своими жизнедеятельностью и социальными взаимодействиями и является «катализатором», побуждающим окружающих к проявлению и развитию конструктивной Я-идентичности. Деструктивная личность по закону морфогенетического резонанса имеет тропизм и поддерживает деструктивную доминанту в микро и макросоциальном взаимодействии. Дефицитарная личность в социальном контексте представляет собой пассивный объект, наиболее благоприятный для манипуляций индивидуальным и социальным сознанием. Явное преобладание в обществе (группе, подразделении, ведомстве и т. п.) деструктивно-дефицитарных личностей может служить надежным индикатором его социального неблагополучия.

Заключение к третьей главе

Таким образом, затруднения в успешном решении проблемы оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД в условиях массовых недобровольных обследований связаны с ощутимым дефицитом релевантного, качественного и универсального психодиагностического инструментария. Проведение комплексной психометрической экспертизы широко известных и доступных (интернет, свободная продажа) «штатных» личностных опросников, показало существенную ограниченность их научно-методологической парадигмы и психометрических показателей для решения задач оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД.

В этой связи возникла необходимость в разработке специального психодиагностического опросника, построенного на валидной концептуально-методологической основе, позволяющего оценивать не столько «фасадные» стороны личности и наборы абстрактных личностных характеристик, сколько целостную, коренящуюся в области бессознательного Я-структуру, детерминирующую подавляющую часть поведенческих проявлений (включая отклоняющиеся формы, выбор профессии,

принятие решений в экстремальных ситуациях и др.), а также профессиональное психологическое здоровье испытуемых.

В качестве наиболее адекватного и перспективного для этих целей был использован гуман-структурологический психодинамический подход и разработанный на его основе Я-структурный тест (ISTA) Г. Аммона, позволяющий осуществлять оценку психического здоровья испытуемых на основе измерения центральных Я-функций личности, репрезентативно отражающих целостную структуру бессознательного в совокупности его здоровых и патологически измененных аспектов.

Для получения интегральной оценки психического здоровья испытуемых в состав методики были включены 3 суммарных шкалы (общей конструктивности, общей деструктивности и общей дефицитарности), 2 производных от них шкалы (адаптационного потенциала и потенциала активности), а также предложенные нами интегральная шкала общей социо-психо-соматической проблемности и интегральный показатель «ресурс личностной конструктивности».

В результате многоэтапной работы по рестандартизации, психометрической экспертизе, коррекции и модификации ISTA под задачи психолого-психиатрической экспертизы профессионально-психологической пригодности кандидатов на службу (учебу) в ОВД на его основе был разработан Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс» — 2000, успешно внедренный в деятельность одного из ведомственных центров психофизиологической диагностики. Решение проблемы обработки и анализа полученных с его помощью результатов тестирования многотысячных контингентов испытуемых (в режиме: бланк-сканер-база-матрица данных) с использованием программного продукта ABYY FormReader 6.0 и авторской программы, реализованной в Microsoft Office Access (В. Н. Арсеньев, В. А. Шаповал, 2000) открыло широкие возможности для накопления и последующего статистического анализа объемных баз психологических данных и репрезентативных выборок испытуемых на уровне не только «сырых» и стандартизированных Т-баллов, но и первичных («да»/«нет») ответов испытуемых. Последнее обстоятельство позволило осуществить дальнейшее циклическое усовершенствование методики за счет замены ряда исходных пунктов теста на новые, более содержательно и концептуально валидные, заимствованные в библиотеке утверждений более чем 20-ти широко известных психологических опросников. Это привело к созданию усовершенствованной

версии ПОЛО «Ресурс» — 2004, позволяющей получать более надежные результаты тестирования за счет примерно двукратного снижения погрешности измерения.

Дальнейшая трансформация теста была связана с повышением надежности его шкал за счет отбраковки утверждений, снижающих внутреннюю согласованность с помощью критерия α -Кронбаха, что привело к сокращению общего количества утверждений с 377 до 270, а также созданию качественно отличающихся по составу утверждений мужского и женского вариантов теста ПОЛО «Ресурс» — 2006.

Основой для разработки экспертно-диагностической системы на основе ПОЛО «Ресурс» стало внедрение его версии «ПОЛО+» (2008) в деятельность психологической службы одного из ГУ МВД России на базе программы АВВУ FlexiCapture 8.0, позволившее не только успешно решить задачу максимального охвата сотрудников ОВД психодиагностическими обследованиями в период их переаттестации, но и создать многотысячную централизованную электронную базу психологических данных, открывшую возможности для дальнейшего усовершенствования теста с помощью специальной процедуры айтем-анализа утверждений и шкал опросника. В результате была получена новая, более валидная, надежная и компактная версия опросника — ПОЛО «Ресурс» — 2012, специально предназначенная для оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД в условиях массовых недобровольных скрининговых и мониторинговых психодиагностических обследований. Новая версия опросника включает в себя лишь 25 (11 %) исходных пунктов ISTA, а его мужской вариант из 190 утверждений качественно отличается от женского, состоящего из 208 утверждений 121 пунктом. Она также содержит ряд новых шкал, разработанных на основе конвергентной и критериальной валидности.

На основе группы отобранных «позитивных» и «негативных» шкал ПОЛО «Ресурс» были получены *интегральные индексы* (личностные компетенции), характеризующие соотношение ресурсных и лимитирующих компонентов неосознаваемой Я-структуры личности испытуемого, а также учитывающие пол и возраст испытуемых: 1) *ресурс личностной конструктивности* (общий, ядра личности, ядра личности с коррекцией); 2) *ресурс субъектно-профессиональной идентичности* (общий, ядра личности, ядра личности с коррекцией) и 3) *ресурс профессионально-психологической успешности*.

Для определения итогового показателя — группы профессионального психологического здоровья сотрудника ОВД на основе интегральных показателей ПОЛО «Ресурс» использовались возможности факторного, регрессионного и дискриминантного анализов, в результате чего были получены соответствующие модели и решающие правила определения итогового показателя, положенные в основу автоматизированной экспертно-диагностической системы. Общая прогностичность разработанной дискриминантной классификационной модели составила 92,7 % (для сотрудников мужского пола) и 94,1 % (для сотрудников женского пола), то есть, она с высокой долей вероятности позволяет предсказывать (классифицировать) принадлежность испытуемого к одной из 4 категорий профессионального психологического здоровья на основе метрических переменных, не зависящих от нормальности распределения психодиагностических показателей.

Варианты экспертных решений об отнесении обследуемого к конкретной группе профессионального психологического здоровья на основе регрессионной и дискриминантной моделей оценки результатов психодиагностического обследования с помощью автоматизированной экспертно-диагностической системы выводятся отдельной строкой при распечатке индивидуальной психограммы Я-структуры личности и краткой содержательной трактовки данной группы соотнесения, содержащей в себе диагностический, прогностический, экспертный и организационный аспекты.

По результатам пилотажных катамнестических и ретроспективных исследований глубина прогноза психодиагностических показателей ПОЛО «Ресурс» в отношении внешнего критерия (экспертных оценок) психологической устойчивости и успешности обучения курсантов в военном институте МВД составила 5 лет, а в отношении эффективности профессионально-служебной деятельности офицера-выпускника по результатам отзывов из войск — 6 лет, что свидетельствует о прогностической валидности экспертно-диагностической системы.

