

МВД России
Санкт-Петербургский университет

Ю. Ю. Стрельникова, М. Г. Баринова, М. В. Пряхина

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Учебное пособие

Санкт-Петербург
2021

УДК 159.923

ББК 88.3

С 84

Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В.

С 84 Психологическая коррекция и реабилитация : учебное пособие. — Санкт-Петербург : Изд-во СПб ун-та МВД России, 2021. — 148 с.

Авторский коллектив:

Стрельникова Ю. Ю., *д-р психол. наук, доц.* (тем. 3, 5, введен.);

Барина М. Г., *канд. психол. наук* (тем. 1, 2, закл.);

Пряхина М. В., *канд. психол. наук, доц.* (тем. 3)

ISBN 978-5-91837-432-0

Учебное пособие соответствует программе дисциплины «Психологическая коррекция и реабилитация». В содержании представлена организация индивидуальной и групповой работы в зарубежной и отечественной практике. Особое внимание уделено психологической коррекции сотрудников органов внутренних дел, подробно рассмотрена психокоррекционная и реабилитационная работа с сотрудниками органов внутренних дел, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании.

Предназначено для обучающихся по специальности: 37.05.02 — «Психология служебной деятельности» (уровень специалитета), может представлять интерес для психологов и сотрудников подразделений по работе с личным составом органов внутренних дел.

УДК 159.923

ББК 88.3

Рецензенты:

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

Мороз М. В., начальник отделения по организации психологической работы отдела морально-психологического обеспечения управления по работе с личным составом Управления на транспорте МВД России по Северо-Западному федеральному округу

ISBN 978-5-91837-432-0

© Санкт-Петербургский университет
МВД России, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Тема 1. Психологическая коррекция и реабилитация как направления в деятельности психолога органов внутренних дел	5
1.1. Основные понятия, цели, задачи и принципы психологической коррекции	5
1.2. Виды и модели психокоррекционной помощи	13
1.3. Виды и принципы реабилитационной помощи	16
Тема 2. Основные направления и методы психологической коррекции и реабилитации в зарубежной и отечественной практике	23
2.1. Психоаналитический подход	23
2.2. Когнитивно-поведенческое направление	37
2.3. Патогенетический подход	44
Тема 3. Формы психологической коррекции и реабилитации в деятельности психолога органов внутренних дел	50
3.1. Формы психологической коррекции и реабилитации	50
3.2. Психологические особенности индивидуальной психокоррекции	53
3.3. Специфика групповой формы психокоррекции	63
Тема 4. Психокоррекционная работа психолога с сотрудниками органов внутренних дел	69
4.1. Психологическая коррекция нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел	69
4.2. Психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании	85
4.3. Психологическая коррекция социально-психологических явлений в подразделениях органов внутренних дел	90
4.4. Психологическая коррекция семейно-бытовых отношений сотрудников органов внутренних дел	99
Тема 5. Психологическая реабилитация сотрудников органов внутренних дел	107
5.1. Психическая травматизация и ее последствия как «мишени» психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел	107
5.2. Методы психологической реабилитации и особенности организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел	126
Заключение	143
Список рекомендуемой литературы	144

ВВЕДЕНИЕ

Освоение учебной дисциплины «Психологическая коррекция и реабилитация» является важным этапом становления психолога органов внутренних дел. Данная дисциплина позволяет систематизировать знания, полученные на всех курсах обучения с позиции различных направлений психологии. В процессе освоения дисциплины, реализующей целостный подход к человеку, обсуждаются современные взгляды на причины и варианты психологических последствий, как повседневной служебной деятельности, так и деятельности в особых условиях, а также методы восстановления здоровья у сотрудников органов внутренних дел.

Дидактическая направленность учебного пособия определила его структуру и основное содержание. Учебное пособие состоит из пяти тем, в полном соответствии с рабочей программой учебной дисциплины «Психологическая коррекция и реабилитация»: основные понятия, цели, задачи, направления психокоррекции и реабилитации в зарубежной и отечественной практике; классификация основных видов, форм и методов психокоррекции и реабилитации; психокоррекция психологического кризиса; нарушений психологической адаптации, негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел, психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании, психологическая коррекция социально-психологических явлений в подразделениях органов внутренних дел и психокоррекция семейно-бытовых отношений, особенности реабилитационной работы с сотрудниками органов внутренних дел. В конце каждой темы приводятся вопросы для самоконтроля знаний обучающихся.

Данное издание ставит целью закрепление и углубление академических знаний, приобретенных на лекциях, а также развитие профессиональных компетенций, связанных с психокоррекционной и реабилитационной деятельностью психологов органов внутренних дел. Применение практических навыков психологической коррекции и реабилитации требует не только освоения теоретических знаний в данной области, но жизненного опыта.

ТЕМА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК НАПРАВЛЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

- 1.1. Основные понятия, цели, задачи и принципы психологической коррекции.
- 1.2. Виды и модели психокоррекционной помощи.
- 1.3. Виды и принципы реабилитационной помощи.

1.1. Основные понятия, цели, задачи и принципы психологической коррекции

Каждый в своей жизни встречается с вопросами, связанными с психологией. Человек, по своей природе стремится к гомеостазу, но современный мир постоянно изменяется, и для того, чтобы просто поддерживать свое здоровье, как физическое, так и психическое, все большему количеству людей требуется помощь специалиста. С проблемами физического здоровья можно обратиться к врачу, а психологические проблемы не всегда осознаются, но также часто встречаются. Специалистами в решении психологических проблем считаются психологи, т. е. люди, которые знают и умеют помогать другим.

Легче предотвратить, предупредить развитие проблемы, чем потом решать её. Деятельность психологов направлена на попытку научить других заботиться о своем психологическом здоровье, и, по возможности о психологическом здоровье окружающих. Психологическая культура проявляется в заботе о психологическом здоровье. А. А. Осипова¹ выделяет три составляющих психологической культуры:

1. Самопознание и самооценка.
2. Познание других людей.
3. Умение управлять своим поведением, эмоциями, общением.

Большинству достаточен небольшой толчок, в виде лекций или 1–2 консультаций специалиста-психолога, который объяснит, научит и поддержит в трудной ситуации. Однако с некоторыми ситуациями человеку тяжело самостоятельно справиться и ему требуется длительная и/или специализированная психологическая поддержка.

Термин психологическая коррекция получил распространение в начале 70-х гг. прошлого века в Советском Союзе, когда психологи

¹ Осипова А. А. Общая психокоррекция: учебное пособие. — М.: Сфера, 2002. — С. 2.

начали познавать методы психотерапии, в том числе групповой. 1980–1990 гг. характеризует повышенный интерес к психологии, именно тогда начался обмен опытом зарубежных и советских специалистов в области психологии. В Московский и Ленинградский университеты приезжали известные психологи с лекциями: В. Сатир, Дж. Рейнуотер, В. Франкл, К. Роджерс и др. Примерно в это же время стали появляться службы социально-психологической помощи и телефоны доверия, издавалась и пользовалась большим спросом как специализированная литература (издательство «Питер» было основано в 1991 г., в 1995 г. оно начало издавать переводную специализированную медицинскую и психологическую литературу). После открытия в вузах факультетов психологии, где готовили профессиональных специалистов-психологов, появилось множество курсов, на базе второго высшего образования, по кратковременной подготовке психологов. Возникла необходимость разграничения действий психологов и врачей-психиатров. Врачей обозначили термином «психотерапия», а для психологов ввели новый термин — «психологическая коррекция». На сегодняшний день нет четкого разграничения понятий «психотерапия» и «психологическая коррекция».

Вспомним содержание термина «психотерапия»:

— по определению С. Кратохвила¹, одного из основоположников групповой психотерапии: психотерапия — это целенаправленная коррекция расстройств функций организма психологическими средствами;

— наиболее распространенное определение: психотерапия — это различные формы помощи людям, которые имеют трудности. Эта помощь осуществляется путем коммуникации, преимущественно путем беседы».

Известно, что и в психотерапии, и в психологической коррекции важны одни и те же личностные характеристики специалиста; предъявляются достаточно жесткие требования к уровню образования, профессиональным навыкам; используются одинаковые теории; психологическая помощь осуществляется через непосредственное взаимодействие между специалистом и клиентом/клиентами. Это демонстрирует схожесть психотерапии и психокоррекции. Также известно, что термин «психотерапия» (Psyhoterapy) используется во многих языках и обозначает профессиональную помощь психолога.

¹ Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов. — Изд. 3-е, перераб. — СПб.: Питер, 2007. — С. 16.

Психологическую помощь осуществляет специалист, имеющий психологическое образование, владеющий знаниями в области психодиагностики, психокоррекции, психотерапии, психологического консультирования, клинической психологии и др. В психологической помощи необходим индивидуальный подход, который должен зависеть от возрастных, профессиональных, личностных, ситуационных и других особенностей. Невозможно составить четко структурированную программу психологической коррекции и применять к разным людям, находящимся в похожих ситуациях (например, ситуации потери).

Термин «реабилитация» (лат. *habilis* — «способность», *rehabilis* — «восстановление способности») понимается как восстановление здоровья, избавление от последствий психологической травмы, различных заболеваний и пр. Под медицинской реабилитацией понимают максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности. В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020) реабилитацией называется система и процесс формирования отсутствовавших способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Если кратко, то реабилитация — это восстановление утраченного, а абилитация — это формирование нового.

Психологическая коррекция (психокоррекция) — один из видов психологической помощи, деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также — деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям¹.

Психологическая коррекция применяется для решения проблем клиента, не связанных с органическими нарушениями, направлена на изменения поведения или развитие личности с помощью специальных средств психологического воздействия, можно выделить специфические особенности психокоррекционного процесса:

¹ Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Психотерапия и психокоррекция как методы психологической помощи // Прикладная военная психология. — СПб.: Питер, 2006. Гл. 6.3.2. — С. 153–164.

- ориентация на психически здорового человека;
- коррекция основывается на здоровые стороны личности;
- чаще консультирование психолога направлено на настоящее и будущее клиентов;
- длительность встреч — среднесрочная помощь;
- направлен на изменение поведения и развитие личности клиента.

Психологическая коррекция своими целями видит: изменение неадаптивного поведения, повышение адаптивных возможностей личности, избавление от недостатков в развитии личности.

Существуют правила формулирования целей психокоррекционной работы:

- формулировка целей должна быть позитивной, а не негативной, т. е. мы хотим достичь чего-то, а не отказаться от чего-то, мы не должны ничего запрещать и ограничивать клиента;
- необходимо выдвигать реальные цели, которые можно достичь в результате психологической коррекции, а результаты можно сразу реализовать на практике;
- в процессе коррекции стоит учитывать возможности развития личности, которые могут отражаться на взаимодействии с другими людьми и на процессе практической деятельности.

Отражение коррекционной работы можно наблюдать достаточно длительное время, начиная от процесса коррекции, ее завершения и примерно через полгода можно узнать о закреплении или потере положительных результатов деятельности специалиста.

В качестве принципов психологической коррекции А. А. Осипова¹ выделяет следующие:

1. Принцип единства диагностики и коррекции подразумевает, что уже во время психологической диагностики происходит коррекция, как минимум клиент высказывается, тем самым освобождаясь от сильных эмоций. Эффективность коррекции коррелирует с точностью диагностики, при правильной диагностике психолог акцентирует внимание на проблемных вопросах. Основываясь на результатах диагностики, психолог формулирует цели и задачи коррекции, а во время проведения коррекционной работы необходима промежуточная диагностика, которая позволяет более точно корректировать методы и средства, а также коррекционную программу.

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — С. 9.

2. Принцип системности развития психологической деятельности подразумевает системность как функцию мозга, как регулятор поведения, деятельности и общения. Психика представляет собой организованную систему, при изменении (коррекции) одной ее части, изменяются и другие части, например, при изменении эмоциональной сферы изменяется поведение, мотивация и др. компоненты.

3. Деятельностный принцип коррекции означает, что при коррекции необходимо ориентироваться на деятельность, которую осуществляет клиент. Коррекционные задания необходимо связать с деятельностью, необходимо помнить, что коррекция — это целостная осмысленная деятельность и желательно, чтобы она естественно вписалась в систему ежедневных взаимодействий клиента. При работе с детьми мы используем понятие «ведущая деятельность».

4. Принцип нормативности развития больше относится к детскому возрасту и связан с понятием, введенным Л. С. Выготским, «психологический возраст» и возрастной нормой, также при проведении коррекции стоит ориентироваться на «индивидуальную норму».

5. Принцип коррекции «сверху вниз», также связан с именем Л. С. Выготского и «зоной ближайшего развития» ребенка, ориентирован на формирование психологических особенностей, которые должны быть сформированы в данном возрасте или которые сформируются в ближайшее время.

6. Принцип коррекции «снизу вверх» означает совершенствование имеющихся психологических способностей, адаптивных моделей поведения, которые в дальнейшем способствуют формированию новых образований.

Развитие реабилитации связано с развитием медицины во время Первой мировой войны и Второй мировой войны, когда солдаты после ранений и заболеваний не могли жить так, как раньше, им требовалась адаптация к новым условиям жизни.

Реабилитация и абилитация, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), — это процессы, направленные на обеспечение того, чтобы инвалиды смогли достигнуть и поддерживать оптимальный уровень физического, сенсорного, интеллектуального, психологического и/или социального функционирования. Реабилитация охватывает широкий диапазон деятельности, включая реа-

билитационную медицинскую помощь, физиотерапию, психотерапию, логопедию и эрготерапию, а также вспомогательные услуги¹.

Целью реабилитации является возвращение человека в общество, максимально возможное в условиях данного заболевания или его последствий, либо врожденной аномалии.

Существует несколько направлений реабилитации, в контексте данного издания мы рассмотрим психологический аспект, который состоит в коррекции психического состояния и формировании адекватных отношений к самому себе, к окружающему и к другим людям.

Задачей реабилитации является восстановление функциональных возможностей и развитие компенсаторных приспособлений в соответствии с изменившимися условиями, а также профилактика психических нарушений.

Среди основных принципов реабилитации выделяют следующие:

- раннее начало;
- применение различных мероприятий;
- индивидуальный подход;
- постепенность;
- постоянство и взаимосвязь различных мероприятий;
- направленность на общество;
- адекватность программы реабилитации (диагностика).

Реабилитация как часть современной медицины должна быть индивидуально направленной, основываться на психологических особенностях реабилитируемого.

Психическое здоровье, по определению ВОЗ, — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества².

В литературе встречаются термины «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». Первый больше относится к психиатрии и связан с отдельными психическими процессами. Психологическое здоровье включает в себя психическое и обеспечивает адапта-

¹ Медицинское обслуживание и реабилитация [Электронный ресурс] // ВОЗ. URL: <https://www.who.int/disabilities/care/activities/ru/> (дата обращения: 22.02.2021).

² Психическое здоровье [Электронный ресурс] // ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения: 22.02.2021).

цию личности, делает ее самодостаточной. В иностранной литературе понятие «Psychological Health» чаще всего на русский язык переводят как психическое здоровье, хотя именно о психологическом здоровье рассуждает К. Роджерс, А. Эллис, А. Маслоу и др. В русскоязычной литературе данный термин введен и разработан И. В. Дубровиной¹ в педагогической психологии.

Психологически здоровый человек должен быть здоров физически и психически, кроме того, он должен быть жизнерадостным оптимистом, познающим себя и окружающий мир, обладать адекватной самооценкой, стремиться постоянно развиваться, находится в гармонии с собой и окружающим миром.

В литературе существует несколько подходов к психологическому здоровью:

— психологическое и психическое здоровье употребляются как синонимы;

— психологическое здоровье как синоним социально-психологической адаптации и субъективного благополучия;

— психологическое здоровье как аналог самоактуализации и личностной зрелости.

Психологическое здоровье может быть критерием внутренней свободы, так называемой «свободы для», в отличие от «свободы от». Внутренняя свобода характеризуется независимостью, самодостаточностью, гармонией с внутренним и внешним миром. И. И. Галецкая² считает необходимым выделить двухфакторную структуру психического здоровья: структурно-процессуальное психическое здоровье и психологическое здоровье. Первый компонент связан с психическими процессами, с когнитивной и эмоционально-волевой сферами. Второй компонент — психологическое здоровье, является интегральным состоянием взаимосвязи физических, психологических, культурных, социальных и духовных факторов, образующих психологическое благополучие.