Процентное соотношение групп профессионального психологического здоровья, определенных в результате массового психодиагностического обследования, позволяет получать обобщенную качественную (эпидемиологическую) характеристику состояния социального профессионального психологического здоровья служебных коллективов, подразделений и иных неограниченных по численности контингентов сотрудников (военнослужащих) на разных уровнях ве-

домственной вертикали (локальном, районном, городском, областном, федерально-окружном, общеминистерском, межведомственном, общегосударственном) в виде как одномоментных, так и лонгитюдных (мониторинговых) «срезов», на основе чего принимать адекватные организационные и управленческие решения, осуществлять «психологический аудит» и качественное психологическое сопровождение оперативно-служебной деятельности сотрудников ОВД на всем протяжении их служебной карьеры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Впервые вводимое автором понятие «профессиональное психологическое здоровье сотрудников ОВД» интегрирует в себе ряд требований, предъявляемых к личности сотрудника, отраженных в основных нормативно-правовых актах всех правоохранительных структур государства и может рассматриваться в качестве его универсальной неспецифической профессиональной компетенции.

2. Сформулированная автором структурно-динамическая концепция профессионального психологического здоровья рассматривает данный системный феномен как соотношение конструктивных (ресурсно-компенсаторных) и деструктивно-дефицитарных (дезадаптирующих) компонентов Я-структуры личности сотрудника.

3. Разработанная автором методика Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс» позволяет с помощью операционализации конструктивных и деструктивно-дефицитарных поведенческих паттернов сотрудников ОВД получать интегральную квантифицированную оценку и прогноз их профессионального психологического здоровья.

4. Авторская методика ПОЛО «Ресурс» представляет собой надежный и валидный психодиагностический инструментарий, стандартизированный и валидизированный на репрезентативных институциональных выборках сотрудников ОВД с применением внутреннекритериальных (первичные и интегральные шкалы Я-структуры личности), конвергентно-критериальных (шкалы профессионализма и непрофессионализма) и внешнекритериальных (шкала профессионально-психологической успешности) подходов, а также технологий психометрической экспертизы и коррекции на уровне отдельных пунктов опросника (айтем-анализа и оценки внутренней надежности-согласованности шкал опросника).

5. Разработанный на основе соотношения показателей интегральных шкал (а также их факторных моделей, включая модели с коррекцией диссимулятивных тенденций) общей конструктивности и общей деструктивно-дефицитарности (дезадаптации); конструктивной субъектно-профессиональной идентичности (профессионализма) и деструктивно-дефицитарной субъектно-профессиональной идентичности (непрофессионализма); а также шкалы профессионально-психологической успешности статистико-оценочный алгоритм поз-

воляет осуществлять валидную многоуровневую градацию сотрудников ОВД с учетом их возрастных и гендерных особенностей на группы (категории): а) ресурса личностной конструктивности, б) субъектно-профессиональной идентичности и в) профессионально-психологической успешности.

6. Объединенный алгоритм расчета средневзвешенной (с учетом факторных весов и регрессионных коэффициентов) итоговой категории (группы), детерминированной принадлежностью испытуемого к группам: а) ресурса личностной конструктивности, б) субъектно-профессиональной идентичности и в) профессионально-психологической успешности, позволяет осуществлять валидную градацию сотрудников ОВД на группы (категории) профессионального психологического здоровья.

7. Разработанная на основе набора решающих правил учета интегральных показателей Психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс», применения инновационных средств считывания и распознавания графической информации, а также современных информационных технологий автоматизированная экспертно-диагностическая система для оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья позволяет успешно решать проблемы организации и проведения массовых (скрининговых и мониторинговых) недобровольных психопрофилактических обследований, способствуя повышению качества профессионально-психологического отбора и психологического сопровождения служебно-профессиональной деятельности сотрудников ОВД.

8. Успешность функционирования разработанной экспертно-диагностической системы обеспечивается учетом следующих теоретических и организационно-методологических принципов ее построения: а) валидностью и надежностью психодиагностического инструментария, разработанного на основе релевантной *личностной концепции*, позволяющей совмещать в себе возможности *пато-* и *ресурсоцентрической диагностики* (прогнозирования), основанных на оценке не столько «фасадных», сколько *глубинных*, неосознаваемых личностных структур и поведенческих паттернов; б) уровневым принципом организации, интеграции и представления итоговой психодиагностической информации, позволяющий осуществлять градацию испытуемых по степени выраженности измеряемых показателей на критериальные группы с соответствующими диагностической

и прогностической оценками, экспертным выводом, организационным решением, рекомендациями по предназначению, адресными психокоррекционными, психотерапевтическими и реабилитационными программами, позволяющими выстраивать эффективную модель системы психологического обеспечения; в) широким использованием современных информационных (компьютерных) технологий, обеспечивающих надежную автоматизированную обработку данных, вариативность представления индивидуальных и групповых заключений; организацию, накопление, статистический анализ и ведение многомерных баз психологических данных; г) регулярным (циклическим) совершенствованием системы на основе принципа обратной связи, включающего периодическую психометрическую экспертизу и коррекцию психодиагностического инструментария; интеграцию в нее новых психодиагностических комплексов, разработку внешнекритериально ориентированных шкал и критериев оценки испытуемых специфических институциональных выборок испытуемых с учетом их гендерных, возрастных, ведомственных, профессиональных, территориальных, этнических, культурологических и других отличий.

9. По результатам пилотажных катamnестических и ретроспективных исследований глубина прогноза психодиагностических показателей методики ПОЛО «Ресурс» в отношении внешнего критерия (экспертных оценок) психологической устойчивости и успешности обучения курсантов в военном институте МВД России составила 5 лет, а профессионально-служебной деятельности офицера-выпускника по результатам отзывов из войск — 6 лет, что свидетельствует о прогностической валидности разработанной экспертно-диагностической системы.

10. Экспертно-диагностическая система для оценки и прогнозирования профессионального психологического здоровья сотрудников ОВД по предназначению и месту в структуре профессиональной деятельности практического психолога ОВД сочетает в себе характеристики *замещающего* (при отсутствии или некомпетентности специалиста), *обучающего* (при недостаточной компетентности специалиста в области психодиагностики и психодинамического подхода), и *развивающего* (для совершенствования профессиональной компетентности специалиста в сфере психодиагностики и психодинамически ориентированных подходов).

11. Освоение ведомственными психологами навыков оценки, прогнозирования и мониторинга психологического здоровья сотрудников

ОВД в условиях массовых психопрофилактических обследований на основе применения психодинамического подхода, Я-структурной концепции личности и автоматизированной экспертно-диагностической системы на основе ПОЛО «Ресурс» кроме наличия высшего психологического образования, хороших знаний в области психодиагностики, знакомства с основами психоанализа и психодинамическими концепциями, потребует организации их специальной подготовки в рамках программы краткосрочного повышения квалификации или специального курса в объеме от 24-х до 48-ми часов, а также внесения конструктивных изменений в учебные программы подготовки практических психологов для ОВД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

*Нормативные правовые акты**

1. Федеральный закон от 07.02.11 № 3-ФЗ «О полиции».
2. Указ Президента РФ от 24.12.09 № 1468 «О мерах по совершенствованию деятельности органов внутренних дел Российской Федерации».
3. Постановление Правительства РФ от 06.12.12 № 1259 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации».
4. Приказ МВД России от 26.08.13 № 646 «О внесении изменений в Инструкцию о порядке проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в органах внутренних дел Российской Федерации и внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации, утвержденную приказом МВД России от 14 июля 2010 г. № 523».
5. Приказ МВД России от 02.09.13 № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации».
6. Решение коллегии МВД России (15 марта 2012 г.) «О неотложных мерах по укреплению служебной дисциплины и законности в органах внутренних дел российской федерации». (Приложение к приказу МВД России от 23.03.12 № 211 «Об объявлении решения коллегии МВД России».)