Точных критериев психологического здоровья не существует, но есть критерии психического здоровья, к ним относятся:

¹ Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. — 4-е изд. — Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — С. 4.

² Галецкая И. И. Общая характеристика психологического здоровья и его основных критериев // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2015. № 2 (6). — С. 66–69.

1. Отсутствие нарушений психических функций.

2. Причинная обусловленность психических явлений, их адекватность (соответствие силе и частоте) внешних раздражителей, в том числе и социальных.

3. Чувство постоянства и идентичности переживаний в одинаковых ситуациях.

4. Максимальное соответствие субъективных образов реальным объектам.

Психическое и психологическое здоровье понятия не статические, а динамические, психическое здоровье уменьшается во время болезни, а также с возрастом. Следовательно, критерием психологического здоровья можно считать социально-психологическую адаптацию личности. В. А. Ананьев описывает уровни психологического здоровья:

1. Креативный уровень: характеризуется устойчивой адаптацией в любых условиях, возможностью преодоления стрессовых ситуаций, креативным подходом к действительности.

2. Адаптивный уровень: характеризуется адаптацией к социуму, но возможны проявления дезадаптации, повышенной тревожности.

3. Дезадаптивный или ассимилятивно-аккомодативный уровень: характеризуется неспособностью к адаптивному взаимодействию с окружающими или проявляющими тотальную зависимость от факторов внешней среды, сильные эмоциональные перегрузки¹.

Психологическое здоровье означает адекватное восприятие внешнего мира и самого себя, осознанную потребность в саморазвитии. На противоположном полюсе от психологического здоровья находится психологическая дезадаптация, в которой также можно выделить уровни:

1. Акцентуации характера, по определению А. Е. Личко (1985), — это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий («место наименьшего сопротивления» в структуре акцентуаций, так называемые «негативные» свойства акцентуации) при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим («позитивные свойства» акцентуации характера)².

¹ Ананьев В. А. Концептуальные основы психологии здоровья. — СПб.: Речь, 2006. — С. 50.

² Личко А. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — СПб.: Питер, 2019. — 304 с.

2. Невроз, по определению В. Н. Мясищева, — психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психопатологических явлений¹. Он выделяет 3 вида конфликта: истерический («не имею права, но хочу»), неврастенический («не имею достаточных сил, но хочу»), обсессивный («хочу, но не могу решиться»).

3. Психопатия — это личностные расстройства, нарушение психического здоровья, которые нарушают адаптацию. П. Б. Ганнушкин выделил критерии психопатии: 1) тотальность; 2) относительная стабильность; 3) нарушение социальной адаптации².

4. Психоз — это выраженное нарушение психического здоровья, при котором действия человека никак не связаны с реальной ситуацией, даже противоположны ей, что проявляется в нарушениях восприятия окружающего мира и неадекватном поведении.

Таким образом, психологическая коррекция предполагает оказание психологической помощи психически здоровым людям, находящимся в сложных ситуациях, или не способным справиться с имеющимися проблемами, способствующая повышению адаптации и гармонизации взаимоотношений с окружающими.

Психологическое здоровье включает в себя психическое здоровье и способствует самоактуализации личности. Реабилитация — это восстановление или компенсация психических и физиологических функций. Психологическая коррекция способствует реабилитации.

1.2. Виды и модели психокоррекционной помощи

Психологическая коррекция способствует повышению адаптационного потенциала здорового человека. Коррекции поддаются недостатки, не имеющие органической основы. Существует множество видов психокоррекции. Рассмотрим классификацию, выделенную А. А. Осиповой³.

1. По направленности психологического воздействия выделяют: — симптоматическую, направленную на избавление или облегчение острых, и не только, симптомов; возможна как необходимый этап перед каузальной;

¹ Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — М.: Книга по Требованию, 2013. — 426 с.

² Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М.: Север, 1933; Н. Новгород: Изд-во НГМД, 1998. — 128 с.

³ Осипова А. А. Указ. соч. — С. 7–9.

— каузальную или причинную (от англ. cause — причина), направленную на источники и причины отклонений.

2. По ориентации:

— когнитивную направленность;

— личностную;

— эмоционально-волевою;

— поведенческую;

— межличностную: групповую и детско-родительских отношений.

3. По количеству взаимодействий:

— индивидуальную;

— групповую: в закрытой естественной группе (семья, коллеги), в открытой группе (одинаковые проблемы клиентов);

— смешанную.

4. По наличию программ:

— программированную;

— импровизированную.

5. По характеру управления:

— директивную;

— демократическую.

6. По продолжительности:

— сверхкороткую (сверхбыструю) — минуты-часы;

— короткую (быструю) — часы-дни;

— длительную — месяцы;

— сверхдлительную — годы.

7. По диапазону решаемых задач:

— общую — общекоррекционные мероприятия, гармонизирующие микросреду;

— частную — специально разработанные психокоррекционные программы, приемы и методики;

— специальную — мероприятия, направленные на исправление проблем адаптации, связанных с последствиями неправильного воспитания (детские дома, агрессивность, асоциальность и др.).

Психокоррекционная работа предъявляет особые требования к личности психолога. Кроме базовой психологической подготовки необходима:

— теоретическая подготовка — знание основных теорий, лежащих в основе психологической коррекции;

— практическая — умение применять психокоррекционные методы и методики, составлять психокоррекционные программы;

— личностная готовность — у психолога не должно быть проблем, аналогичных клиенту, он должен уметь создать условия, необходимые для самореализации и самоактуализации клиента, что можно достичь при конгруэнтности, положительном восприятии клиента, эмпатии. Проработанность личностных проблем психолога поможет не только расширить диапазон возможностей, но и занять наиболее адекватную позицию по отношению к клиенту. Личностная готовность позволяет психологу рассматривать проблемы клиента независимо от собственных взглядов.

Модели психологической коррекции базируются на многочисленных теоретических направлениях, отечественные модели основываются на трудах Л. С. Выготского, А. А. Осиповой, Г. В. Бурменской, А. С. Спиваковской, И. И. Мамайчук и др. Зарубежные модели подразделяются на психодинамические, поведенческие, когнитивные, экзистенциальные и др.

Отечественная психологическая коррекция основана на патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева и личностно-ориентированной психотерапии. Целью является осознание клиентом нарушенных личностных отношений; за счет осознания происходит разрешение психотравмирующей ситуации.

Психодинамическая модель ориентируется на понятие конфликта, который считается причиной нарушений поведения и эмоций. Психологическая коррекция способствует разрешению конфликтов, основной задачей психоанализа является осознание конфликтной ситуации, основанной на бессознательных влечениях. Предполагается, что осознание бессознательных влечений и конфликтной ситуации способствует разрешению конфликтов и развитию личностного «Я».

Поведенческая модель направлена на управление поведением, с помощью изменения окружения или реакции на него. Психологическая коррекция направлена на выработку нового адаптивного поведения или избавление от дезадаптивного.

Когнитивная модель психокоррекции основана на познавательных компонентах и личностных конструктах. Рассматривая личность как интеграцию познавательных структур, которая влияет на взаимоотношения с внешним и внутренним миром, психологическая коррекция направлена на исправление ошибочной переработки информации и изменение неадаптивных убеждений.

Таким образом, психокоррекционная помощь может быть основана на различных теоретических моделях, но при этом она направ-

лена на повышение адаптации клиента и избавление от неадаптивного поведения и эмоциональных реакций.

1.3. Виды и принципы реабилитационной помощи

Выделяют следующие виды реабилитации:

1. Медицинская реабилитация включает: в себя комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья больного.

2. Физическая реабилитация: подразумевает включение различных физических и физиологических процедур — лечебная физкультура (ЛФК), массаж, физиотерапия, природные факторы и др.

3. Психологическая реабилитация способствует восстановлению социальной и профессиональной активности, а также нормализации эмоционального состояния.

4. Социально-бытовая реабилитация предусматривает восстановление навыков бытового самообслуживания.

5. Трудовая (профессиональная) реабилитация — подготовка и обучение клиента определенной трудовой деятельности, учитывая индивидуальные особенности.

Реабилитационные мероприятия необходимо проводить на основе системного подхода, учитывая, что конечной целью реабилитации является повышение качества жизни. В последнее время ученые говорят о психосоциальной реабилитации¹, которая строится на основе системного подхода и основывается на биопсихосоциальной модели заболевания. Биопсихосоциальная модель основана на концепции В. М. Бехтерева о комплексном подходе, где человек рассматривается как многоуровневая, иерархически организованная система, целостность которой обеспечивает переход от низкого к более высокому и сложному уровню. Течение любого заболевания связано с адаптационно-компенсаторными процессами, об этом говорит адаптационная концепция заболевания. В теории функциональных систем считается, что ведущим системообразующим фактором является полезный для системы и организма приспособительный результат. Дальнейшая разработка этого направления в медицине получила название функциональный диагноз, в который входят биологический, психологический и со-

¹ Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты / сост. Н. М. Залуцкая; под общ. ред. Н. Г. Незнанова. — СПб.: СпецЛит, 2017. — 600 с.

циальный аспект, тесно взаимосвязанные между собой. Анализируя все аспекты и параметры функционального диагноза, можно создать программу реабилитации в рамках биопсихосоциального подхода.

Психологический аспект включает в себя оценку психологических особенностей, связанных с психологической адаптацией к заболеванию и возникшим обстоятельствам, а также с характеристиками социальной ситуации, в которой оказался человек.

Постановка функционального диагноза, являющегося частью клинического диагноза, способствует более точной оценке адаптивно-компенсаторных особенностей, возможности устранения факторов, мешающих или снижающих адаптацию, целенаправленной адаптации в социальной среде — семья, рабочий коллектив, быт.

М. М. Кабанов разработал принципы реабилитации:

1. Обращение к личности. В психологии известно, что помочь человеку можно только если он этого хочет, соответственно психологу необходимо помочь найти цель, к которой человек будет стремиться.

2. Разносторонность усилий подчеркивает важность и необходимость разных воздействий — биологических, физиологических, психологических, социальных.

3. Единство биологических и психосоциальных воздействий. Данный принцип предполагает комплексность помощи человеку: один врач сделает гораздо меньше, чем совместное воздействие врача, психолога, социального окружения.

4. Последовательность. Включает в себя постепенный переход от простого к сложному, от медицинских способов помощи к психологическим, психокоррекционным, от индивидуальной психотерапии к групповой и т. д. Также более или менее длительный перерыв в реабилитации может отменить эффективность предыдущих мероприятий.

Психологическая реабилитация включает в себя ряд этапов: оценка реабилитационного потенциала; анализ возможностей и условий проведения реабилитации; выдвижение целей и задач; подготовка методов и средств реабилитации.

Выделяются методы психологической реабилитации:

1. Психологическая консультация — способствует выявлению проблем и условий, мешающих самореализации, самоактуализации личности. Психологическая консультация в рамках реабилитации подразделяется на несколько блоков:

- психодиагностика;
- психокоррекция;

— психотерапия.

2. Психотерапия — заключается в избавлении от имеющихся симптомов и формировании позитивного отношения к социуму и к самому себе. В психотерапии используются следующие техники:

— арттерапия;

— гипнотерапия;

— гештальттерапия;

— когнитивная психотерапия;

— поведенческая психотерапия и др.

3. Психологическая коррекция — ставит своей целью повышение адаптационного потенциала личности.

4. Социально-психологический тренинг — направлен на восстановление, развитие и совершенствование установок, навыков и знаний межличностного взаимодействия.

Средствами реабилитации считают все, что может помочь достичь главной цели реабилитации — повышение адаптационного потенциала человека, среди них можно выделить:

— средства активной реабилитации: трудотерапия, активные физические упражнения, лечебная физкультура;

— средства пассивной реабилитации: физиотерапия, фармакотерапия, фитотерапия;

— средства психологической реабилитации.

Индивидуальная программа реабилитации может включать множество средств в зависимости от особенностей нарушений, выраженности симптомов или последствий.

Кроме средств реабилитации можно говорить и о реабилитационной среде, т. е. об особых условиях, создаваемых индивидуально и имеющих свои особенности, в зависимости от особенностей нарушения. Реабилитационная среда состоит из следующих компонентов:

— организационные — специализированные центры, учреждения, организации, направленные на создание оптимальных условий для реабилитации;

— функциональные применяются для восстановления нарушенных функций; выделяют: медицинское, психологическое, социальное, профессиональное и другие факторы восстановления.

Для человека или для группы, которой требуется реабилитация, составляется оригинальная программа реабилитации. В соответствии со статьей 11 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» Индиви-

дуальная программа реабилитации (ИПР) или абилитации инвалида — комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности¹.

Реабилитация является необходимым компонентом любого тяжелого или длительно протекающего заболевания или нарушения. Соматические заболевания и травмы могут сопровождаться психическими и психологическими нарушениями, затрудняющими процесс восстановления и качество жизни. Психические и психологические нарушения часто связаны с эмоциональными нарушениями, которые только утяжеляют процесс выздоровления.

Заболевание, нарушения физического или психического здоровья ограничивают процесс самореализации, рост личности. Психологическая реабилитация способна решать следующие задачи:

1. Нормализация психоэмоционального состояния;
2. Восстановление психологического здоровья и предупреждение эмоциональных нарушений;
3. Формирование позитивной Я-концепции;
4. Гармонизация межличностных взаимоотношений и взаимодействий с окружающим миром.

В работе психолога органов внутренних дел кроме реабилитации отдельно можно выделить понятие «экстренная реабилитация» как комплекс экстренно необходимых медико-психологических мероприятий по предупреждению и/или восстановлению нарушенных психосоматических функций, поддержанию работоспособности и надежности деятельности сотрудников, находящихся в экстремальных ситуациях, а также направленных на профилактику возможных заболеваний.

Определим наиболее актуальные задачи экстренной реабилитации:

— поиск предикторов и возможных психосоматических и психологических нарушений в условиях определенных ситуаций;

¹ Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020).

— подготовка комплекса мероприятий, направленных на предупреждение возможных нарушений;

— применение средств и методов быстрого восстановления нарушенных функций;

— разработка методик, предупреждающих и позволяющих быстро устранять возникновение нарушений.

Экстренная реабилитация — вариант краткосрочной помощи, направленной на обеспечение физической и психологической безопасности, а также на нормализацию психического состояния.

Мероприятия, входящие в экстренную реабилитацию:

1. *Телефоны доверия* — дистанционная форма оказания экстренной психологической помощи для разных групп населения. Существуют телефоны доверия для превенции суицидов, сложных жизненных ситуаций, жертв насилия, подростков, женщин с детьми, больных различными заболеваниями (СПИД, онкология, бесплодие и т. д.). На территории Российской Федерации существуют телефоны доверия государственных организаций: телефон доверия МВД — 8-800-222-74-47; телефон доверия УГИБДД по Санкт-Петербургу — 8 (812) 573-21-81; служба собственной безопасности МВД СПб — 8 (812) 541-02-02; телефон доверия ФСБ СПб — 8 (812) 438-69-93 и др.

Сотрудниками службы телефонов доверия чаще всего являются психологи, студенты-психологи и специалисты, прошедшие профессиональное обучение.

Телефоны доверия можно разделить в зависимости от:

— аудитории — возраст (молодые, пожилые), пол и др.;

— метода работы — телефонная психотерапия, разговор с другом, консультация;

— статуса — государственные, муниципальные, частные, благотворительные;

— кадрового состава — профессиональные или волонтерские¹.

Психологическая помощь по телефону доверия осуществляется в несколько этапов:

1) установление контакта, положительное принятие абонента;

2) выявление экстренной ситуации и связей с предыдущими жизненными обстоятельствами, избавление от сильных эмоций;

3) осознание ситуации и планирование действий по ее преодолению;

¹ Султанова И. В. Экстренная психологическая помощь по «телефону доверия» // Наука и образование сегодня. 2016. № 9 (10). — С. 91–95.

4) постоянная психологическая поддержка абонента.

Можно выделить преимущества телефонов доверия:

— доступность в любое время в любом месте;

— анонимность;

— демократичность — абонент может говорить все, что хочет, не боясь упреков, но необходимо помнить, что при депрессивных и суицидальных мыслях необходима авторитарность психолога;

— независимость от политических, религиозных и др. взглядов;

— абонент не понимает психотерапевтическое значение разговора;

— разговор является бесплатным.