Литература

7. Агни и здоровый образ жизни человека [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://mirrosta.ru/aiurveda/agni-i-zdoroviy-obraz-zhizni-cheloveka-aiurveda.html>. — Загл. с экрана.
8. Аммон Г. Динамическая психиатрия. — СПб.: Изд. Психоневр. ин.а им. В. М. Бехтерева, 1995.— 200 с.
9. Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб.: Речь, 2000. — 238 с.
10. Аммон М. Психологические основы системы психотерапевтических воздействий в динамической психиатрии: дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 — СПб., 2004. — 363 с.
11. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. 3-е изд. — М.: Физкультура и спорт, 1987. — 64 с.
12. Акмеология: учеб. / под общ. ред. А. А. Деркача. — М.: Изд-во РАГС, 2002.
13. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976. — 272 с.
14. Ананьев В. А. Психология здоровья. Концептуальные основы психологии здоровья. — СПб.: Речь, 2006. — 384 с.

* Нормативные правовые акты приводятся по информации официального правового интернет-портала pravo.gov.ru (дата обращения: 04.04.2018).

15. Анисимов А. И., Киреева Н. Н. Проблема социально-психологического исследования профессионального здоровья личности // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. — 2010. — Вып. № 1 (13). — С. 73–79.
16. Антомонов Ю. Г. Моделирование биологических систем: справочник. — Киев: Наукова думка, 1977. — 260 с.
17. Анцыферова Л. И. Некоторые теоретические проблемы психологии личности // Вопросы психологии. — 1978. — № 1. — С. 35–46.
18. Асмолов А. Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа. — М.: Смысл, 2001. — 416 с.
19. Аюрведа — наука жизни: статьи [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.ayurvedaplus.ru, www.vyasa.ru. — Загл. с экрана.
20. Аюрведа [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://dobrdoctor.boom.ru/index2.html>. — Загл. с экрана.
21. Бассин Ф. В., Ротенберг В. С., Зенков Л. Р. Рецензия на руководство по динамической психиатрии Гюнтера Аммона // Вопросы философии. — 1984. — № 9. — С. 136–139.
22. Бассин Ф. В., Ротенберг В. С., Смирнова И. Н. Категория социальной энергии Г. Аммона — анализ ее методологических основ // Динамическая психиатрия. — 1982. — № 78/79.
23. Башкирева Т. В. Общие критерии психического, психологического и социального здоровья // Мир психологии. — 2007. — № 2 (50). — С. 140–151.
24. Белан Е. А. Активность как критерий психологического здоровья личности // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 30–32.
25. Белан Е. А. Концепция психологии активности в жизненных ситуациях // Ярославский педагогический вестник. — 2011. — № 3. — Том II (Психолого-педагогические науки). — С. 228–232.
26. Белоус В. В. Проблема типа темперамента в современной дифференциальной психологии // Психол. журн. — 1981. — Т. 2. — № 1. — С. 45–55.
27. Березин Ф. Б. Психическая и психологическая адаптация человека: монография. — Л.: Наука, 1988. — 270 с.
28. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. — М.: Прогресс, 1986. — 424 с.
29. Богомаз С. А., Гладких А. Г. Психологическое здоровье, его критерии и оценка // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 34–36.
30. Бойко О. В. Охрана психического здоровья: учеб. пособие для студ. вузов. — М.: Академия, 2004. — 266 с.

31. Большой психологический словарь / под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. — СПб.: Прайм — Еврознак, 2005. — 485 с.
32. Борисов С. Копнуть под фуражкой. Психику полицейских проверяют по американской методике [Электронный ресурс] // Россия — Новости — VPN.BY. 21.08.2011. Режим доступа: <http://news.vpn.by/USSR/russia/Kopnut-pod-furazhkoj.html>. — Загл. с экрана.
33. Бочаров В. В., Шаповал В. А. Новые методы психодиагностики в медико-психологическом обеспечении процесса подготовки офицерских кадров для ВВ МВД России // Законность, оперативно-розыскная деятельность и уголовный процесс: мат. межд. науч.-практ. конф. (С.-Петерб., 9–10 апр. 1998 г.). — СПб.: СПб акад. МВД России, 1998. С. 128–134.
34. Братусь Б. С. Аномалии личности. — М.: Мысль, 1988. — 304 с.
35. Братусь Б. С. Русская, советская, российская психология. — М.: Флинта, 2000. — 88 с.
36. Брехман И. Н. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. — 1982. — № 2. С. 48–53.
37. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 376 с.
38. Брушлинский А. В. О соотношении биологического и социального в развитии личности // Теоретические проблемы психологии личности: сборник научных трудов. — М.: Наука, 1974. С. 83–122.
39. Бурбиль И. Модель операционализации структуры личности в динамической психиатрии: дис. д-ра психол. наук: 19.00.04. — СПб., 2003. — 266 с.
40. В МВД РФ создается отдел социально-психологической поддержки (28 апреля 2009 г.) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.vesti.ru/doc.html?id=280342>. — Загл. с экрана.
41. Валидность инкрементная [Электронный ресурс] // Psylist.net. Режим доступа: <http://www.psylist.net/slovar/3a58.htm>. — Загл. с экрана.
42. Вальдман А. В., Козловская М. М., Медведев О. С. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. — М.: Наука, 1979. — 359 с.
43. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Академия, 2001. — 352 с.
44. Васильченко Г. С. Частная сексопатология. — М.: Медицина, 1983. — 304 с.
45. Венсон С., Роудс П. Как успешно пройти тестирование при приеме на работу. — М.: ГИППО, 2009. — 304 с.
46. Вербина Г. Г. Интеграция индивидуального, психического, психологического и профессионального здоровья. — Чебоксары: ЧГУ, 2008. — 245 с.
47. Вербина Г. Г., Капланова А. Ш. Психологическое здоровье — динамическое состояние // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 37–38.

48. Виноградов М. В., Ермачков А. И., Мягих Н. И. Методика и организация психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел: пособие. — М.: Мед. упр. МВД СССР, 1982. — 131 с.
49. Владимир Колокольцев принял на рассмотрение Дорожную карту. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://mvd.ru/document/829054>. — Загл. с экрана.
50. Военная психиатрия / под ред. С. В. Литвинцева, В. К. Шамрея —СПб.: ВМедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. — 336 с.
51. Воробьев В. М., Шаповал В. А. О взаимосвязи психофизиологического стресса с психодинамическими свойствами личности курсантов // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. — 2009. — № 1 (41). — С. 149–161.
52. Временные методические указания о проведении профессионального психологического отбора кандидатов в вузы МО РФ из числа офицеров. — М.: Воениздат, 1996. — 62 с.
53. Вялков А. И. Управление в здравоохранении Российской Федерации: теория и практика: монография. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 527 с.
54. Ганзен В. А., Юрченко В. Н. Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека // Экспериментальная и практическая психология. Психические состояния. — Л.: ЛГУ, 1981. Вып. 10. С. 5–16.
55. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / под ред. О. В. Кербикова. — М., 1964. — 292 с.
56. Гиперактивный или сверходаренный? Как помочь нестандартным детям / пер с нем. Л. Д. Старцевой; под ред. Г. А. Лаписа. — СПб.: ВЕСЬ, 2004. — 128 с.
57. Гордон Олпорт и диспозициональное направление [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.allport.psy4.ru/therapy.htm. — Загл. с экрана.
58. Гридасов А., Баринов В. МВД готовит кадровую революцию [Электронный ресурс] // Известия. 4 декабря 2012. Режим доступа: <http://izvestia.ru/news/540803>. — Загл. с экрана.
59. Гроф С. За пределами мозга: рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. — М.: Изд-во Трансперсонального ин-та, 1993. — 368 с.
60. Данилова Н.Н. Функциональные состояния, механизмы и диагностика. — М.: МГУ, 1985. — 287с.
61. Данные ООН, МЧС и Всемирной Организации Здравоохранения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.lossofsoul.com/DEPRESSION/statistic.htm>. — Загл. с экрана.
62. Девять основных подходов в практической психологии // Психологос. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.psychologos.ru/>. — Загл. с экрана.
63. Демина Л. Д., Ральникова И. А. Психологическое здоровье и психологическая культура личности в структуре профессиональной подготовки студен-

тов в вузе // Известия Алтайского государственного университета. — 2006. — № 2. — С. 101–108.

64. Деркач А. А., Секач М. Ф., Михайлов Г. С. Акмеологические основы саморегуляции психической устойчивости руководителя. — М.: МПА, 1999. — 366 с.

65. Дичее Т. Г., Тарасов К. Е. Проблема адаптации и здоровье человека. — М.: Медицина, 1976. — 184 с.

66. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Психическое здоровье россиян [Электронный источник] // Человек.. — 2002. — № 6. Режим доступа: <http://vivovoco.astronet.ru/VV/PAPERS/MEN/PSYRUS.HTM>. — Загл. с экрана.

67. Доброе Г. М. Прогнозирование науки и техники. — М.: Наука, 1977. — 209 с.

68. Додонов Б.И. Эмоциональные типы, типичность и гармоничное развитие личности // Вопр. психологии. — 1978. — Т. 3. — С. 21–31.

69. Дорожная карта дальнейшего реформирования органов внутренних дел Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rg.ru/2013/02/04/karta-mvd-site-dok.html>. — Загл. с экрана.

70. Дубовицкая Т. Д., Маслов Е. Б. Модели психологического здоровья личности и прикладная психология // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 38–41.

71. Дубровина И. В. Психологическая служба образования: организация и управление // Вестник практической психологии образования. — 2007. — № 1 (10). — С. 56–63.

72. Дубровина И. В. Психологические аспекты психического здоровья детей и школьников // Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. — М., 1995. С. 7–19.

73. Дубровина И. В. Современное образование и психологическое здоровье школьников // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И.А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 4–6.

74. Дубровина И. В. Школьная психологическая служба: вопросы теории и практики. — М., 1991. — 232 с.

75. Емельянова М. А. Становление профессиональной зрелости социального педагога в образовательном процессе Вуза: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.08. — Оренбург, 2005. — 38 с.

76. Ельяшевич А. М., Шаповал В. А., Ярошевская Е. Ю. Индивидуальная оценка погрешности измерения психометрических характеристик с помощью психодиагностических опросников, применяемых для решения задач медико-психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников

органов внутренних дел России // Тезисы Юбилейной конференции Московского психологического общества. — М., 2005. — С. 136–139.

77. Еремицкая И. А. Психологическое здоровье: к сущности понятия / Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И.А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 41–43.

78. Жариков Н. М., Иванова А. Е., Анискин Д. Б., Чуркин А. А. Самоубийства в Российской федерации как социопсихиатрическая проблема // Общие вопросы неврологии и психиатрии. — 1997. — № 6. — С. 9.

79. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии., 2-е изд., 2012 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/978>. — Загл. с экрана.

80. Журавлев А. Л. Социально-психологическая зрелость: обоснование понятия // Психологический журнал. — 2007. — Т. 28. — № 2. — С. 44–54.

81. Забродин Ю. М. Методологические проблемы моделирования функциональных состояний человека-оператора // Вопросы кибернетики. Психические состояния и эффективность деятельности. — М.: Изд-во АН СССР, 1983. С. 3–24.

82. Зайдлер Г. Клинические аспекты нарциссизма. / Московский психотерапевтический журнал. — 1997. — № 2. — С. 25–37.

83. Здоровье человека зависит от образа жизни // Медицина 2.0. Главные новости [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.med2.ru/story.php?id=11071>. — Загл. с экрана.

84. Зимкина А. М., Лоскутова Г. Д. О концепции функционального состояния центральной нервной системы // Физиология человека. — 1976. — Т. 2. — № 2. — С. 179–192.

85. Зинченко В. П., Моргунов Е. Б. Человек развивающийся: очерки российской психологии. — М., 1994. — 252 с.

86. Ибрелла К. Факторный анализ. — М.: Статистика, 1980. — 398 с.

87. Иванов С. Н., Метелев А. В. Посттравматические стрессовые состояния сотрудников правоохранительных органов: проблемы психологической экспертизы: монография. — Ижевск: УдГУ, 2008. — 133 с.

88. Ильин Е. П. Теория функциональных систем и психофизиологические состояния // Теория функциональных систем в физиологии и психологии. — М.: Наука, 1978. С. 325–346.

89. Инкрементная валидность [Электронный ресурс] // Адалин. Режим доступа: <http://adalin.mospsy.ru/dictionary/dictionary.php?term=32>. — Загл. с экрана.

90. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Спец. литература, 1996. — 454 с.

91. Исследование и оценка нервно-психического здоровья населения: метод. рек. / авт.-сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Б. В. Иовлев и др. — СПб., 1999. — 16 с.

92. Казначеев В. П., Субботин М. Я. Этюды к теории общей патологии. — Новосибирск: Наука, 1971. — 229 с.

93. Калитеевская Е. Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. — М., 1999. С. 231–239.
94. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. — М., 1988. — 67 с.
95. Капустина Н. Г. Взаимосвязь психологического здоровья и этического мировоззрения / Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. кон. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 51–53.
96. Капустина Н. Г. Психологические особенности формирования толерантности в структуре этического мировоззрения на ранних этапах онтогенеза. — Шадринск: Шадринский Дом печати, 2008. — 228 с.
97. Караваев Н. Человечество сходит с ума [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.utro.ru/articles/2007/10/11/686466.shtml>. — Загл. с экрана.
98. Касперович Ю. Г. Психологическое обеспечение профилактики суицидов среди сотрудников органов внутренних дел: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03. — М., 2004. — 193 с.
99. Кикоть В. Я., Шаповал В. А., Бондарук А. Ф. Концепция медико-психологического обеспечения сотрудников ОВД и военнослужащих внутренних войск МВД России как фактора повышения их боеспособности // 200 лет МВД: мат. межд. науч.-практ. конф. (С.-Петербург., 28–29 мая 1998 г.). — СПб.: СПб акад. МВД России, 1998. С. 148–153.
100. Клайн П. Создание надежных тестов: личностные опросники, разработка заданий [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://psychology.net.ru/articles/content/1088976666.html>. — Загл. с экрана..
101. Колесов В. В. Мир человека в слове Древней Руси. — Л., 1986. С. 94–211.
102. Комплексный психодиагностический опросник МЛО-ПОЛО-(С)-МИПИ (Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО-«Ресурс») В.А. Шаповала (скрининговый мужской вариант), Методика исследования профессиональной идентичности (МИПИ) Л.Б.Шнейдер) // Квалификационное задание для профессионально-психологического отбора / сост. В. А. Шаповал. — СПб.: Изд-во СПб воен. ин-та вн. войск МВД России, 2008. — 23 с.
103. Кон И. С. Социология личности: Избр. психол. тр. // Социологическая психология. — М., Воронеж, 1999. С. 177–193.
104. Кондаков И. М. Базовый курс SPSS for Windows для обработки психологических данных — 2006 [Электронный ресурс]. Режим доступа: (<http://www.matlab.mgppu.ru/work/0024.Htm>). — Загл. с экрана.
105. Кондратьев М. Ю., Ильин В. А. Азбука социального психолога-практика. — М.: ПЕР СЭ, 2007. — 464 с.