2. *Индивидуальная краткосрочная консультация непосредственно после свершившейся ситуации.*

3. *Групповая работа с людьми, оказавшимися в одинаковой ситуации.*

Психологии, оказывающие экстренную реабилитацию, условно делят клиентов на:

— жертвы — пострадавшие, вынужденно находящиеся в чрезвычайной ситуации (ребенок в закрытой квартире);

— пострадавшие физически или материально (травмы, ранения);

— люди, ничего не знающие о судьбе своих родных и близких или потерявшие их;

— очевидцы — люди, наблюдавшие чрезвычайную ситуацию и получившие психологическую травму («могло произойти со мной»);

— участники ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Человек, впервые столкнувшийся с экстремальной ситуацией, может демонстрировать следующие реакции: страх, истерика, двигательное возбуждение, ступор, агрессия, плач, смех и др., нормальная реакция на ненормальную ситуацию. Первая помощь заключается в создании безопасной атмосферы, как физической, так и психологической.

Таким образом, реабилитация является важнейшей составляющей лечебного процесса, при своевременном применении позволяет предотвратить появление возможных нарушений и/или утяжеление имеющихся. Психологическая реабилитация, являющаяся частью общей реабилитации, способствует скорейшему выздоровлению, восстановлению социального и профессионального статуса, или адаптации к изменившимся условиям, если восстановление невозможно.

Системный подход является необходимым условием для полноценной реабилитации, в которой важное место занимает психологи-

ческая коррекция, также включающая в себя коррекцию нарушенных отношений личности.

Анализ представленных теоретических моделей оказания психокоррекционной помощи в отечественной и зарубежной психологии показал следующее. Психокоррекционная помощь направлена на помощь личности в саморазвитии и гармонизации. Реабилитационная помощь направлена на повышение качества жизни клиента. Психологическая коррекция — система методов профилактики и коррекции нарушений психической деятельности, не имеющих характера выраженной психической патологии.

У разных авторов отличаются взгляды на теорию и практику психологической помощи, но практически все выделяют как основную составляющую — психологическое воздействие на личность, и в индивидуальной, и в групповой работе, воздействие на переживания и представления личности, зависящие от отношения к себе, и через себя на окружающий мир.

Контрольные вопросы:

1. Объясните происхождение термина «психологическая коррекция».
2. Что такое психологическая культура?
3. Кто может оказывать психологическую помощь?
4. Что означает термин «реабилитация»?
5. Назовите цели психологической коррекции.
6. Перечислите принципы психологической коррекции.
7. Каковы задачи реабилитации?
8. Что такое психическое здоровье?
9. Назовите виды реабилитации.
10. Перечислите принципы реабилитации, сформулированные М. М. Кабановым.

ТЕМА 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАРУБЕЖНОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Учебные вопросы:

- 2.1. Психоаналитический подход.
- 2.2. Когнитивно-поведенческое направление.
- 2.3. Патогенетический подход.

2.1. Психоаналитический подход

Общей направленностью психоаналитического подхода является помощь клиенту в выявлении неосознаваемых причин неадекватного поведения и эмоциональных нарушений за счет их осознания и проработки, что подразумевает их контроль и, как следствие, возможность саморазвития. Центральным аспектом психодинамического направления являются динамические особенности психики — мотивы, побуждения, внутренние конфликты, которые мешают развитию личностного «Я».

В соответствии с теорией З. Фрейда (1856–1939), человеческая психика состоит из трех уровней: сознание, подсознание и бессознательное, и трех структур: «Сверх-Я», «Я» и «Оно» (рисунок 1).

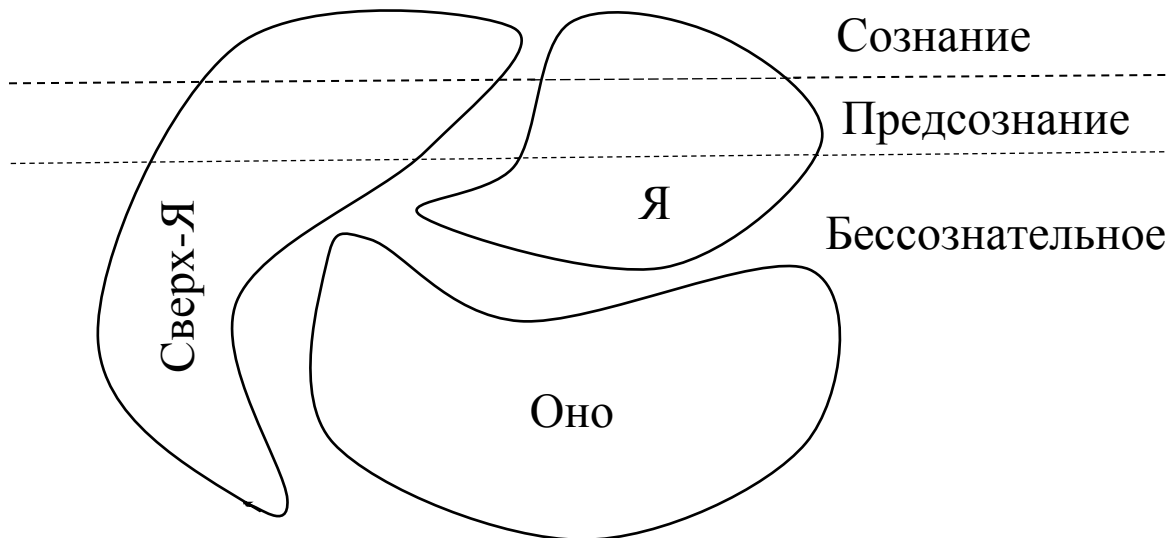


Рисунок 1. Структура психики по З. Фрейду

По мнению З. Фрейда, бессознательное формируется вследствие вытеснения из сознания неприятных ситуаций. Основное отличие психоанализа — выделение и акцент на бессознательном. Постоянно

находится в сознании какая-либо ситуация или предмет не может, их место занимают актуальные ситуации, но при определенных условиях они снова могут появиться в сознании с помощью воспоминания. Такие воспоминания являются латентным бессознательным или предсознательным. Но существуют такие воспоминания, которые вытесняются в бессознательное, которое пытается не допустить эти воспоминания до сознания. Психоанализ помогает переместить эти воспоминания в сознательные.

В дальнейшем З. Фрейд разделил психику на три структуры:

— «Оно» является бессознательной частью психики, здесь хранятся влечения, отсутствуют понятия морали, нравственности, она недоступна сознанию. Основывается на биологических потребностях, характерно для детей до 5–6 лет;

— «Сверх-Я» формируется в процессе взаимодействия с людьми, воспитания, сочетает в себе моральные и правовые нормы поведения, систему ценностей, характерно для школьного возраста. «Сверх-Я» противоположно «Оно», пытается его подавить, является приобретенным бессознательным;

— «Я» — сознательная часть психики, взаимодействует и с «Оно», и с «Сверх-Я». Сверхсильное влияние любого компонента приводит к изменению «Я» в его сторону. Например, очень строгое воспитание, регулярные наказания и внушение чувства вины ребенку постепенно интериоризируются и внешнее наказание заменяется внутренним, превалирует «Сверх-Я». Такой человек постоянно испытывает чувство вины, которое в дальнейшем может перейти в депрессию.

Следовательно, появление неврозов психоанализ объясняет нарушением баланса между частями психики с помощью вытеснения, что вызывает беспокойство.

Вытеснение — процесс избавления от неприемлемых влечений, мыслей, которые оказываются в бессознательном. Удовлетворение таких влечений вызывает одновременно и наслаждение и вину. Вытесненные в бессознательное неудовлетворенные влечения становятся источником неврозов, т. к. требуют усилий для их удержания в бессознательном. Такие влечения могут видоизменяться и проникать в сознание. Таким образом, вытеснение является защитным механизмом собственного «Я».

Вытесненные влечения стремятся к удовлетворению, но этому мешают здравый смысл, «Сверх-Я», тем самым порождается внут-

ренный конфликт. По мнению З. Фрейда, каждый человек является потенциальным невротиком.

«Я» вынуждено защищаться от вытесненных влечений, находящихся в бессознательном, создавая механизмы психологической защиты. Эти механизмы описала А. Фрейд¹, отметив, что выбор механизмов зависит от генетической предрасположенности, окружающих обстоятельств и воспитания. Психоанализ позволяет осознать и целенаправленно применять механизмы психологической защиты.

Структура психики в психоанализе подразумевает конфликт между «Я» и другими частями психики. В бессознательной части психики существуют не только наследственные влечения, связанные с либидо («Оно»), но и приобретенные в результате жизни («Сверх-Я»). Таким образом, «Я» оказывается как бы меж двух огней. «Сверх-Я» стремится подавить «Я», и как результат такого давления у «Я» появляется чувство вины, возникает внутриспсихический конфликт. Чувство вины может быть настолько сильным, что постоянные муки совести могут довести до болезни. Формирование «Сверх-Я» обусловлено воспитанием и строгостью наказаний родителей, в свою очередь родители зависят от собственного «Сверх-Я», основанного на идентификации со своими родителями.

«Сверх-Я», по мнению З. Фрейда, является носителем идеала, Я-идеальное, которое связано с желаемыми для родителей качествами ребенка, которые родители поощряют. У ребенка формируется «Сверх-Я», связанное с чувством амбивалентности к родителям – с одной стороны наказывают, с другой — поощряют, возникает другой внутриспсихический конфликт.

Формирование «Сверх-Я» связано с биологическими (Эдипов комплекс) и психологическими факторами (зависимость от родителей). Таким образом, в «Сверх-Я» уживаются моральные ограничения и стремление к совершенству, т. е. совесть и идеал, которые и формируют внутриспсихический конфликт.

По мнению З. Фрейда, все психические процессы возникают в бессознательном, но не все переходят в сознание. Психоанализ изучает динамику развития бессознательного и процесс его перехода в сознание.

Психоаналитическими методами называются способы, которые позволяют раскрыть содержание бессознательного. До З. Фрейда это

¹ Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. — СПб.: Питер, 2018. — 160 с.

был гипноз. З. Фрейд предложил новые методы выведения в сознание бессознательного:

- свободные ассоциации;
- толкование сновидений;
- толкование символов;
- парапраксии (оговорки, описки и т. д.);
- перенос.

Метод свободных ассоциаций или «ассоциативный эксперимент» является психоаналитическим методом изучения бессознательного с помощью свободного вербального изложения всего, что приходит в голову, особенно психоаналитик просит говорить о том, что кажется абсурдным или непристойным. Необходимо обратить внимание на содержание, последовательность, блокировки.

По З. Фрейду, дневные события инициируют бессознательное, которое проявляется во время ослабления моральных ограничений «Сверх-Я», т. е. сновидений, демонстрирующих подавленные влечения.

Толкование символов как бессознательного компонента, замещающего образы, идеи или действия, приемлемые для «Сверх-Я». В интерпретации символов рекомендуется включать обозначение, разъяснение и осознание клиентом.

Парапраксии или так называемые «оговорки по Фрейду» — не только оговорки, но также описки и бессознательные действия. З. Фрейд считал, что незначительные, бессмысленные ошибочные действия являются реализацией бессознательных желаний совместно с сознательным намерением. Парапраксии возникают, когда «Я» отвлекается и бессознательное «прорывается» наружу.

Перенос — психоаналитический термин, означающий, что чувства, которые клиент испытывает к близким людям (чаще всего родителям одного пола с психоаналитиком) переносятся на психоаналитика. Также современные авторы выделяют контрперенос — перенос чувств, испытываемых психологом к близким людям (чаще всего детям или зависимым от них людям) на клиента.

Рассмотрим более подробно каждый механизм защиты «Я» от «Оно»:

Вытеснение — наиболее инфантильный тип защиты, бессознательные влечения не получают разрядки, они вытесняются в предсознание, трансформируются и могут проявляться во снах, описках, оговорках и др.

Реактивное образование А. Фрейд называет одной из наиболее эффективных мер защиты, когда внимание «Я» сфокусировано на противоположных инстинктивных импульсах. При этом «Я» ничего не знает ни об импульсах, ни о конфликте, вследствие которого возникло реактивное образование. Любые избыточные действия могут говорить о реактивном образовании.

Отрицание — при возникновении конфликта между «Я» и «Оно», он переходит в конфликт между «Я» и «Сверх-Я», а затем и между «Я» и внешним миром. Человек отрицает беспокоящие его события, по-другому это называется бегство в фантазии, пациент психоаналитика искренне верит, что этого события не было, даже при очевидных доказательствах. Одной из форм отрицания считается неверное вспоминание событий, когда одно и то же событие в разное время описывается по-разному.

Рационализация — рациональные объяснения бессознательных действий. Человек ищет разумные объяснения своим поступкам, оправдывает свое поведение. «Я» пытается оправдать истинные мотивы поведения («Оно») в морально допустимые («Супер-Я»).

Проекция — приписывание другим людям, животным, предметам собственных чувств, желаний и мыслей, при этом если окружающие оправдывают приписанные чувства, то «Оно» получает разрядку, а «Я» чувствует удовлетворение. На основе данного механизма создаются проективные методики. Угроза воспринимается как внешняя, хотя человек испытывает и переживает реальные чувства, но не осознает и не принимает их. Одной из особенностей проекции является то, что мы замечаем в людях именно то, что характерно для нас.

Изоляция — вызывающие сильные чувства ситуации изолируются от психики, тем самым психика разделяется на части, и данная ситуация при воспоминании не вызывает сильных эмоций. При описании данных ситуаций у человека не возникает значимых чувств, как будто это произошло не с ним, а с кем-то другим. Тем самым человек не слушает, не понимает своих чувств, он от них отстраняется. Детская игра в «хорошего» и «плохого» позволяет проиграть, испытать изолированные чувства. З. Фрейд называл прототипом изоляции логическое мышление.

Регрессия — попытка бессознательного показать испытываемые чувства с помощью действий или мыслей, при этом избегая конфликта. Человек демонстрирует инфантильные поступки: грызет ногти, шариковые ручки, верит в домового, ведьм и др., в общем, ведет себя как ре-

бенек. Регрессия уменьшает тревогу с помощью выключения мышления и демонстрации действий, которые уменьшали тревогу в прошлом (спрятаться под кроватью, под одеялом, съесть конфету и т. д.).

Сублимация — это выражение влечений и желаний (сексуальных и агрессивных) с помощью общественно одобряемых способов. Чаще всего это творчество, с помощью которого достигается катарсис. На механизме сублимации основаны методы арт-терапии. Сексуальная или агрессивная энергия «Оно» направляется на новые цели, одобряемые «Сверх-Я», в результате полностью снимается первоначальное напряжение.

Механизмы психологической защиты формируются в детстве, когда впервые появившиеся сексуальные желания подавляются, вытесняются в бессознательное, и возникает чувство вины, стыда. Все механизмы психологической защиты, кроме сублимации не могут полностью удовлетворить потребности «Оно». С помощью этих механизмов психика «охраняет» себя от внутреннего и внешнего напряжения. Они позволяют избегать действительность — вытеснение; исключать ее — отрицание; посмотреть на нее с одной стороны — рационализация; сделать действительность противоположной — реактивное образование; поместить собственные чувства во вне — проекция; разделить действительность — изоляция; уйти от реальности — регрессия; трансформировать ее — сублимация. Любой механизм психологической защиты отбирает энергию у другой деятельности «Я».

Можно выделить две **цели** психологической коррекции:

1. Осознание причин тяжелых переживаний и неадекватных проявлений.

2. Контроль поведения, способствующий личностному росту.

Выделяют четыре **этапа** психоаналитической коррекции:

1. Осознание бессознательных источников поведения.

2. Поиск внутренних источников борьбы с возникающими трудностями.

3. Осознание собственного восприятия действительности.

4. Попытка психоаналитика изменить особенности взаимодействия клиента или изменить поведение с помощью мобилизации внутренних ресурсов.

Выбор зависит от множества факторов, основные из которых: особенности проблем клиента, внушаемости, личность психоаналитика.

Психоаналитик должен быть отстраненным, не вмешиваться в рассказ клиента, соблюдать нейтралитет, наблюдательным и уметь

интерпретировать сказанное клиентом. Для того чтобы стать психоаналитиком необходимо самому пройти процедуру психоанализа, супервизию, сознавать собственные проблемы, собственные реакции.

От клиента требуется согласие с теорией психоанализа, открытость и согласие на длительный курс психоанализа, а также обязательство на период психоанализа не совершать значимых перемен в своей жизни (свадьба, развод, рождение ребенка, смена места работы и т. д.)

Разберем **стадии** психоанализа:

1. Нахождение болезненных точек, воспоминаний с помощью ассоциаций, наблюдения, парапраксий.

2. Проговаривание выявленных проблем клиентом, после этого следует освобождение от сильных эмоций и спокойствие клиента.

3. Переоценка значимости событий, «переклеивание ярлыков», например, «друг» становится «коллегой», значимым становится отношение к клиенту, помощь ему в изменении восприятия мира.

4. Работа с эмоциями клиента, положительное окрашивание мира, спокойствие клиента.

5. Избавление от болезненных очагов, мешающих адекватному поведению, как следствие предыдущих стадий.

Процедуры психоанализа в рамках психокоррекции:

— **конфронтация** — столкновение и осознание клиента с его проблемами, которые он избегал и боялся признать;

— **прояснение** или **кларификация** — фокусировка внимания на анализируемой проблеме, выделение ее границ;

— **интерпретация** — осознание ранее бессознательных феноменов с помощью психоаналитика, от которого требуется не только знание теории, но также интуиция и эмпатия;

— **проработка** заключается в преодолении сопротивления клиента, которое мешает развитию личности.

Анализ сопротивления — одна из техник психоанализа, позволяющая осознать защитные механизмы, «Я» сопротивляется осознанию импульсов «Оно». Проведение психоанализа позволяет осознать использование механизмов психологической защиты, а не преодолеть сопротивление «Я», т. к. при преодолении сопротивления «Я» окажется полностью беззащитным.

Без **переноса** в психоанализе невозможно, он даже специально провоцируется особым расположением психоаналитика. Перенос означает бессознательное перемещение эмоциональных переживаний, в основном в отношении родителей или значимых лиц, на дру-

гих людей, чаще психологов, врачей, т. е. тех, кто, по мнению клиента, могут ему помочь, также как помогали родители в детстве.

Понятие невроз переноса используется для обозначения состояния, при котором «оживают» испытанные ранее чувства и трансформируются на психоаналитика, изменяя проблемы клиента; формируется новый невроз — невроз переноса. Психоаналитику необходимо учитывать не только сопротивление, но и эти изменения в процессе психологической коррекции. Возникновение чувств к психоаналитику при длительном взаимодействии нельзя избежать, иногда эти чувства могут принять форму невроза. Необходимо проанализировать перенос, для выяснения истинных чувств к родителям и проработки их.

Психоаналитической коррекции доступны психологические проблемы, не требующие медикаментозного лечения. Клиенту психоаналитика необходимо признавать наличие психологических проблем и понимать, что их источник лежит внутри него.

3. Фрейд ввел понятие **катарсис** (очищение), который означает эмоциональную разрядку, в результате которой клиент освобождается от вытесненных в бессознательное, травмирующих переживаний, происходит разрешение невротического конфликта. Клиент еще раз переживает детские проблемы, травмы и в процессе психоанализа может не только продемонстрировать испытываемые чувства, но и понять, что они подавлялись его «Я», и отреагировать их.

Работа психоаналитика заключается в выяснении причин болезненных, травматических переживаний, их истоков в прошлом клиента, с помощью толкования сновидений, анализа свободных ассоциаций, спонтанных высказываний, вербальных ошибок, отмечая «точки сопротивления», и работая с переносом.

Анализируя психологическую защиту и другие источники травматических переживаний, клиент учится понимать причины своих проблем, освобождаться от мешающих эмоций, в результате чего повышается адаптация и возможность саморазвития.

Последователем З. Фрейда был А. Адлер (1870–1937), который рассматривал человека как целостное, неделимое существо в единстве сознательного и бессознательного. Свою теорию он назвал индивидуальной психологией, т. к. *individuum* с латинского языка переводится как атом, а атом — неделимая частица вещества, являющаяся носителем его свойств.

В концепции А. Адлера можно выделить семь основных тезисов:
— стиль жизни;

- творческое Я;
- социальный интерес;
- фикционный финализм;
- комплекс неполноценности;
- стремление к превосходству;
- порядок рождения.

Поведение человека необходимо рассматривать целиком, в контексте внешнего и внутреннего мира. Структуру такой единой личности А. Адлер назвал *стиль жизни*; жизнь — постоянное движение в сторону роста и развития, в сторону совершенства.

Цели, которые стремятся достичь, и пути их достижения характеризуют жизнь человека; они индивидуальны и определяют судьбу. Человек также обладает *творческой силой*, которая позволяет ему проектировать свою жизнь. По мнению А. Адлера, индивида нельзя изучать изолированно от общества, от социального окружения. У каждого есть чувство общества или *социальный интерес*, который является врожденным.

А. Адлер был сторонником феноменологического подхода, при котором поведение человека зависит от субъективного восприятия и мотивировано фиктивными целями, *фикциями*. Цели, к которым люди стремятся, являются *фиктивными целями*, т. к. их невозможно проверить, они субъективны, но являются ориентирами в жизни.

Комплекс неполноценности — понятие, введенное А. Адлером, означает детское чувство неполноценности в сравнении с взрослым, т. к. ребенок физически меньше, слабее. Сильное чувство неполноценности может перерасти в комплекс, заставляющий чувствовать себя маленьким, слабым и мешает личностному развитию. Чувство неполноценности также может служить стимулом к совершенствованию, к стремлению стать таким, как взрослый. Желание *превосходства* трансформируется в цель, которая может быть, как позитивной, так и негативной. Позитивное превосходство выражается в желании благополучия для других, негативное — в превосходстве над другими. Стремление к превосходству над другими приводит к неврозу, т. к. его нельзя достичь.

А. Адлер считал, что преодолеть чувство неполноценности можно только в совместном взаимодействии с другими; при ориентации на других у человека не возникнет невроз.

Чувство неполноценности приводит к желанию избавиться от недостатка, преодолеть его, становится источником энергии лично-

сти, является врожденным. Также чувство неполноценности может перейти в желание превосходства, быть лучше всех. А. Адлер выделил механизм, способствующий развитию этого чувства — компенсация и разделил ее на четыре вида:

- неполная;
- полная;
- сверхкомпенсация;
- мнимая компенсация или уход в болезнь.

Неполная компенсация — компенсация при помощи сверстников, за счет других, с которыми они себя ассоциируют. Сверхкомпенсация проявляется тогда, когда избавление от недостатков, приобретение знаний и умений, помогает другим людям и не превращается в агрессию. При мнимой компенсации человек пытается извлечь выгоду из своего недостатка.

Порядок рождения, по мнению А. Адлера, влияет на стиль жизни:

- первый или старший ребенок получает безграничную любовь и заботу до появления следующего ребенка, когда он приобретает травматичный опыт. Первоначально старший пытается вернуть любовь родителей, но ему это не удается и тогда он уединяется и перестает искать одобрения родителей. Став взрослым, он стремится к власти, лидерству. Вырастает заботливым и защитником слабых, т. к. привык заботиться о младших сиблингах;

- единственный ребенок лишен конкуренции за внимание родителей, главной его особенностью становится зависимость и эгоцентризм;

- второй, средний ребенок, при небольшой разнице в возрасте стремится «догнать» старшего, поэтому раньше начинает говорить, играть и др., но в тоже время он умеет заботиться о младших. Он вырастает, по мнению А. Адлера, соперничающим и честолюбивым;

- младший ребенок ощущает заботу не только со стороны родителей, но и со стороны старших сиблингов. Он в детстве регулярно испытывает чувство неполноценности, в результате чего возникает высокая мотивация быть лучше старших детей (рисунок 2).



Рисунок 2. Порядок рождения по А. Адлеру¹

Таким образом, А. Адлер объяснял поведение человека через физическую и социальную среду, а также неосознаваемые аспекты личности, он одним из первых стал использовать семейную и групповую терапию.

А. Адлер занимался социальной психологией и считал, что поведение человека зависит от социального контекста. Для индивида значимым является чувство принадлежности к социальному окружению. Развитие человека идет в направлении личной цели и зависит от стиля жизни. Бессознательные и сознательные процессы зависят от личной цели. Для понимания индивида достаточно определить его стиль жизни, в зависимости от которого происходит субъективное восприятие мира и своей жизни. Задачей психологической коррекции является изменение основных убеждений, от которых зависит стиль жизни и цели, а, в конечном счете — поведение. Поведение зависит не от прошлого, а от наследственности и социального окружения; люди стремятся к целям ради счастья и успеха. Стремление избавиться от чувства неполноценности является главной движущей силой личности. В качестве цели человек выбирает или общественно полезные, или бесполезные для общества, невротические.

Личностный рост заключается в движении от эгоцентрической цели к социально значимой. Конструктивное преодоление чувства

¹ Электронный ресурс // URL: <https://sovet-ok.ru/kakim-po-schetu-rebenkom-vybyli-v-seme-vot-chto-my-o-vas-znaem/1-426/> (дата обращения: 25.07.2020).

неполноценности в дополнении к социальному интересу и кооперации являются основными характеристиками здоровой личности.

У человека есть три основные задачи — работа, дружба, любовь, которые взаимосвязаны между собой. Работа должна приносить удовольствие от того, что она полезна для общества. Дружба формирует социальные связи, способствующие конструктивной работе. Любовь необходима для продолжения рода, а счастливая семья воспитывает в детях социальный интерес.

А. Адлер также выделил моменты, препятствующие личностному росту: органическую неполноценность, избалованность и попустительство, которые вызывают искаженный взгляд на мир. Невроз возникает при желании достигнуть превосходства над другими.

Основным моментом психологической помощи, по мнению А. Адлера, является помощь в переформулировании цели в общественно полезные. Для этого необходимо понять жизненный стиль, помочь разобраться в себе и дать заботу, недополученную от своих родителей.

Для изучения комплекса неполноценности используются следующие методы: порядок рождения, ранние воспоминания и движения тела.

Самое раннее воспоминание о событиях собственной жизни связывает прошлое с настоящим и влияет на выбор стиля жизни. У человека бессознательно сохраняются и могут вербализоваться чувства и переживания, актуальные для настоящего, и объясняющие стиль жизни. Ранние воспоминания частично позволяют понять поведение в настоящем. В памяти остаются значимые события и связанные с ними воспоминания, даже если клиент не придает им особого значения. Детские воспоминания являются ключом к пониманию причин актуальных проблем, однако, по мнению А. Адлера, они именно ключ, а не источник проблем в настоящем.

А. Адлер считал, что в движениях тела выражаются или воплощаются его установки, а установки составляют «стиль жизни».

Карл Густав Юнг (1875–1961) был соратником З. Фрейда, но он считал, что бессознательное включает в себя не только личный опыт человека, но и коллективный.

Психика состоит из трех частей: коллективного бессознательного, личного бессознательного и сознания (рисунок 3).

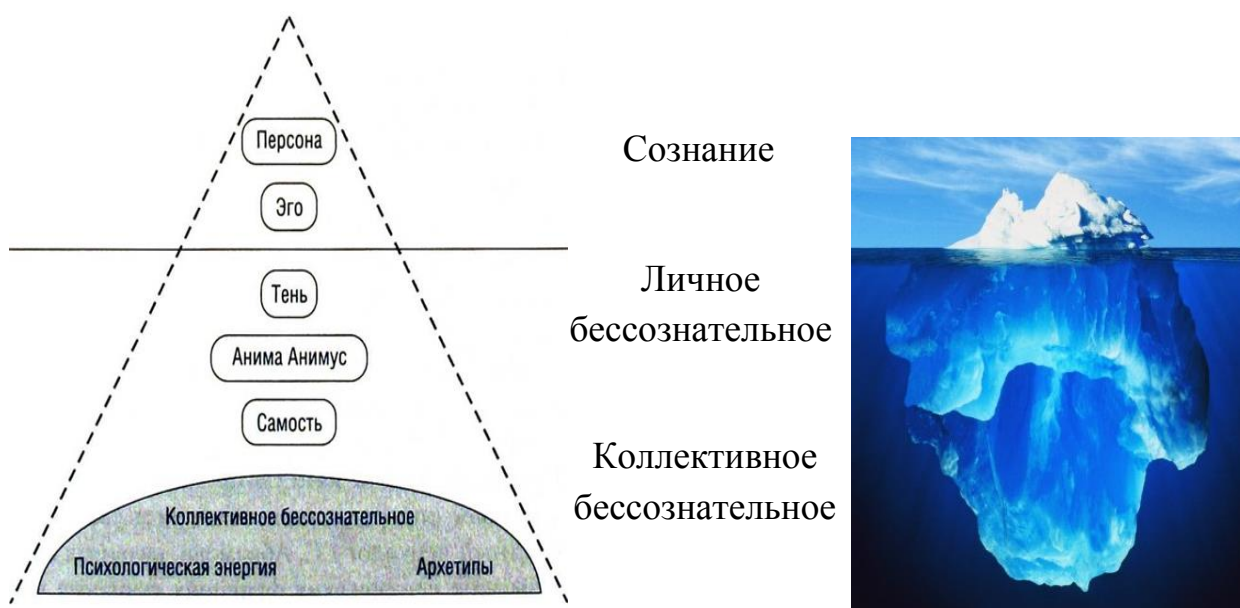


Рисунок 3. Структура психики по К. Г. Юнгу¹

Личное бессознательное включает в себя индивидуальный опыт, содержание его можно увидеть во снах, фантазиях; оно состоит из комплексов.

Коллективное бессознательное занимает ведущее место в психике и включает в себя инстинкты, влечения и архетипы. Оно не зависит от сознания индивида, в него входят мифы и предрассудки, накопленные предками и передающиеся от поколения к поколению.

Поведение определяют инстинкты, а формируют сознание архетипы, прообразы. Архетипы живут в коллективном бессознательном, они связаны с бесконечно повторяющимся опытом. К. Г. Юнг описал несколько архетипов индивидуальной и коллективной психики:

- Эго — внутреннее «Я», расположено на стыке между сознанием и бессознательным, при нарушении связи возникает невроз;
- Персона — внешнее «Я», то, что показывает человек обществу;
- Тень — то, что отрицается человеком в себе;
- Анима и Анимус — представления о противоположном поле;
- Самость — является стержнем личности, согласует все структуры личности.

Индивидуализация — процесс становления личности, согласованность сознательного и бессознательного, развитие личности. Данный процесс начинается внутри, в бессознательном, направлен на раскрытие бессознательного «ядра» личности, ее Самости. К. Г. Юнг выделяет две

¹ Электронный ресурс // URL: <https://www.b17.ru/article/93564/> (дата обращения: 25.07.2020).

первоначальные установки: экстравертированную и интравертированную, и четыре функции психики: мышление, чувство, ощущение и интуиция. Тем самым он выделяет восемь типов индивидуальности¹.

Таким образом, согласно К. Г. Юнгу развитие личности — это динамический процесс: целью жизни является проявление себя, своей индивидуальности, объединение, гармония частей личности. Архетип Самости в идеале должен стать центром гармоничной, уравновешенной личности; тогда освобождается энергия, необходимая для личностного роста; такого могут достичь только способные, образованные люди.

Психологическая помощь, по мнению К. Г. Юнга, осуществляется во время встречи двух личностей, каждая из которых бессознательно воздействует на партнера. Психоаналитик должен делать то, что он ожидает от клиента, потому что личности равноправные.

К. Г. Юнг выделил четыре метода исследования бессознательного:

1. Метод ассоциаций — ассоциативные тесты помогают выявить имеющиеся нарушения.

2. Симптоматический анализ — с помощью гипноза клиент вспоминает то, что было причиной психотравмы.

3. Метод анамнестического анализа — сбор анамнеза для выявления причин невроза; сам разговор с психоаналитиком может быть причиной избавления от невроза.

4. Анализ бессознательного — последний, завершающий метод. Предыдущие методы позволяют установить контакт с бессознательным.