106. Коноплева И. Н., Богданович Н. В. Детерминанты психологической готовности к применению оружия сотрудниками правоохранительных органов // Электронный журнал PSYEDU.ru. — 2010. — № 2.
107. Концепция ВОЗ в области укрепления здоровья // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. — 2006. — № 3. — С. 5–18.
108. Кошманова Е. В. Психологическое здоровье лидеров // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения т]: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 54–56.
109. Концепция комплексной организационно-управленческой реформы правоохранительных органов РФ [Электронный ресурс] // Институт проблем правоприменения. 06.11.2013. Режим доступа: <http://www.enforce.spb.ru/issledovaniya/6143-kontseptsiya-kompleksnoj-organizatsionno-upravlencheskoj-reformy-pravookhranitelnykh-organov-rf>. — Загл. с экрана.
110. Косицкий Г. И. Превентивная кардиология. — М.: Медицина, 1987. — 511 с.
111. Крамаренко Г. И., Рудой И. С. Нервно-психическая неустойчивость у военнослужащих срочной службы. — СПб., 1976. — 112 с.
112. Красников В. Н. Медико-социальные аспекты увольнения по состоянию здоровья из Вооруженных Сил Федерации военнослужащих, проходивших военную службу по призыву: дис. канд. мед. наук: 14.00.33. — М., 2008. — 186 с.
113. Кронфельд А. С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии // Труды ин-та им. П. Б. Ганнушкина. Вып. 5. — М., 1940. С. 5–147.
114. Крыжановская Л. А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — № 3. — С. 97–105.
115. Кудрин И. Д., Зюбан А. Л., Овчинников Б. В. К оценке функционального состояния организма человека // Воен.-мед. журн. — 1981. — № 10. — С. 46–49.
116. Кулагин Б. В. Основы профессиональной психодиагностики. — Л.: Медицина, 1984. — 216 с.
117. Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: учеб. пособие. — СПб.: Питер, 2004. — 464 с.
118. Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Погольша В. М. Межличностное общение: учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2001. — 44 с.
119. Кэрролл Л., Тоубер Дж. Дети Индиго ; пер. с англ. — К.: Со-фия; М.: София, 2003. — 240 с.
120. Лад В. Аюрведа — наука самоисцеления. Древнейшие знание о причинах возникновения болезней и методах их лечения. — Санта Те, Нью Мексика, 1984. — 81 с.
121. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. — М., 1996. — 272 с.

122. Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях. — М., 1989. — 303 с.
123. Лебедев И. Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс преодолевающего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России): дис... д-ра психол. наук. — М., 2002. — 432 с.
124. Леонова А. Б. Психодиагностика функциональных состояний. — М.: «Просвещение», 1984. — 107 с.
125. Леонова А. Б., Медведев В. И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. — М.: МГУ, 1981. — 112 с.
126. Леонтьев Д. А. Самореализация и сущностные силы человека // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. — М., 1999. С. 156–176.
127. Ливитов Н. Д. О психическом состоянии человека. — М.: Просвещение, 1964. — 344 с.
128. Лисовский В. Т. Молодежь России в зеркале криминологии // Криминология. XX век / под ред. В. Н. Бурлакова и В. П. Сальникова. — СПб.: Юрид. центр Пресс, 2000. — 554 с.
129. Личко А. Н. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.
130. Лунин А. П. Очерки психологии спорта. — М.: ФиС, 1959. — 308 с.
131. Маклаков А. Г. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» // Профессиональный психологический отбор кандидатов в военно-учебные заведения Министерства обороны Российской Федерации: метод. рекоменд. — М., 1994. С. 164–174.
132. Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.03. — СПб., 1996. — 37 с.
133. Маклаков А. Г., Чермянин С. В. Методики психологического и психофизиологического обследования граждан, поступающих на военную службу по контракту // Временные методические указания по организации и проведению в районных (городских) военных комиссариатах профессионального психологического отбора граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на нее по контракту. — М., 1993. С. 25–53.
134. Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы взрослости (Справочник практического психолога). — М.: Эксмо, 2005. — 416 с.
135. Марков В. В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. — М.: Academia, 2001. — 320 с.
136. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. — СПб.: Евразия, 1997. — 430 с.
137. Маслоу А. Мотивация и личность // Психология личности: хрестоматия: в 2 т. / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. — Самара, 1999. Т. 1. — 391 с.
138. Медведев В. И. Психологические реакции человека в экспериментальных условиях // Руководство по физиологии. — М.: Наука, 1979. С. 625–674.

139. Медведев В. И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов. — Л.: Наука, 1982. — 100 с.
140. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению (в 3-х частях) [2003, DjVu]. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://big-archive.ru/med/public_health/3.php. — Загл. с экрана.
141. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. — Ростов н/Д.: Феникс, 2000. — 248 с. — (Гиппократ.)
142. Мельник Ю. И. Психология здоровья // Журнал прикладной психологии. — 2000. — № 3. — С. 11–14.
143. Мельников В. М., Ямпольский Л. Т. Введение в экспериментальную психологию личности: учеб. пособие для слушателей ИПК. — М.: Просвещение, 1985. — 319 с.
144. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособ. для вузов: изд. 5-е. — М: МЕДпресс-информ, 2005. — 432 с.
145. Метелица В. И. Факторы риска // Превентивная кардиология. — М.: Медицина, 1977. С. 52–77.
146. Методические и организационные проблемы обеспечения профессионально-психологического сопровождения учебного процесса в вузах Министерства обороны / рук. авт. кол. Чермянина С. В. // Военно-медицинский журнал.. — 2008. — № 6. — С. 50–52.
147. Методические рекомендации по выявлению лиц, предрасположенных к употреблению наркотических средств: метод. пособ. — М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, ЛТД, 2000. — 18 с.
148. Минцер О. П., Чепкий Л. П., Циганий А. А., Заславский С. Я. Проблемы медицинской кибернетики. — М.: Наука, 1972. — 311 с.
149. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. — СПб., 2001. — 443 с.
150. Мягких Н. И. Генезис профессионального психологического отбора в органах внутренних дел Российской Федерации (концептуальные подходы, принципы, критерии, технологии). — М., 2005. — 200 с.
151. Мягких Н. И. Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации (концепция, принципы, критерии, технологии) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06. — М., 2004. — 174 с.
152. Мягких Н. И., Шутко Г. В. Основные методы профессионального психологического отбора в органах внутренних дел Российской Феде—200 с.
153. Мясичев В. Н. Психология отношений / под ред. А. А. Бодалева. — М., Воронеж, 1995. — 356 с.
154. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь. — М.: Медгиз, 1954. — 392 с.
155. Наенко Н. И. Психическая напряженность. — М.: МГУ, 1976. — 112 с.