К. Г. Юнг одним из первых отметил значение религиозного, духовного наследия в развитии личности.

Одним из психодинамических направлений является транзакционный анализ Эрика Берна (1910–1970). Он считал, что в человеке существуют три образа: ребенок, которым он был в детстве; взрослый, которым он стал; родительские образы. При взаимодействии с другими людьми его поведение зависит от этих образов. Образ свободного или приспособляющегося ребенка; образ родителя, контролирующего или опекающего; образ взрослого, разумного, независимого. Целью психоаналитической коррекции является освобождение от зависимостей от этих образов, которые заставляют его «играть в игры».

Психодинамическое направление объединяет ученых, считающих, что корни проблем клиента скрываются в бессознательном и для решения проблем необходимо их осознать. Осознание в психоанализе

¹ Юнг К. Г. Психологические типы. — Минск: Харвест, 2020. — 528 с.

достигается с помощью различных методов. З. Фрейд предпочитал катартический метод. К. Г. Юнг ввел метод активного воображения, позволяющий увидеть и воздействовать на символы бессознательно-го. Карен Хорни (1885–1952) выбрала анализ жизненного пути и постановки реалистичных целей. Гарри Стек Салливан (1892–1949) говорил об избирательном внимании и межличностных отношениях.

Современный психодинамический подход продолжается в теории объектных отношений — Мелани Кляйн, Микаэл Балинт, Д. В. Винникотт, Гарри Гантрип, Отто Кернберг, Хайнц Кохут. Данная теория считает главным для развития личности взаимоотношения между детьми и фигурами, обеспечивающими уход за ними, обычно это матери. Особенно важными являются первые годы жизни, когда ребенку физически необходимы поддержка, принятие, любовь, защита. При удовлетворении первичных потребностей возникают следующие, такие как развитие личности. Здоровая личность имеет в раннем детстве надежную привязанность к матери, по мере развития, она постепенно удаляется от матери и начинает выстраивать здоровые отношения с другими людьми. Нарушение объектных отношений мешают развитию личности, приводят к неадекватной самооценке и другими психическим нарушениям.

2.2. Когнитивно-поведенческое направление

Поведенческая терапия сформировалась в конце 50-х годов XX столетия и основывалась на теории бихевиоризма. Исследование психической деятельности возможно с помощью изучения внешнего поведения, внешних реакций, установления соотношения между стимулом и ответной реакцией. Позже между стимулом и реакцией появились дополнительные переменные. Психические нарушения появляются в результате неадаптивного поведения, терапия заключалась в изменении поведения. В дальнейшем оказалось, что поведенческая терапия сохраняет свою эффективность недолго, в скором времени появляется новый симптом или возвращается старый. Таким образом, появилось когнитивное направление психотерапии, сделавшее основной акцент на личности клиента, и считающее, что к психическим нарушениям приводит неадаптивное мышление.

Формирование личности связано с развитием когнитивных структур — представлений о себе, об окружающих и др., причем часто неосознаваемых. С помощью этих когнитивных структур люди искаженно воспринимают окружающий мир, что может приводить

к дезадаптации поведения, которая еще больше изменяет восприятие мира. Следовательно, проблемы клиента лежат в настоящем, в особенностях мышления. Для изменения поведения следует выявить неосознаваемые, деструктивные особенности мышления и обучить новым, конструктивным.

С позиции когнитивно-поведенческого направления:

- помощь клиенту связана с изменением предпосылок и убеждений, искажающих реальность;

- данные убеждения оказывают влияние на восприятие, эмоциональные реакции и стратегии поведения;

- возникновение таких убеждений связано с неправильными навыками, полученными в ходе когнитивного развития личности;

- анализируется актуальное поведение и мысли, представления, прошлое изучается только с целью выявления причин нарушений;

- необходимо обучить новым, адаптивным способам поведения и мышления;

- необходимо использовать домашние задания для закрепления полученных в процессе терапии навыков;

- теории личности нужны лишь для понимания происходящих процессов;

- необходимо изменить базовые убеждения с помощью изменения поведения;

- клиент должен понять, что когнитивные представления о себе и мире воздействуют на поведение, а оно, в ответ, изменяет данные представления.

Например, клиент с анорексией считает себя «толстым», т. е. у него искаженное представление о себе, своем весе и фигуре; у него отмечается страх полноты, в поведении наблюдаются ситуации «избегания», т. е. он уклоняется от ситуаций, которые считает опасными и вследствие этого он оказывается в самоизоляции. Когнитивно-поведенческая психотерапия позволяет объективно увидеть и оценить себя, принять себя таким, какой есть; уходят навязчивые идеи похудения и страх полноты, клиент возвращается к полноценной жизни, в том числе к утраченным увлечениям или хобби.

Главной задачей когнитивно-поведенческого направления психологической коррекции является поиск автоматических мыслей или «когниций», которые мешают адаптации, и замена их на конструктивные, т. к. чаще всего автоматические когниции бывают негативными, негативное восприятие себя или мира вокруг.

По мере своего развития когнитивно-поведенческое направление из индивидуального постепенно переходило в групповое, и сегодня можно встретить как индивидуальную, так и групповую работу (например, семейная терапия).

Когнитивно-поведенческий психолог использует демократический стиль, происходит равноправный диалог психолог-клиент. Психолог задает вопросы, ответы на которые позволяют понять клиенту наличие негативных установок и их влияние на эмоциональное состояние и поведение. Осознание негативных установок позволяет понять причины дезадаптации и выбрать дальнейшие действия. Психолог не принуждает клиента изменить поведение, он только показывает наличие негативных установок, и их влияние на поведение, а клиент сам решает — изменять их или нет.

Целью когнитивно-поведенческой терапии является обучение клиента находить и исправлять неправильное восприятие и переработка информации, тем самым самостоятельно решать свои проблемы. Можно выделить следующие этапы:

1. Клиенту необходимо изменить отношение к самому себе и начать воспринимать себя позитивно, а также понять, что каждый совершает ошибки и это нормально;

2. Обучение выявлению негативных мыслей, когниций;

3. Построение связи между мыслями и последующим поведением;

4. Обучение самостоятельной замене деструктивных мыслей и идей на конструктивные.

Аарон Темкин-Бек (1921) считается основателем когнитивно-поведенческого направления, он описал состояния тревоги и депрессии, сформулировал шкалы измерения безнадежности, суицидальных идей. Считал, что изменение поведения клиента способствует выявлению мыслей, являющихся источником проблем.

Альберт Эллис (1913–2007) является автором рационально-эмоциональной поведенческой терапии (*rational emotive behavior therapy*), считал, что негативные эмоции и дезадаптивное поведение возникает не вследствие происходящих событий, а вследствие интерпретации этих событий на основе личных убеждений, модель ABC (рисунок 4).

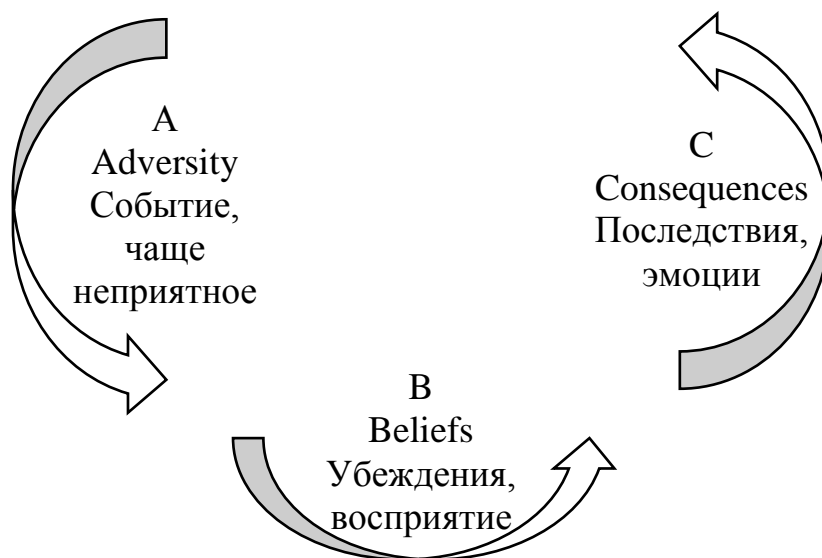


Рисунок 4. Модель ABC А. Эллиса

К когнитивно-поведенческому направлению относятся нейрорлингвистическое программирование, берущее свое начало с работ Джона Гриндера и Ричарда Бэндлера, социально-психологический тренинг, рационально-эмотивная терапия, семейная терапия, методики саморегуляции и др.

В настоящее время к когнитивно-поведенческому направлению относят терапию принятия и ответственности, диалектико-поведенческую терапию, метакогнитивную терапию.

Терапию принятия и ответственности АСТ (Acceptance and Commitment Therapy) разработал Стивен Хайес, она предполагает не изменение своих мыслей и эмоций, а их осознание и принятие.

А — Accept your thoughts and feelings, and be present (принятие мыслей и чувств, существующих в настоящее время, сейчас).

С — Choose a valued direction (выбор ценностей).

Т — Take action (действуй).

АСТ реализуется с помощью шести принципов, которые представлены на рисунке 5.

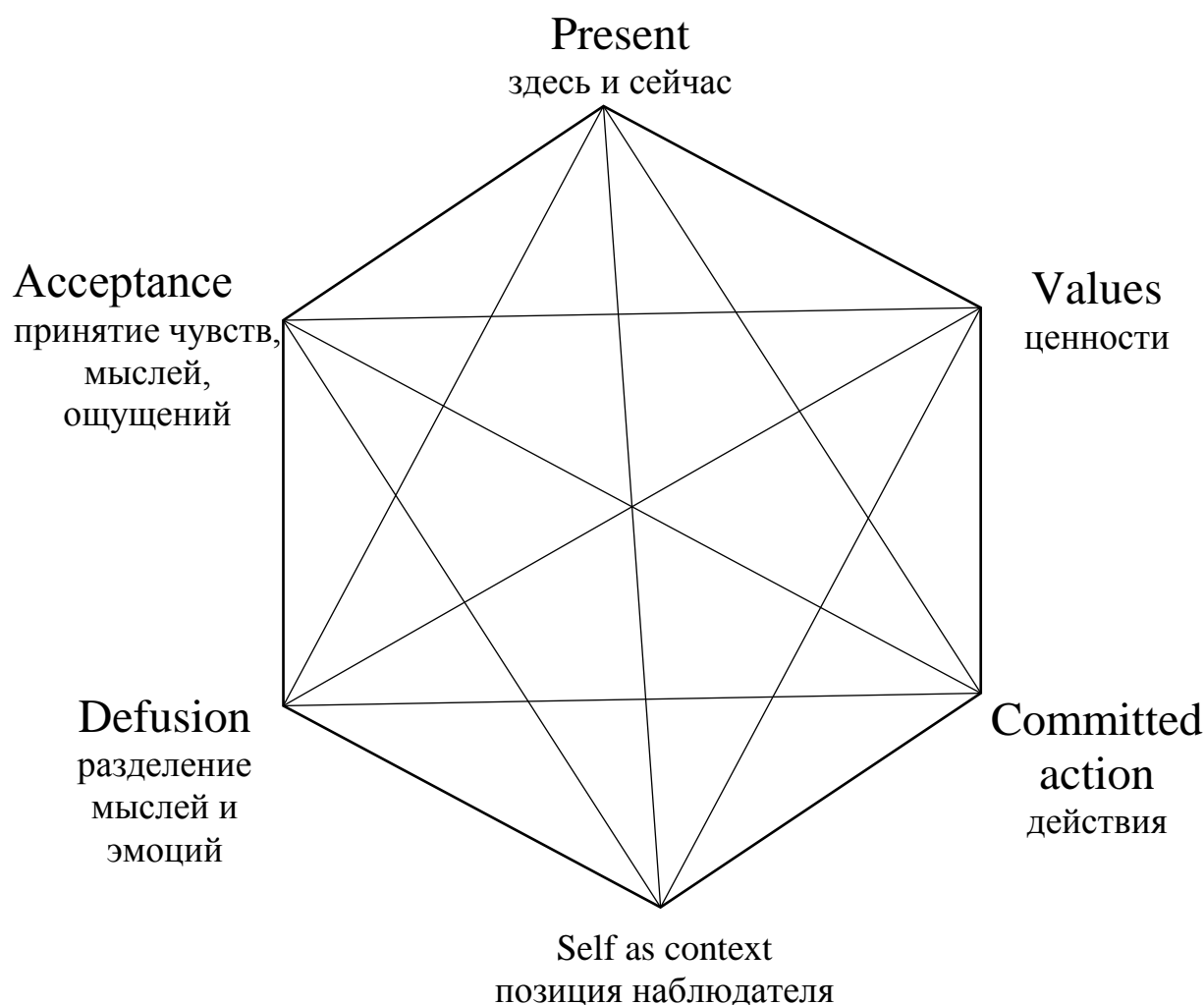


Рисунок 5. Принципы АВС, терапии принятия и ответственности

Первый принцип — принятие (acceptance) и изучение негативных чувств, переживаний, эмоций, изучение того, как это переживается, как это проявляется в теле, организме.

Второй принцип — разделение (defusion) мыслей и эмоций, предлагается посмотреть на негативные эмоции со стороны, при этом не отказываясь от них, а в соответствии с первым принципом, принимая их.

Третий принцип — «здесь и сейчас» (present) сосредоточенность на настоящем моменте, на актуальных ощущениях.

Четвертый принцип — позиция наблюдателя (self as context) позволяет увидеть свои эмоции, мысли, состояния «со стороны», не отождествляя себя с ними.

Пятый принцип — ценности (values) клиент должен выбрать для себя сам и следовать им.

Шестой принцип (committed action) — формулирование целей в соответствии с ценностями и ответственность за достижение этих целей, предпринятые действия.

Когнитивно-поведенческая терапия основана на конкретной проблеме клиента и ориентирована на результат. Когнитивная терапия ищет у клиента автоматические мысли, мешающие адаптации и саморазвитию, а поведенческая терапия позволяет изменить поведение в зависимости от изменения ценностей.

Поведенческая терапия использует авersiveвную психотерапию, заключающуюся в использовании неприятных для клиента стимулов, с целью снижения реакции на них (алкоголизм, наркомания, вспышки агрессии, самоповреждения и др.), но при этом необходимо выработать замещающее поведение. Аверсивные стимулы применяются только при согласии, и клиент должен иметь возможность прекратить воздействие стимула.

Одной из техник поведенческой терапии является жетонная система, когда за желательное поведение клиент получает жетон, который может обменять на что-то приятное для него (часто используется в пенитенциарной системе).

Еще одной техникой можно назвать так называемый мысленный «стоп», когда человек понимает, что дальнейшее развитие событий приведет к негативным эмоциям или вызовет дискомфорт, он заставляет себя остановиться в дальнейших действиях или мыслях.

Также используются и другие техники, например, систематическая десенсибилизация, подкрепление, система штрафов, обучение на моделях и др.

Когнитивно-поведенческая терапия является популярным направлением, способствующим изменению ошибочного восприятия, убеждений и в соответствии с этим, изменению поведения и адаптивному эмоциональному реагированию.

Техники когнитивной терапии условно делятся на:

1. Техники, пытающиеся отследить и осознать собственные мысли. Выделим методы, позволяющие это сделать:

— записи собственных мыслей. Необходимо записывать все мысли, по порядку, возникающие перед и при выполнении действия; это может помочь узнать мотивы при принятии решения;

— ведение дневника мыслей в течение нескольких дней, что поможет выявлению тревожащих мыслей или идей;

— отдаление от нефункциональных мыслей. Этот метод заключается в отдалении от собственных идей и выработке объективных отношений к собственным мыслям. Проходит в три этапа осознания: неконструктивные мысли возникают автоматически, стереотипные мысли мешают нормальной адаптации, противоречат актуальной ситуации.

2. Техники, способствующие борьбе с нефункциональными мыслями:

— исследование аргументов «за» и «против» этих неадаптивных мыслей;

— взвешивание достоинств и недостатков существующих вариантов решения;

— эксперимент позволяет на личном опыте увидеть результат демонстрации возникающей эмоции;

— возврат в прошлое подразумевает откровенный разговор со свидетелями прошлых, значимых для человека, событий;

— использование авторитетных источников информации;

— сократический диалог;

— переоценка фактов;

— декатастрофизация, уменьшение значимости результата;

— смена ролей и др.

3. Техники, ориентированные на активизацию воображения (тревожные люди представляют пугающие и деструктивные образы):

— метод прекращения — действует при возникновении навязчивого негативного образа, когда произносится простая команда «Стоп», которая прекращает действие этого образа;

— метод повторения — предусматривает многократное повторение продуктивного образа;

— использование метафор;

— модификация образов — постепенная замена деструктивных образов, вначале на нейтральные, а затем на позитивные;

— позитивное воображение;

— конструктивное воображение, ранжирование вероятности наступления негативной ситуации.

4. Техники, нацеленные на повышение эффективности лечебного процесса и минимизации сопротивления клиента:

— целенаправленное повторение — заключается в многократном повторении позитивных инструкций;

— вскрытие мотивов деструктивного поведения, поиск вторичной выгоды.

Телесно-ориентированная психотерапия (ТОП) связана с именем Вильгельма Райха (1897–1957), направление терапии, решающее невротические и психологические проблемы клиента через телесный контакт. По мнению В. Райха, мышечные или мускульные зажимы появляются как защита от беспокойства. В. Райх был учеником З. Фрейда, поэтому причиной беспокойства считал подавление сексуальных желаний и страх наказания. Постоянная защита от беспокойства формирует характерологический панцирь, проявляющийся в телесной сфере, например, походке, мимике, жестах, позе. В. Райх практически показал, что, снимая напряжение с определенных участков тела, освобождается энергия либидо. В психоанализе освобождение энергии либидо означает избавление от невроза.

Последователем В. Райха является его ученик Александр Лоуэн (1910–2008), известный тем, что ввел понятие «биоэнергетика» в психологию (биоэнергия — жизненная энергия). А. Лоуэн считал, что телесные проявления являются результатом характерологических особенностей, и снятие мышечных напряжений приводит к устранению невротических симптомов, но для полного избавления необходима психоаналитическая работа. Раскрепощение тела приводит к освобождению от мышечного напряжения, чувству мышечной радости. Биоэнергетика А. Лоуэна позволяет познать личность через язык тела и его энергетические процессы. Энергетические процессы — это энергия, реализованная в движении и экспрессии, тело и мысли связаны, и если пришедшие мысли сразу проявляются в теле, то не возникает невротических симптомов.

Энергия, заключенная в теле, проявляется в движениях и в психических феноменах, ощущения связаны с эмоциональным состоянием. Целью биоэнерготерапии является соединение сознания и тела с помощью освобождения тела от напряжения. Лечение способствует снятию мышечных зажимов, препятствующих циркуляции энергии, с помощью физических упражнений и определенных поз, «заземления».

2.3. Патогенетический подход

Патогенетический подход основывается на патогенетической психотерапии, предложенной Владимиром Николаевичем Мясищевым (1893–1973); направлен на изучение механизмов развития болезни. Основные положения сформулированы на основе психологии отношений, которая понимает личность как систему отношений. Характеристикой личности являются отношения с людьми, формирующие-

ся в процессе развития на основе физиологической деятельности мозга. Эти отношения являются избирательными и сознательными, выражаются в действиях, движениях, переживаниях. Именно отношения являются движущей силой развития личности.

В. Н. Мясищев считал невроз болезнью личности, а личность рассматривал как систему отношений. Система отношений формируется в течение жизни, но основы закладываются в детстве в результате интериоризации семейных отношений. Целью патогенетической психотерапии является реконструкция нарушенных отношений личности. Нарушения происходят в основном под воздействием социальных факторов, прежде всего отношений в родительской семье.

Важнейшее отношение личности — отношение к самому себе, которое является частью самосознания. Отношение к себе формируется в последнюю очередь, зависит от других отношений и обеспечивает целостное представление личности о себе. Устойчивые отношения становятся характерными особенностями личности.

Противоречия между желаниями и возможностями личности, между требованиями и возможностями, по мнению В. Н. Мясищева, приводят к неврозу, мы можем говорить немного шире — к дезадаптации. Дезадаптация возникает при наличии эмоционально значимых отношений личности и противоречий действительности. Такие противоречия между реальностью и желаниями или требованиями вызывают более или менее сильную дезадаптацию. В. Н. Мясищев определил черты личности, способствующие возникновению того или иного типа невротического конфликта. Он выделил три вида такого конфликта: неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний. Неврастения развивается в связи с завышенными требованиями к себе, не учитывая индивидуальные особенности (ребенок со слабым здоровьем хочет быть олимпийским чемпионом). К истерии предрасположены клиенты с превалированием эгоцентрических потребностей над действительностью (зимой хочу подснежники). Невроз навязчивых состояний характерен для личностей, не способных сделать выбор, чаще этот выбор требуется сделать в вопросах, связанных с этикой (хочу сам съесть все конфеты, но надо поделиться с братом).

Патогенетическая психотерапия позволяет выявить значимые отношения личности и связать их с конфликтной ситуацией. Это достигается с помощью нескольких форм: осознание и проработка конфликта; выявление неадаптивных отношений личности и их изменение.

В. Н. Мясищев, осознав патогенетическую психотерапию, был одним из первых российских психологов, создавших социально-

психологическую форму психотерапии, в противоположность зарубежным психоанализу и бихевиоризму. Он использует понятие интрапсихического конфликта, по З. Фрейду — психодинамического, в анализе актуальных жизненных отношений.

В развитии патогенетической психотерапии выделяют три этапа:

1. Индивидуальная патогенетическая, или рациональная, психотерапия в работах В. Н. Мясищева и его учеников — Б. Д. Карвасарского, В. К. Мягер и др. Она основана на понимании собственных значимых отношений личности клиентом и связанных с ними психотравмирующих ситуаций, а также интрапсихических конфликтов, возникающих в таких ситуациях.

2. Групповая патогенетическая психотерапия в трудах Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной, В. А. Ташлыкова и др. предполагает использование групповой динамики для восстановления нарушенных отношений личности. Иначе она называется личностно-ориентированная или реконструктивная психотерапия.

3. Личностно-ориентированная психотерапия как система и интеграция психотерапевтических подходов, где объектом воздействия являются отношения личности.

Рассмотрим более подробно сформулированную В. Н. Мясищевым концепцию отношений. Автор рассматривал личность как систему связей между индивидом и предметами объективной действительности. Систему связей он назвал отношениями. «Отношения человека в специальном психологическом смысле представляют собой сознательную, активную, избирательную, целостную, основанную на индивидуальном общественно-обусловленном опыте систему временных связей человека как личности — субъекта со всей действительностью или с ее отдельными сторонами»¹. Отношения могут изменяться от неосознанных до ясно осознаваемых, одной из задач психотерапии В. Н. Мясищев считал осознание причин поведения и общения человека.

Отношения состоят из трех компонентов, позволяющих их описать: эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого. Также исследователь выделяет существенные классы когнитивного компонента отношений (рисунок 6): отношение к субъекту (к себе, другим людям, социальным группам, живому миру); отношения к объектам; отношения к событиям (к отдельным событиям, обобщенным событиям в собственной жизни — к условиям функционирования, прошлому, настоящему, будущему).

¹ Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — М.: Книга по Требованию, 2013. — С. 150.

Кроме когнитивного компонента в структуре отношений В. Н. Мясищев выделяет эмоциональный компонент, где различаются положительные, нейтральные, отрицательные и положительно-отрицательные (противоречивые) отношения. Также мотивационно-поведенческий компонент, который включает в себя мотив, внимание и волю; в соответствии с этим можно классифицировать отношения следующим образом: внимательные/невнимательные, инициативные/неинициативные, зависимые/независимые, конформные/неконформные и т. д.

Также следует выделить развитие отношений во времени, т. е. они появляются, развиваются и исчезают. Появление нового отношения зависит от развития предыдущих, и оно постоянно изменяется в зависимости от существующих отношений и действительности. Динамика отношений может быть, как неконтролируемой, например, при психических и психологических нарушениях, так и управляться сознательно, как самим человеком, так и его окружением. На сознательном управлении отношений основаны процессы психологической коррекции, психотерапии и воспитания.

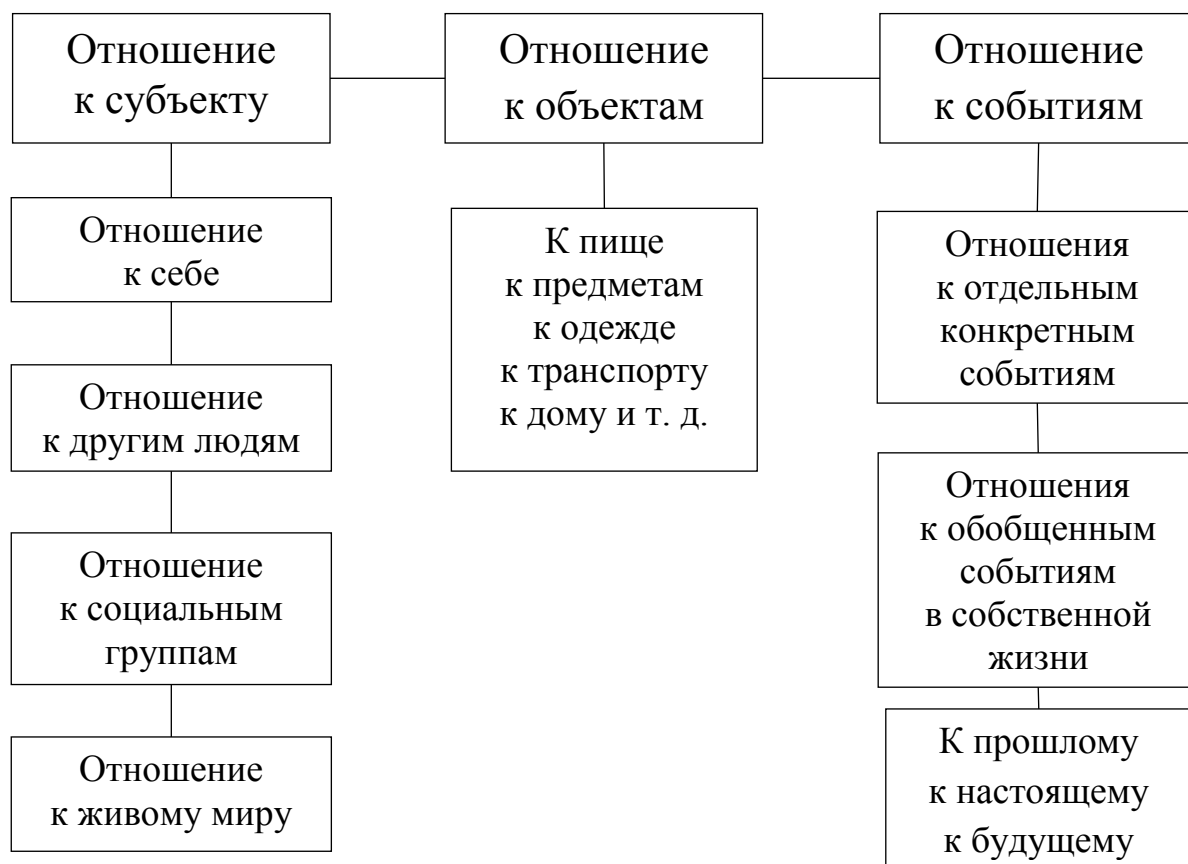


Рисунок 6. Классификация когнитивного компонента отношений по В. Н. Мясищеву

С позиции концепции отношений познать личность означает понимание всей совокупности отношений в единстве, в уникальности каждой личности. При этом самопонимание собственных отношений может отличаться от понимания этих отношений другим человеком, например, психологом. Самопонимание зависит от многих особенностей: интеллекта, темперамента, характера, опыта анализа отношений и др.

Патогенетический подход в лечении неврозов, по мнению В. Н. Мясищева, заключается в выявлении и изменении системы значимых отношений, выявлении внутриличностного конфликта, связанного с противоречивостью значимых отношений. Невроз возникает вследствие взаимосвязанных нарушений психологических и физиологических патогенетических компонентов. Первопричиной патологического процесса считается нарушение значимых отношений.

Патогенетический анализ проводится от патогенетических следствий до патогенетической причины, через нарушение психологических и физиологических процессов и функций, к первопричине — конфликтным значимым отношениям. Такой анализ может провести только сам клиент, в отличие от психоанализа. Причем этот анализ необходимо провести в когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом плане.

В XXI веке патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева включена в различные интегральные методы психотерапии. Например, рационально-эмотивная терапия А. Эллиса изучает иррациональные установки с помощью системы отношений личности, системы ценностей и мировоззрения, выявляет интрапсихические конфликты. Психогенетический анализ в рациональной психотерапии похож на технику «конфронтации», предложенную учеником В. Н. Мясищева, А. Я. Страумитом. Конфронтация понимается как столкновение клиента с собой, со своими конфликтами, отношениями, установками и т. д. Множество приемов когнитивной психотерапии связано с патогенетической психотерапией. В гештальттерапии существует прием «горячий стул», когда клиент рассказывает о своих проблемах и в ответ получает эмоциональный, мотивационный и когнитивный отклик членов группы.

Патогенетический подход включает обязательное позитивное терапевтическое отношение (эмоциональная поддержка), активность психолога, помощь в совладании с жизненными проблемами, повы-

шение самоуважения, постепенное уменьшение сопротивления и интерпретацию поведения клиента.

Контрольные вопросы:

1. Что является центральным аспектом психодинамического направления?
2. Какова основная задача психоанализа?
3. Возникновение невроза с позиции психоанализа.
4. Что такое «психологическая защита»?
5. Что такое «перенос»?
6. Назовите стадии психоанализа.
7. Какова суть поведенческой терапии?
8. В чем главная задача когнитивно-поведенческого направления?
9. Перечислите основных представителей когнитивно-поведенческого направления.
10. Объясните суть патогенетического направления психотерапии.

ТЕМА 3. ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

- 3.1. Формы психологической коррекции и реабилитации.
- 3.2. Психологические особенности индивидуальной психокоррекции.
- 3.3. Специфика групповой формы психокоррекции.

3.1. Формы психологической коррекции и реабилитации

Психологическая коррекция применяется в двух формах:

- 1) индивидуальная — конфиденциальная работа с одним человеком;
- 2) групповая — психолог руководит групповой динамикой и взаимодействием в группе клиентов, объединенных по различным основаниям (общие цели, сходные внутрличностные или межличностные проблемы, последствия психической травмы и др.).

Согласно определению Г. С. Абрамовой, *«индивидуальная психологическая коррекция — это обоснованное воздействие психолога на дискретные характеристики внутреннего мира человека»*¹.

Преимущества индивидуальной психокоррекции: соблюдение конфиденциальности, сосредоточенность психолога на проблеме клиента, что позволяет снять психологические защиты, глубже ее «проработать» и раскрыть личностные особенности. Недостаток: низкая эффективность при решении проблем межличностного общения и взаимодействия. Акцент в индивидуальной работе делается на сферу интеллектуального осознания проблемы, активизацию ресурсов, коррекцию личностных качеств, состояния и саморазвитие клиента. В процессе индивидуальной работы устанавливаются особые отношения «психолог — клиент», в которых важны следующие условия:

- максимальная степень доверия и принятие авторитета психолога как основного «инструмента» психокоррекционного процесса;
- желание клиента изменить себя, актуальную ситуацию или найти внутренние ресурсы, чтобы жить дальше;
- внутренняя готовность клиента к активной и продолжительной работе над проблемой, принятие на себя ответственности за свою жизнь и изменение ситуации;

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — С. 271.

— уважение права клиента на выбор способа решения жизненных трудностей, права принимать или отвергать предложенную психологическую помощь.

Показаниями к индивидуальной психокоррекции являются:

1) проблемы клиента индивидуального характера, проработка которых будет более эффективна при личных встречах;

2) клиент отказывается работать в группе (или эта работа невозможна);

3) применяются такие методы психологического воздействия, когда клиента необходимо держать под наблюдением и контролировать;

4) острые дезадаптационные состояния, индивидуальные и профессиональные кризисы, а также эмоциональная напряженность, тревожность, страхи, низкая самооценка, признаки эмоционального «выгорания», социальная интроверсия, апатия и др.;

5) проблемы идентичности (социальной, профессиональной и др.), недостаточное знание себя (достоинств и недостатков);

6) утрата значимых ориентиров, цели и смысла жизни¹ и др.