156. Назимов И. Н. Профессиональная ориентация и профотбор на промышленных предприятиях: принципы и методические рекомендации / Ин-т экономики АН УССР. — Киев, 1969. — 80 с.
157. Наследов А. Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2013. — 416 с.
158. Наследов А. Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. — СПб.: Питер, 2006. — 416 с.
159. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования: Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2006. — 392 с.
160. Небылицин В. Д. Функциональное состояние нервной системы человека и ее основные свойства // Психофизиологические исследования индивидуальных различий. — М.: Наука, 1976. С. 187–192.
161. Небылицин В. Д. Функциональное состояние нервной системы человека и ее основные свойства // Психофизиологические исследования индивидуальных различий. — М.: Наука, 1976. С. 187–192.
162. Нетабельный огонь [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rg.ru/2009/04/28/nurgaliev.html>. — Загл. с экрана.
163. Никифоров Г. С. Психология здоровья: учеб пособие. — СПб., 2002. — 256 с.
164. Никольская А. С. Психологическая культура как фактор сохранения психологического здоровья личности // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. — 2010. — № 2 (46). — С. 228–234.
165. Ницше Ф. По ту сторону добра и зла: Сочинения. — М.: ЭКСМО-Пресс; Харьков: Фолио, 1999. — 1056 с.
166. IV Всероссийская конференция по психотерапии и клинической психологии: Два проекта Закона РФ о психотерапии. Проект ППЛ Федерального Закона РФ «О профессиональной психотерапевтической деятельности» // Консультативная психология и психотерапия. — 2000. — № 3. — С. 148–177.
167. О 4 целях ведической психологии или что значит «быть в себе»? [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://razum.kz/duhovnyi-poisk/o-4-tselyah> — Загл. с экрана.
168. Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений. — Киев, 1990. — 191 с.
169. Осипова А. А. Общая психокоррекция: учеб. пособие для студ. вузов — М.: Сфера, 2001. — 510 с.
170. Основные виды деятельности и психологическая пригодность к службе в системе органов внутренних дел: справочное пособие / под ред. Бовина Б. Г., Мягих Н. И., Сафронова А. Д. — М., 1997. — 344 с.
171. Основные направления реализации Стратегии социального развития Вооруженных Сил Российской Федерации до 2020 года / рук. авт. кол. Шаппо В. В. // Военно-медицинский журнал. — 2008. — № 6. — С. 9–16.

172. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. — СПб.: Ин-т им. В. М. Бехтерева, 2003. — 438. с.
173. Пахальян В. Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. — СПб.: Питер, 2006. — 240 с.
174. Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности. — СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2001. — 240 с.
175. Прикладная юридическая психология: учеб. пособие для вузов / под ред. А. М. Столяренко. М., 2001. — 639 с.
176. Прогноз психологический [Электронный ресурс] // Словарь-справочник по психодиагностике. Дельфия. Режим доступа: http://wiki.myword.ru/index.php/Прогноз_психологический. — Загл. с экрана.
177. Прогнозирование [Электронный ресурс] // Словари и энциклопедии на Академике. Большая советская энциклопедия. Режим доступа: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/124043/Прогнозирование>. — Загл. с экрана.
178. Психиатрия [Электронный ресурс] // Критерии психического здоровья (по ВОЗ). Режим доступа: <http://www.medichelp.ru/posts/view/7274>. — Загл. с экрана.
179. Психическое здоровье военнослужащих по призыву: медикосоциальные аспекты / под ред. А. К. Зиньковского. — Тверь: ВА ВКО, 2009. — 196 с.
180. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. — Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 176 с.
181. Психологическая теория коллектива / под ред. А. В. Петровского. — М., 1979. — 240 с.
182. Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 1096 с.
183. Психофизиологическое обеспечение боевой деятельности частей и подразделений: метод. указания. — СПб.: ВМедА, 1995. — 52 с.
184. Психология в отборе персонала / Д. Купер, А. Робертсон. — СПб.: ПИТЕР, 2003. — 240 с.
185. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2006. — 607 с.
186. Психология менеджмента: учебник для студентов вузов / под ред. Никифорова Г. С. — 2-е изд., доп. и перераб. — СПб., 2004. — 638 с.
187. Психология профессионального здоровья: учеб. пособие / под ред. Никифорова Г. С. — СПб., 2006. — 480с.
188. Психология самосознания: хрестоматия / сост. Д. Райгородский. — Самара: Бахрах-М, 2007. — 672 с.
189. Психология: словарь / под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — М., 1990.— 494 с.
190. Разумов А. Н., Пономаренко В. А., Пискунов В. А. Здоровье здорового человека (Основы восстановит. медицины) /под ред. Шинкаренко В. С. — М., 1996. — 413 с.

191. Рапохин Н. П. Исследование эмоционально-волевой устойчивости в условиях значимой деятельности // Психологический журнал. — 1981. — Т. 2. — № 5. — С. 92–99.
192. Реан А. А., Бордовская Н. В. Психология и педагогика: учебник для вузов. — СПб., 2006. — 299 с.
193. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. — М.: Педагогика, 1973. — 424 с.
194. Саркисян С. А., Голованов Л. В. Прогнозирование развития больших систем. — М.: Статистика, 1975. — 192 с.
195. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина, 1987. — 183 с.
196. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. — 2001. — № 4. — С. 91–105.
197. Словарь-справочник по психодиагностике. 3-е изд. / авт.: Бурлачук Л.Ф. — СПб.: Питер, 2008. — 688 с.
198. Словарь психолога-практика / сост. С. Ю. Головин. — Мн., 2001. — 800 с.
199. Словарь терминов по аюрведе [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://thai.ucoz.ua/publ/ajurveda/slovar_terminov_po_ajurvede/13-1-0-139. — Загл. с экрана.
200. Смирнов В. Н. Особенности профессиональной экстремально-психологической подготовки сотрудников специальных подразделений органов внутренних дел: монография. — М., 2003. — 287 с.
201. Смирнова М. В. Психологическая диагностика суицидального риска у сотрудников органов внутренних дел: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.06. — М., 2011. — 251 с.
202. Смулевич А.Б.. Глоссарий терминов (депрессия в общей медицине) [Электронный ресурс] // Национальная психологическая энциклопедия. Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/12/word/frustracija>. — Загл. с экрана..
203. Собчик Л. Н. Психодиагностика в медицине: практическое руководство. — М., 2007. — 416 с.
204. Современное состояние проблемы суицидального поведения: Аналитический обзор [Электронный ресурс]. — М.: Гос. науч. центр соц. и суд. психиатрии им. В.П. Сербского, 2010. Режим доступа: <http://www.psihiatr.med.cap.ru/Page.aspx?id=578208> — Загл. с экрана.
205. Сокольская М. В. Психологическое здоровье: анализ понятия // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 64–66.
206. Сосновикова Ю. Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика: пособие для студентов и учителей. — Горький: Горьк. пед. ин-т, 1975. — 117 с.