Противопоказания к индивидуальной психокоррекции:

1) низкая мотивация к изменениям в своей личности, внутреннее сопротивление совместной работе с психологом;

2) отсутствие психологических или поведенческих проблем;

3) декомпенсированная акцентуация или психопатия;

4) патопсихологические личностные изменения, низкая нормативность поведения, отрицание морально-нравственных норм;

5) психопатологические личностные изменения (непсихотического и психотического типа), симптомы, вызванные заболеваниями соматического, неврологического или психиатрического характера².

Групповая психокоррекция — это форма работы, при которой основным инструментом воздействия на индивида является психокоррекционная группа. При этом психолог (ведущий тренинга) использует факторы групповой динамики для актуализации и решения внутриличностных конфликтов, коррекции целеполагания, деструктивных установок, поведенческих стереотипов и эмоциональных проблем, а также с целью личностного роста (самопознания, лучшего понимания своего внутреннего мира, характера) и повышения адаптационного потенциала участников.

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — С. 267–268.

² Ахвердова О. А., Погожева О. В. Личностная и поведенческая изменчивость подростков в полиэтническом образовательном континууме. — М.: Илекса, 2008. — С. 254.

Преимущества групповой психокоррекции: высокая эффективность при решении межличностных проблем (общения, конфликтного взаимодействия, конкурентной борьбы, противостояния манипуляциям, моббингу и др.) и некоторых внутриличностных проблем (повышение самооценки, уверенности в себе, развитие эмпатии, искренности выражения чувств, коммуникативной компетентности, групповой поддержки на выбранном пути самосовершенствования и др.), а также экономичность и иногда более высокая продуктивность в динамике позитивных личностных изменений.

Недостаток данной формы: невозможно соблюдение полной анонимности, внимание психолога сосредоточено на управлении групповой динамикой и взаимодействии участников, а не на глубокой личностной проработке проблем отдельного индивида. Акцент в групповой работе делается на эмоционально-волевою сферу и мотивационно-поведенческую сторону личности.

Показания для групповой работы с клиентом:

1) недостаточная социальная адаптация в силу отсутствия или отставания в развитии необходимых личностных свойств;

2) повышение качества межличностного взаимодействия, социализации и адаптации к профессиональной деятельности;

3) коррекция внутриличностных проблем в ситуации групповой поддержки, взаимной ответственности, эмпатии, сочувствия и конгруэнтности;

4) желание клиента самосовершенствоваться, учиться на опыте других, получить «обратную связь» собственным достижениям и ошибкам во время коммуникации и испробовании новых способов поведения, и др.

Противопоказаниями к групповой психокоррекции являются:

1) выраженная акцентуация характера (демонстративность, возбудимость, эмоциональная лабильность и др.), психопатия, невысокий уровень интеллекта, общей и коммуникативной культуры;

2) низкая мотивация к групповой работе, осознанное или обусловленное защитными механизмами сопротивление;

3) низкий волевой контроль эмоций и поведения при сильном психологическом воздействии (целесообразно сначала попробовать индивидуальную работу);

4) отсутствие психологических или поведенческих проблем;

5) психические расстройства или симптомы, вызванные органическими заболеваниями головного мозга (сосудистого, возрастного или травматического генеза), требующие медицинской консультации (невролога, психиатра) или психотерапии.

Таким образом, форму работы психолог выбирает в зависимости от целей клиентского запроса, личностных особенностей и задач психокоррекции.

Термин «групповая психотерапия» чаще используется в рамках клинической психологии и психиатрии, обозначая групповой метод лечения различных психических расстройств. При наличии соответствующей подготовки психолог органов внутренних дел может использовать психотерапевтические техники для коррекции отдельных симптомов психической травмы донозологического уровня, которые будут описаны в пятой теме учебного пособия.

Перечислим некоторые направления индивидуальной и групповой психокоррекции, используемые психологами для работы с сотрудниками органов внутренних дел: когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические, группы арт-терапии, тренинг личностного роста, социальной реадaptации и множество других¹.

3.2. Психологические особенности индивидуальной психокоррекции

Задачи индивидуальной психокоррекции состоят в достижении изменений в трех сферах:

1. *Сфера интеллектуального осознания* (когнитивный аспект).

Автобиография клиента важна для осмысления его мотивов, причин и условий формирования системы эмоционально-оценочных отношений, потребностей, убеждений, неконструктивных когнитивных и поведенческих стереотипов, для понимания личного вклада в возникновение и потенцирование конфликтных ситуаций, а также для осознания взаимосвязи между психогенными факторами, способами реагирования и соматическими расстройствами².

2. *Эмоциональная сфера* (эмоциональный аспект).

В процессе индивидуальной психокоррекции клиент получает эмоциональную поддержку от психолога, способствующую нивелированию защитных механизмов, развивает навыки критического анализа проблем и способов их решения, осознания и вербализации своих чувств, что способствует изменению типа эмоционально-поведенческого реагирования.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции: монография. — СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2020. — 256 с.

² Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

3. *Поведенческая сфера.* В результате коррекции клиент овладевает навыками самоконтроля эмоциональных реакций и новыми формами поведения.

Основные стадии индивидуальной психокоррекции:

1. Заключение «контракта» (соглашения) между клиентом и психологом на оказание коррекционного воздействия.

2. Исследование проблем клиента.

3. Поиск вариантов и способов решения проблемы.

4. Формирование психокоррекционной программы и обсуждение ее с клиентом.

5. Реализация психокоррекционной программы в соответствии с заключенным контрактом.

6. Оценка эффективности психокоррекции¹.

1-я стадия. Заключение контракта между клиентом и психологом, дающим согласие оказывать коррекционное воздействие. При этом психологу важно понимать, что для клиента проблемой является не сама ситуация, а то, насколько она нарушает адаптацию личности («мешает жить»). Человек обращается за помощью к психологу тогда, когда все его самостоятельные попытки восстановить нормальное функционирование не увенчались успехом. В этом случае клиент достаточно замотивирован на работу и психологу остается лишь поддержать его на правильно выбранном пути. Однако в органах внутренних дел психолог может столкнуться с ситуацией сопротивления (сознательного или бессознательного) со стороны сотрудника, принудительно присланного на «беседу» (по приказу руководства, после нарушения служебной дисциплины, по плану деятельности и др.). В этом случае требуются значительные усилия по мотивированию на психокоррекционную работу.

Во время первой встречи клиенту предоставляется информация об основных целях, условиях, целесообразности проведения и приблизительной продолжительности психокоррекции; о риске временного ухудшения состояния во время и после сеансов, а также о границах конфиденциальности².

Выделяют два уровня конфиденциальности:

1) предел профессионального использования информации, полученной от клиента³;

¹ Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

² Там же.

³ Там же.

2) условия, при которых полученная информация может быть использована исключительно для блага клиента¹. О своих намерениях психолог обязан поставить клиента в известность и получить согласие.

Границы конфиденциальности:

1. Конфиденциальность относительна, так как существуют условия, способные изменить обязательство по ее сохранению.

2. Конфиденциальность зависит от характера представленных клиентом сведений.

3. Не является конфиденциальной информация, которая необходима для эффективной работы психолога и не наносит вред интересам клиента².

4. Конфиденциальность всегда основывается на праве клиента сохранить свою репутацию и личную тайну³.

5. Конфиденциальность ограничена правом психолога на сохранение собственного достоинства и безопасности своей личности.

6. Конфиденциальность ограничена правами третьих лиц и общественности.

Обстоятельства, при которых профессиональная тайна не соблюдается:

1. Повышенная опасность для жизни клиента или других людей, независимо от ее причины.

2. Необходимость госпитализации клиента или его консультации у психиатра, нарколога и других врачей-специалистов (например, вследствие подозрения или наличия у человека неврологического, соматического или психиатрического заболевания).

3. Преступные действия или свидетельство преступления (любой вид насилия над личностью, развращение, инцест, угроза мести, убийство, разбой и другие тяжкие преступления).

4. Участие клиента в распространении, хранении наркотиков и других психоактивных веществ.

5. Серьезная угроза, исходящая от клиента в сторону потенциальной жертвы (психолог обязан проинформировать об опасности и принять меры для ее защиты, сообщить в правоохранительные органы)⁴.

6. Экстремистские высказывания (уничижительного характера, об антагонизме, враждебности к какой-либо расе, национальности,

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — С. 272.

² Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

³ Осипова А. А. Указ. соч. — С. 272.

⁴ Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

вероисповеданию, положительная оценка геноцида и терроризма, побуждения к насильственным действиям).

7. Угроза или попытка совершения самоубийства, а также суицидальное поведение: *замыслы* (продумывание плана реализации суицида — разработка способа, времени, места), *намерения* (принятие волевого решения и выбор способа совершения), *переживания* (негативное отношение к жизни и желание смерти), *высказывания* («Ненавижу себя», «Просто жить не хочется», «Это конец», «Нет сил бороться», «Никогда не прощу себе», «Мне этого не вынести», «Смерть решит все проблемы» и т. п.), *рисунки и записи*, иллюстрирующие депрессивное, тоскливое состояние (рисунок 7), *изменившийся стереотип поведения* (скорбная мимика на фоне безэмоциональной, монотонной, замедленной речи у ранее общительных лиц, нетипичная социальная интровертированность, раздаривание ценных личных вещей, оформление завещания и др.).

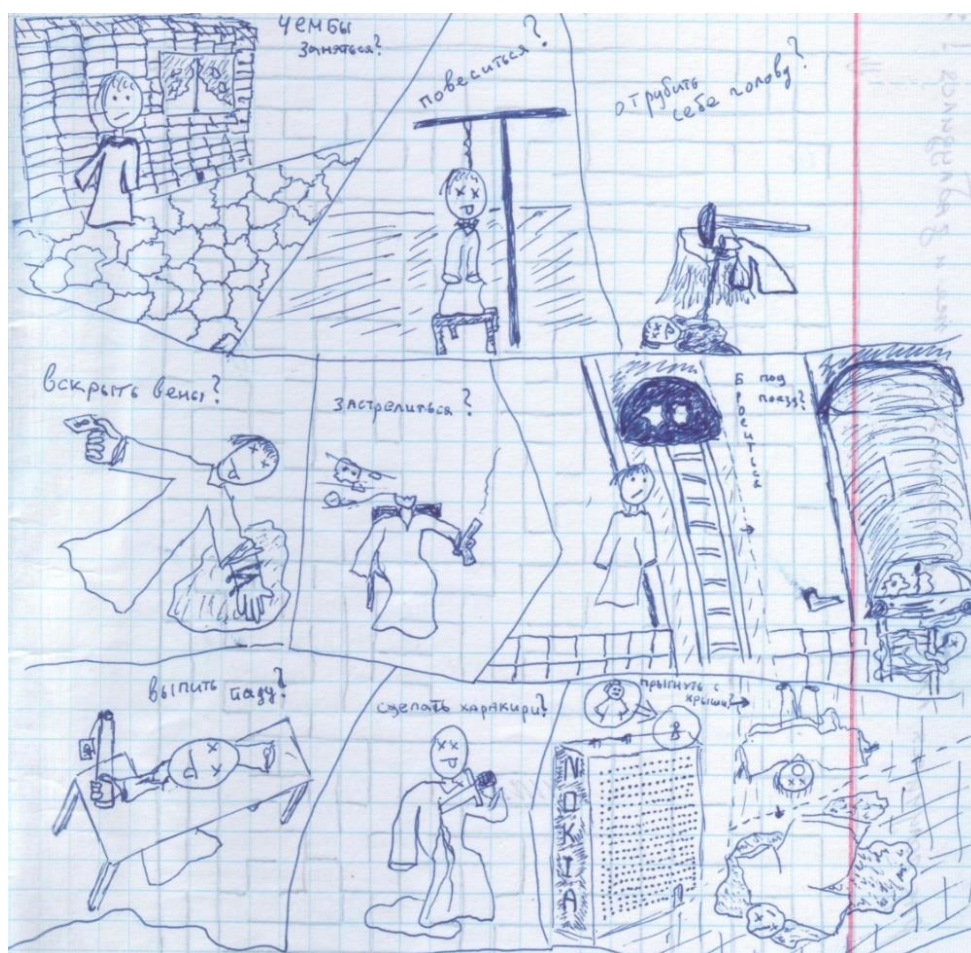


Рисунок 7. Рисунки клиента: «размышления о самоубийстве»

2-я стадия. Исследование проблем клиента. Необходимо обоюдное доверие, эмпатия, эмоциональное принятие, положительная установка к личности клиента, заинтересованность и позитивный

подход в решении проблемы. Необходимо фокусировать внимание на том, что у клиента сохранны (в чем он успешен и что у него получается) и использовать только положительное «подкрепление» (словами, жестами, мимикой). Психолог подчеркивает, что важнейшим позитивным моментом является обращение клиента за помощью, его решимость рассказать о проблеме и действовать в сторону изменения своей жизни к лучшему. Однако если в разговоре с клиентом психолог встречается с чем-то, что ему не нравится (отталкивает, пугает, вызывает отвращение и т. д.), он это *вежливо и бесстрастно игнорирует* (слушает, но не выражает своего эмоционального отношения, не сочувствует).

Условие эффективной работы психолога — это хороший контакт с клиентом:

— владение вербальными средствами (обращение по имени, подбадривание, выражение поддержки, согласия, спокойствия и уверенности);

— владение невербальными средствами (интонация, контакт глаз, паузы);

— позиция психолога — ролевые стратегии психолога во взаимоотношении с клиентом (авторитарность / партнерство; директивность / недирективность).

Варианты позиции психолога по отношению к клиенту:

1. Позиция «сверху» (поведенческие методы) — авторитарное отношение к клиенту как к объекту манипуляции, подкрепляется имиджем всезнающего, мудрого психолога, оценивающего действия клиента как «хорошие, правильные»¹ или «плохие».

2. Позиция «на равных» (клиентцентрированный подход) — психолог создает условия для принятия человеком ответственного, осмысленного решения об изменении своего поведения и своих отношений;

3. Позиция «снизу» — позволяет повысить самооценку клиента, его уверенность, но может дать возможность клиенту манипулировать психологом.

4. Позиция «зеркала» — нейтральная, соответствует психодинамическим методам.

¹ Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

Профессионализм психолога заключается в его способности сознательно занимать различные позиции, быстро перестраиваться, менять тактику, исходя из задач и интересов клиента¹.

3-я стадия. Поиск вариантов и способов решения проблемы (при согласии клиента на вторжение в его внутренний мир), осознание личной ответственности за выбираемые решения. Эффективная коррекция — это процесс, который выполняется *вместе* с клиентом, но не *вместо* клиента². Психолог отказывается от поиска «истины», а сосредотачивается на рассмотрении проблемы клиента с точки зрения ее «полезности / вредности». «Полезным» будет считаться объяснение или альтернативное решение, которое может привести к перспективным действиям в выбранном направлении. Анализируя ситуацию с этой точки зрения, психолог находит «полезные» и «вредные» обстоятельства, которые транслирует клиент:

— чувства, стимулирующие достижение поставленных целей и удовлетворение потребностей (любви, власти, понимания и т. д.);

— неадекватные средства, выбираемые для реализации этих целей и приводящие к конфликтам с окружающими;

— негативные реакции других, усугубляющие проблему клиента;

— причины возникшей ситуации и варианты возможных способов решения проблемы³;

— необходимые ресурсы (внешние, внутренние) для эффективного продвижения к цели.

4-я стадия. Формирование психокоррекционной программы и обсуждение ее с клиентом.

Цель: помочь клиенту сформулировать как можно больше вариантов поведения, затем проанализировать их вместе с клиентом, выбрать наиболее подходящие для данного человека в его ситуации и помочь в овладении этими поведенческими навыками⁴ с ориентацией на его резервы.

Важно помнить о соблюдении основного принципа: «психолог отвечает за обоснованность программы коррекции, а за ее осуществление отвечает клиент»⁵.

¹ Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

² Костакова И. В. Основы психологической коррекции: учеб.-метод. пособие. — Тольятти: ТГУ, 2009. — 80 с.

³ Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

⁴ Там же.