207. Спивак Л. И., Барабаш В. И. Оценка состояния нервно-психического здоровья кандидатов в военно-учебные заведения // Военно-медицинский журнал. — 1979. — № 5. — С. 15–18.
208. Старков А. Каждый второй россиянин — потенциальный клиент психушки [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.utro.ru/articles/2005/10/04/482964.shtml> (дата обращения: 03.11.2018). — Загл. с экрана.
209. Столин В. В. Самосознание личности. — М., 1983. — 286 с.
210. Сутурина М. Н. Правоохранительная система государства (теоретико-правовой аспект): автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. — СПб., 2008. — 20 с.
211. Три гуны природы. Бхагавад-Гита. Гл. 14. [Электронный источник]. Режим доступа: http://sss.vn.ua/bh_gita.htm#ГЛАВА 14. — Загл. с экрана.
212. Тупицын Ю. Я., Бочаров В. В. Методика оценки уровня психического здоровья // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001. С. 351–361.
213. Уваров Е. А. Теоретические и практические основы психотехник в современной психологии : учеб. пособие. — Тамбов : Изд. дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2010. — 242 с.
214. Уколов Р. Каждый третий не в порядке. 24.07.2012 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.profile.ru/article/kazhdyi-tretii-ne-v-poryadke-71536>. — Загл. с экрана.
215. Уоттлс У., Пауэлл Дж. Искусство быть здоровым. — СПб.: Питер, 1997. — 122 с.
216. Факторы «группы риска» и профессиональная пригодность кандидатов, поступающих на службу в органы внутренних дел и учебу в образовательные учреждения системы МВД России: методические указания. — М.: МВД России, 1999. — 20 с.
217. Фабиан Э. Глоссарий основных понятий динамической психиатрии // Г. Аммон. Динамическая психиатрия. — СПб.: Изд. Психоневр. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1995. С. 82–94.
218. Фесенкова Л. В., Шаталов А. Т. Мировоззренческий и научный статус валеологии (к проблеме построения общей теории здоровья) // Философия здоровья / Баксанский О. Е., Лисеев И. К. — М.: ИФ РАН, 2001. С. 111–130.
219. Франкл В. Человек в поисках смысла: сб. / общ. ред. Л. Я. Гозмана. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.
220. Фрейд З. Психология сексуальности. Вильнюс, 1982. — 124 с.
221. Фролов Б. С. Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях. — Л.: ВМедА, 1982. — 61 с.
222. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопросы психологии. — 1999. — № 2. — С. 61–74.
223. Хомская Е. Д. К проблеме функциональных состояний мозга // Вопросы психологии. — 1977. — № 5. — С. 105–113.

224. Хусаинова Р. М. Зависимость психологического здоровья учителя от возраста и стажа педагогической деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Казань, 2006. — 24 с.
225. Хухлаева О. В. Коррекция нарушения психологического здоровья дошкольников и младших школьников. — М.: Академия, 2003. — 173 с.
226. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособие для студ. вузов. — М.: Академия, 2006. — 208 с.
227. Чермянин С.В. и др. Методические и организационные проблемы обеспечения профессионально-психологического сопровождения учебного процесса в вузах Министерства обороны // Военно-медицинский журнал. — 2008. — № 6. — С. 33–37.
228. Черепнина А. В России возросло число людей, страдающих психическими расстройствами. 1 канал. Новости. 9 октября 2012 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.1tv.ru/news/health/217265> (дата обращения: 03.11.2018).
229. Что такое психическое здоровье? [Электронный ресурс] // Крупнейший сборник онлайн-словарей onlinedics.ru. Режим доступа: http://www.onlinedics.ru/slovar/colier/p/psixicheskoe_zdorovje.html. — Загл. с экрана.
230. Шаповал В. А. Концепция медико-психологического обеспечения процесса подготовки офицерских кадров в высших военно-учебных заведениях МВД России // Актуальные проблемы пограничной психиатрии: мат. всерос. науч. конф. (С.-Петербург, 3 апр. 1998 г.). — СПб.: ВМедА, 1998. С. 292–293.
231. Шаповал В. А. Психологическое здоровье сотрудников органов внутренних дел как предмет исследования ведомственных психологов: новые подходы к оценке и прогнозированию // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. — 2009. — № 3 (43). — С. 232–246.
232. Шаповал В. А. Метод оценки и прогнозирования психологического здоровья и профессиональной идентичности кандидатов на службу и сотрудников МВД на основе Психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс»: учеб.-метод. пособие. — СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2013. — 276 с.
233. Шаповал В. А. Методологические основы разработки экспертной психодиагностической системы для скрининга и мониторинга профессионального психологического здоровья сотрудников органов внутренних дел // Актуальные проблемы психологической работы в органах внутренних дел: сборник статей по материалам межведомственного Круглого стола (Васильевские чтения), 24 марта 2016 года / под ред. Ю. А. Шаранова, В. А. Шаповала; сост. М. А. Кутырёв. — СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2016. С. 306–317.
234. Шаповал В. А. Новые концептуально-методологические подходы к реформированию системы психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников правоохранительных органов // Реформирование органов внутренних дел в условиях демократического и правового государства: сб. мат. межд. науч.-практ. конф. (при фин. поддержке Программы ОБСЕ

«По реформе органов внутренних дел Кыргызской Республики») // Вестник Академии МВД Кыргызской Республики им. генерал-майора милиции Алиева Э. А. — 2009. — Вып. № 10. — С. 253–257.

235. Шаповал В. А. Оценка, прогнозирование и мониторинг психологического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях: психодинамический подход: краткосрочная дополнительная образовательная программа повышения квалификации. — СПб.: СПбГУ, 2009. — 10 с.

236. Шаповал В. А. Прогноз психической дезадаптации и пограничных психических расстройств у курсантов высшего военного учебного заведения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1991. — 16 с.

237. Шаповал В. А. Профессиональная идентичность сотрудников органов внутренних дел: система оценки, прогнозирования и мониторинга в контексте психодинамического подхода: монография. — СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2014. — 256 с.

238. Шаповал В. А. Профессиональное здоровье сотрудников органов внутренних дел: новые методологические подходы к диагностике и прогнозированию // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. — 2006. — № 2 (30). — С. 344–352.

239. Шаповал В. А. Психодинамически ориентированный метод оценки и прогнозирования психического здоровья курсантов вуза МВД РФ — ПОЛО «Ресурс» // Юридическая психология: современные технологии психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности сотрудников правоохранительной системы: мат. всерос. науч.-практ. конф. (С.-Петербург, 19 мая 2005 г.). — СПб.: СПб ун-т МВД России, 2005. С. 210–216.

240. Шаповал В. А. Разработка метода диагностики профессиональной идентичности сотрудников ОВД в контексте психодинамического подхода // Правоохранительная деятельность органов внутренних дел России и зарубежных государств в контексте современных научных исследований: мат. межд. науч.-теор. конф. адъюнкт. и докторант. (С.-Петербург, 17 июня 2010 г.). В 2 ч.: Ч.2. — СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2010. — С. 141–147.

241. Шаповал В. А. Ресурсно-субъектный подход к оценке профессиональной идентичности сотрудников полиции при массовых психодиагностических обследованиях // Профессиональный и организационный стресс: диагностика, профилактика и коррекция: мат. всерос. науч.-практ. конф. с межд. участием (г. Астрахань, 7–8 окт. 2011 г.) / под ред. Б.В. Кайгородова и Н.В. Майсак. — Астрахань: Астр. гос. ун-т, 2011. С. 94–97.

242. Шаповал В. А. Экспертная психодиагностическая система как инструмент макропсихологических исследований и психологического аудита подразделений, органов и учреждений МВД России // Актуальные проблемы психологии правоохранительной деятельности: концепции, подходы, технологии (Васильевские чтения — 2018) [Электронный ресурс]: материалы международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 29 марта 2018 года / под ред. Ю. А. Шаранова, В. А. Шаповала. — СПб.: Санкт-Петербургский университет МВД России, 2018. С. 411–423.

243. Шаповал В. А., Бочаров В. В. Я-структурный тест Г. Аммона: перспективы использования в психологическом обеспечении учебно-воспитательного процесса в вузе // 200 лет МВД: мат. межд. науч.-практ. конф. (С.-Петербург., 28–29 мая 1998 г.). — СПб.: СПб акад. МВД России, 1998. С. 157–162.
244. Шаповал В. А., Воробьев И. А. Оценка и прогнозирование профессионально-психологической успешности сотрудников ОВД с помощью психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс» // Актуальные проблемы педагогики и психологии в правоохранительной деятельности (Васильевские чтения — 2012): мат. межвуз. науч.-практ. конф. (С.-Петербург., 18 мая 2012 г.). — СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2012. С. 260–271.
245. Шаповал В.А., Голянич В.М., Подкорытова И.В., Еников К.К. Методологические проблемы разработки эффективных технологий диагностики профессионально-психологической успешности сотрудников организации // Научные труды Северо-Западного института управления РАНХиГС. — 2012. — Т. 3. — Вып. 3 (7). — С. 278–308.
246. Шехтер Х., Эверит Д. Энциклопедия серийных убийц. — М., 1998. — 153 с.
247. Шнейдер Л. Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. — М., 2006. — 128 с.
248. Шогенов А. Г., Эльгаров А. А. Особенности профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел и основные сердечно-сосудистые заболевания // Профилактическая медицина. — 2010. — № 2. — С. 9–14.
249. Шостром Э. Человек-манипулятор. Внутреннее путешествие от манипуляции к актуализации. — М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2008. — 192 с.
250. Шувалов А. В. Антропологические аспекты психологии здоровья / Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: мат. межд. науч.-практ. конф. (г. Астрахань, 19–20 нояб. 2009 г.) / сост. И. А. Еремицкая. — Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2009. С. 14–18.
251. Шувалов А. В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья // Вопросы психологии. — 2004. — № 6. — С. 18–33.
252. Шутко Г. В., Мягких Н. И., Бельченко М. А. Актуальные проблемы и направления совершенствования профессионального психологического отбора в органах внутренних дел: учеб.-метод. пособие. — 3-е изд., перераб. и доп. — Домодедово: ВИПК МВД России, 2012. — 192 с.
253. Юрченко В. М. Исследования психического состояния человека в процессе производственной деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03. — Л., 1980. — 19 с.
254. Якунин В. А. О связи психических состояний и свойств личности // Психические состояния. — Л.: ЛГУ, 1981. С. 17–23.
255. Ярошевкая Е. Ю., Ельяшевич А. М., Шаповал В. А. Моделирование индивидуальных вероятностных оценок психометрических характеристик при совершенствовании и разработке психодиагностических опросников для профессионального психологического отбора и психологического мониторинга со-

трудников органов внутренних дел. // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. — 2006. — № 3 (31). — С. 318–323.

256. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / авт. сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова и др. — СПб., 1998. — 70 с.

257. Я-структурный тест: квалификационное задание для профессионально-психологического отбора / В.В. Бочаров, Ю.В. Лаптев, В.А. Шаповал. — СПб.: СПб воен. ин-т вн. войск МВД России, 1997. — 12 с.

258. Ammon G. (Hrsg.) Handbuch der dynamischen Psychiatrie Bd. I. — Munchen, Reinhardt, 1979.

259. Ammon G. Die Unerreichten — Zur Behandlungs — problematik des Urnarzissmus. In.: Vortrage 1969–1988. «Pinel» Verlag fur humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH. — Munchen, 1988.

260. Ammon G. Dynamic Psychiatry and human structurology // Dyn. Psychiat. — 1993. — 26. — P. 279–287.

261. Ammon G. Dynamische Psychiatrie. —Kindler, Munchen, 1980.

262. Ammon G. Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes -zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und NarziBmus-theorie. In: Ammon G. (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1 Ernst Reinhardt. — Munchen, 1979.

263. Ammon G. Gruppendynamik der Aggression. — Pinel, Berlin, 1970.

264. Battegay R. Ich-Struktur und Selbst im Lichte verschirdener Theorien. In: Narzissmus und Objektbeziehungen: uber das Selbst zum Objek. — Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1991. S. 43–48.

265. Bentler P.M., Paul R. Abramson. Science of Sex Rearch: Some Methodological Considerations // Archives of Behavior. — Vol. 10. — 1981.—№ 3. P. 225–251.

266. Burbiel I. et al. Grundzuge dynamisch-psychiatrischer Diagnostik. — In: Dyn. Psychiat. 1994a, 3/4. S. 140–151.

267. Burbiel I. et.al. Stationare Psychotherapie der Psychosen Eine testpsychologische katamnestiche Untersuchung. Dynamische Psychiatrie. «Pinel» Verlag. Munchen, 1992. № 134/137. S. 214–267.

268. Cronbach L.J. Coefficient alpha and internal structure of tests. — In: Psychiatrika, 1951, 18. P. 297–334.

269. Emmons R.A. Narzissmus: Theory and measurement. J.of Personality and Social Psychology, 1987, 52, 11-17.

270. Federn P. Ego Psychology and the Psychosis. New York. 1952

271. Hampel, R., Selg, H. Fragebogen zur Erfassung von Agressivitätsfaktoren (FAF) / R. Hampel, H. Selg. — Gottingen: Hogrefe, 1975.

272. Hart-Hester S., Smith P.O. Suicide in Mississippi — a growing concern // J. Mississippi State. Med. Assoc. — 1998. — Vol 39. — № 8. P. 277–281.

273. Hartmann H. Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. — Intern. Zschr. Psychoanalyse — Imago, 1939, 24, 62–124.

274. Hathaway S.R., McKinley I.C. The Minnesota multiphasic personality inventory manual (MMPI). Revised. — The psychological corporation, New York, 1951.
275. Kohut H. The Analysis of the Self. — NY, 1971.
276. Kohut H. The Restoration of the Self. — NY, 1977.
277. Lewin K. Die Wirklichkeit sozialer Phänomene. — In: Ammon G. (Hrsg.) Analytische Gruppendynamik. Hamburg, 1976.
278. Lovis A. Gottschalk. Narzissmus: Its Normal Evolution and Development and Treatment of Its Disorders. Amer.J.Psychoter., 1988. 42, 1. P. 4–25.
279. Miksik O. Pocuzovani struktury a dynamiky aktualnich psychiatrickich stavu // Vy. Kurny ustav psychiatricky. — Praha-Zpravy, 1975. P. 3–45.
280. Shekelle R. B, Caule M., Ostfeld A. M. et al. Hostility, risk of coronary heart disease and mortality // Psychosom. Med. — 1982. — Vol. 45a. — P. 109–114.
281. Welwood John. Intimate relationship as path // J. Transpers. Psychol. — 1990. — № 1. — P. 51–58.

Научное издание

Шаповал Валентин Анатольевич,
кандидат медицинских наук, доцент

**ЭКСПЕРТНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА
ОЦЕНКИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И МОНИТОРИНГА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Монография

Печатается в авторской редакции

Компьютерная вёрстка *Фролова А. В.*
Дизайн обложки *Савиных А. И.*

ISBN 978-5-91837-235-7



Подписано в печать 13.12.2019. Формат 60×84 ¹/₁₆.
Печать цифровая. Объем 15,5 п. л. Тираж 100 экз. Заказ № 138/19

Отпечатано в Санкт-Петербургском университете МВД России
198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1