⁵ Осипова А. А. Указ. соч. — 510 с.

Основные принципы составления психокоррекционных программ:

1. Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач — отражает взаимосвязанность и неравномерность развития различных сторон личности (норма развития — угроза потенциальных затруднений — отклонения/отставания в развитии), поэтому цели и задачи любой коррекционной программы содержат в себе три уровня:

— коррекционный (исправление отклонений и нарушений развития);

— профилактический (профилактика отклонений в развитии);

— развивающий (оптимизация, стимулирование¹ развития).

2. Принцип единства коррекции и диагностики: преемственность психокоррекционных мероприятий, основанных на данных психологической диагностики.

3. Принцип причинности: доминирующей целью является устранение причин, провоцирующих проблемы и отклонения в развитии клиента.

4. Принцип организации коррекционной работы: определяет направление и методы психокоррекции, способы реализации поставленных целей.

5. Принцип учета возрастных и психологических особенностей: оценка нормативного диапазона возрастного-полового развития клиента, принимая во внимание уникальность и неповторимость его личностных особенностей. Этот принцип позволяет разработать программу оптимизации развития клиента в пределах возрастной нормы, но с учетом его индивидуальности и правом выбора самостоятельного решения.

6. Принцип комплексности методов психологического воздействия: означает эклектику в выборе многообразия методов, техник и приемов из арсенала практической психологии, с учетом их максимальной эффективности по отношению к проблеме клиента.

7. Принцип активной ресурсности: актуализация внешних и внутренних ресурсов клиента (микро- и макроуровня), с целью повышения адаптационного потенциала личности.

8. Принцип опоры на наиболее развитые (сохраненные, здоровые) психические процессы и использование активизирующих методов для их развития.

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — 510 с.

9. Принцип программированного обучения: для повышения эффективности программы необходимо выполнять серию последовательных упражнений (сначала с психологом, затем самостоятельно).

10. Принцип усложнения: необходимость поэтапного усложнения заданий (эффективность коррекции достигается на максимальном уровне трудности, т. к. поддерживается интерес к работе и возникает радость преодоления трудностей).

11. Принцип позитивно-эмоционального, ресурсного завершения сеанса и всей психокоррекционной программы в целом.

В рамках системного и комплексного подхода, перед составлением программы психолог в обязательном порядке проводит углубленную диагностику психологического типа личности с целью конкретизации «мишеней» психокоррекционного воздействия, а также повышения его обоснованности и объективности.

Варианты психокоррекционных программ:

1) стандартизированные — с четко прописанными этапами коррекции, методами, требованиями и т. д.;

2) свободные (ориентированные на настоящий момент) — психолог самостоятельно определяет цели и задачи психологической помощи, исходя из типа личности и особенностей текущей ситуации (актуальной проблемы) клиента, а продвижение к следующему этапу психокоррекции определяется его успехами на предыдущих этапах.

По мнению А. А. Осиповой, весь комплекс психокоррекционных воздействий на клиента осуществляется при помощи взаимодополняющих блоков: диагностического, установочного, коррекционного и блока оценки эффективности коррекционных воздействий¹.

Цель *диагностического* блока — установить тип и варианты развития личности, выявить факторы риска развития дезадаптации, сформировать программу психологической коррекции².

Цель *установочного* блока — нивелирование тревожных опасений, повышение уверенности в себе, формирование установки на изменения в своей жизни путем сотрудничества с психологом.

Цель *коррекционного* блока — гармонизация отношений во всех сферах жизни клиента, положительная динамика развития необходимых качеств и навыков преодоления трудностей, овладение эффективными способами деятельности.

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — 510 с.

² Тетерин А. А. Психолого-акмеологическая коррекция государственных служащих в напряженных ситуациях: дис. ... канд. психол. наук. — М., 2002. — 166 с.

Цель блока *оценки эффективности психокоррекции* — объективная оценка динамики психологических изменений, с обязательным сохранением позитивной самооценки¹.

Основные требования к составлению психокоррекционной программы:

— максимально конкретная формулировка целей и задач коррекционной работы (клиент должен вербализовать цель, исключая частицу «не», помочь ему в этом может вопрос психолога: «Если Вы не хотите этого, то чего же Вы хотите?»). Например, человек говорит, что не хочет быть зависимым от мнения окружающих, следовательно цель формулируется так: «Я хочу стать уверенным в себе, самодостаточным»;

— мотивирование на усердную работу над своей личностью («Зачем Вам это надо? Что хорошего это дает? Чем это выгодно для Вас?»), так как нужно затрачивать усилия, чтобы достичь своей цели);

— определение стратегии и тактики коррекционных мероприятий (последовательности этапов и их содержания);

— выбор формы работы (индивидуальная, групповая или смешанная), методик, техник воздействия, необходимого инструментария и оборудования;

— установление диапазона времени, необходимого для реализации коррекционной программы;

— определение частоты встреч (ежедневно, 1–2 раза в неделю, через день и т. д.);

— определение длительности встреч (от 45 минут в начале до 1,5–2 часов на заключительном этапе);

— определение содержания коррекционных сессий внутри каждого этапа коррекционного воздействия;

— планирование возможной формы участия других лиц (семьи, родственников, друзей, социальных работников, врачей и т. д.) на этапах психокоррекционной работы;

— реализация психокоррекционной программы с постоянным контролем динамики изменений и их эффективности, с целью внесения необходимых дополнений.

5-я стадия. Реализация психокоррекционной программы в соответствии с заключенным контрактом. Психолог помогает клиенту организовывать свою жизнедеятельность с учетом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат и возможных неудач в достижении цели².

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — 510 с.

² Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

6-я стадия. Оценка эффективности психокоррекции.

Оценивается уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщаются достигнутые результаты¹.

Возможные результаты коррекционной работы:

- усиление внимания к собственным потребностям, переживаниям и мыслям;
- развитие способности к самопознанию;
- изменение отношения к себе и к окружающему миру;
- развитие имеющихся умений и навыков, приобретение новых (способности заботиться о себе, самостоятельно решать свои проблемы², нести ответственность);
- лучшее понимание себя, окружающих;
- поддержка, изменение эмоционального состояния;
- способность осуществить принятое решение;
- приспособление к ситуации, которую невозможно изменить;
- новое реагирование на действия других людей.

Основными вербальными методами воздействия в рамках индивидуальной психокоррекции являются:

1. *Убеждение* — метод когнитивного воздействия с использованием критического анализа ситуации, систематизации фактов, последовательной аргументации и логичности выводов в рамках коррекционной цели (этот метод эффективен у лиц с высоким интеллектом и развитыми волевыми качествами).

Психолог пользуется следующими приемами:

1) выясняет историю личности клиента, его актуальное желание (цель), систему отношений, устанавливает позицию, точку зрения;

2) использует в работе позитивный подход к клиенту (положительное подкрепление, эмпатийное слушание, похвала даже за маленькие успехи, юмор и оптимистичность);

3) исходит из того, что «клиент сам эксперт своей проблемы». Психолог пытается понять, как клиент видит свою ситуацию;

4) не стремится найти истину (для этого нет инструментов и времени), а рассматривает только «полезное» (эффективное пробное действие для разрешения ситуации);

5) предлагает варианты решения проблемы с помощью «пробных решений», рассматривая различные точки зрения и не пытаясь переубедить клиента (на правах равных, партнерских отношений).

¹ Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

² Тетерин А. А. Указ. соч. — 166 с.

Пробное решение приводит к изменению поведения не только у клиента, но и у его оппонента;

б) актуализирует ресурсы личности.

2. *Внушение* — сознательное влияние психолога на подсознание клиента. Наилучшим условием для внушения является состояние полного расслабления. Достоинство метода: он не требует длительных разъяснений и дискуссий, поэтому можно быстрее добиться результата. Недостаток: эффективность внушения ниже, чем убеждения, поскольку не задействована воля клиента¹.

3. *Психологическое консультирование*.

Задача: помочь клиенту разобраться в своих проблемах и вместе с ним найти пути разрешения этой ситуации.

Таким образом, целью психолога при индивидуальной психокоррекции является проникновение во «внутренний мир» клиента с целью повышения адаптивности, раскрытия его потенциала и личностного роста. Эффективность индивидуальной психологической коррекции зависит от квалификации и личностных качеств психолога, адекватности применяемых методик и техник, позиции по отношению к клиенту, а также от ответственной готовности человека к изменениям себя и своей жизни.

3.3. Специфика групповой формы психокоррекции

Специфика групповой психокоррекции заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая психолога, в коррекционных целях².

Психокоррекционная группа — объединение индивидов с общей целью межличностного взаимодействия «здесь и сейчас», самораскрытия, саморазвития и научения новому поведению.

Групповая динамика — совокупность событий и межличностных взаимодействий в группе, контролируемых и направляемых ведущим (психологом, психотерапевтом). Она направлена на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить и глубже понять себя, увидеть неадекватные отношения и установки, эмоциональные поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — 510 с.

² Там же.

принятия¹. Состав группы определяется ее типом, формой и содержанием психокоррекционной работы.

Коррекционные группы подразделяются по типам исходя из основной цели:

— группы самосовершенствования (личностного роста) и обучающие группы (Т-группы): участники — здоровые люди;

— группы решения проблем (участники имеют жизненные трудности);

— группы лечебные (клиническая психотерапия);

— группы, центрированные на руководителе (группы тренинга умений);

— группы, сфокусированные на ее членах (группы встреч).

Состав группы определяется ее типом, формой и содержанием психокоррекционной работы.

Цели групповой психокоррекции: осознание и проработка проблем клиента, его внутриличностных и межличностных конфликтов, коррекция неадекватных отношений, катастрофических и других неконструктивных установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа межличностного взаимодействия.

Задачи групповой психокоррекции:

1. Познание себя (когнитивный аспект).

2. Коррекция отношений (эмоциональный аспект).

3. Саморегуляция (поведенческий аспект).

В *познавательной сфере* (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание) групповая психокоррекция должна способствовать тому, чтобы клиент осознал:

1) связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением своих проблем;

2) какие ситуации в жизни вызывают у него напряжение, тревогу, страх и другие эмоции, провоцирующие появление и усиление соматических или психических симптомов²;

3) связь между негативными эмоциями и появлением, усилением психосоматических расстройств;

4) особенности своего поведения и эмоционального реагирования;

5) как воспринимают и оценивают его поведение окружающие, какие последствия это поведение имеет;

¹ Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Основы групповой психотерапии: учеб. пособие. — Минск: Тесей, 2004. — 256 с.

² Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Указ. соч. — 256 с.

6) существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими;

7) собственные мотивы, потребности, стремления, отношения, установки, особенности поведения, эмоционального реагирования, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

8) характерные защитные механизмы;

9) внутренние психологические проблемы и конфликты;

10) особенности межличностного взаимодействия, межличностные конфликты и их причины;

11) более глубокие причины переживания и способы реагирования, а также условия, особенности формирования системы отношений;

12) собственную роль, меру своего участия в возникновении и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также то, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем¹.

В *эмоциональной сфере* психокоррекция должна помочь:

1) получить эмоциональную поддержку, что приводит к ощущению собственной ценности, ослаблению защитных механизмов, росту открытости, активности и спонтанности;

2) пережить те чувства, которые клиент часто испытывает в реальной жизни и с которыми ранее он не мог справиться;

3) пережить неадекватность своих эмоциональных реакций;

4) научиться искренности в отношении к себе и к другим;

5) стать более свободным в выражении собственных негативных и позитивных чувств;

6) научиться более точно понимать и вербализовать свои чувства и эмоциональные состояния;

7) раскрыть свои проблемы и переживания;

8) модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;

9) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В *поведенческой сфере* психокоррекция должна помочь:

1) увидеть свои неадекватные поведенческие стереотипы;

2) приобрести навыки более искреннего, свободного общения;

3) преодолеть неадекватные формы поведения, в том числе связанные с избеганием сложных ситуаций;

4) развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью;

5) закрепить новые формы поведения, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

¹ Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Указ. соч. — 256 с.

б) вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования в познавательной и эмоциональной сферах¹.

При разработке тренинговых занятий психологу важно знать методологию и методику проведения тренинга. Так, при проведении группового тренинга необходимо определить принципы и критерии формирования группы, продолжительность занятий, иметь соответствующее количеству участников помещение, где места расположены по кругу, что способствует их активному взаимодействию. Методика проведения тренинга описывает структуру, этапы проведения тренинга, групповые нормы, типологию тренинговых методов².

Традиционно выделяют следующие этапы проведения группового тренинга: целеполагание (ведущий сообщает участникам тему, цель, задачи, порядок проведения тренинга, выясняет групповые ожидания и приводит их в соответствие с целью занятия), принятие правил работы группы, оценка уровня информированности группы по теме тренинга, актуализация проблемы, информирование, формирование практических навыков, подведение итогов работы.

Методами тренинга являются методы стимуляции взаимодействия участников, методы обучения, методы коррекции, методы обсуждения, методы результатов оценки тренинга. Так, например, среди методов обсуждения используются: метод переноса (ведущий предлагает перенести сложную для участника ситуацию на другого), метод «проверки реальностью» (предлагается конкретная реальная ситуация), метод «трех измерений» (анализ ситуации с трех точек зрения), метод «медали» (анализ противоположных сторон ситуации). Часто психологи при проведении тренингов совершают ошибки, связанные с отсутствием методических навыков. Они превращают тренинг не в обучающее и коррекционное мероприятие, где каждый этап строго соответствует цели и задачам тренинга, а в развлекательное или релаксационное мероприятие, нагруженное различными упражнениями, логически не связанными с целью. Методическая подготовка психолога органов внутренних дел к проведению групповых и индивидуальных тренингов является залогом их эффективности.

В качестве основных механизмов коррекционного воздействия могут рассматриваться корригирующие эмоциональные переживания, конфронтация и научение.

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — 510 с.

² Реньш М. А., Лопес Е. Г. Психологический тренинг: учебно-методическое пособие. — Екатеринбург, 2016. — 235 с.

Механизмы коррекционного воздействия (по И. Ялому):

1. Сообщение информации: сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликта, нервно-психического здоровья, причин возникновения и развития нарушений, о сущности психокоррекции и др.

2. Внушение надежды на успех решения проблемы под влиянием улучшения состояния других клиентов и собственных достижений.

3. Универсальность страданий, переживаний и понимание клиентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфликты, переживания. Это способствует появлению чувства общности и солидарности с другими, повышению самооценки.

4. Альтруизм — возможность в процессе групповой психокоррекции помогать друг другу, повышая уверенность в себе, самоуважение, способность быть полезным и нужным.

5. Выявление и реконструкция прошлых эмоциональных и поведенческих стереотипов — проблем, переживаний, чувств и способов поведения, характерных для родительских и семейных отношений в прошлом, возможность их проработки, исходя из актуальной ситуации, когда психолог выступает в роли отца или матери для клиента, а другие участники — в роли братьев, сестер и других членов семьи¹.

6. Развитие техники межличностного общения за счет обратной связи и анализа переживаний; можно увидеть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимного принятия изменить его, выработать и закрепить более конструктивные способы поведения и общения.

Интерпретация: «Я думаю, что ты делаешь...».

Обратная связь: «Когда ты делаешь..., я чувствую ...».

7. Имитационное поведение. Клиент может обучиться более конструктивным способам поведения за счет подражания психологу и другим успешным членам группы.

8. Интерперсональное влияние. Получение новой информации о себе за счет обратной связи, что приводит к изменению и расширению образа «Я». Возможность анализа и проработки эмоциональных ситуаций, с которыми клиент ранее не мог справиться.

9. Групповая сплоченность — чувство принадлежности группе, доверие, взаимное принятие друг друга (чувство «Мы вместе»). Признание ценности, значимости, уникальности внутреннего мира, готовности группы понимать клиента.

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — 510 с.

10. Конфронтация — столкновение клиента со своими проблемами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами. Конструктивная критика.

11. Катарсис. Отреагирование, эмоциональная разгрузка, выражение сильных чувств.

12. Инсайт (осознание) неосознаваемых прежде связей между особенностями своей личности и способами поведения¹.

Таким образом, преимуществами групповой психотерапии являются: приобретение социальных навыков межличностного взаимодействия, воссоздание реальной жизненной ситуации, обмен жизненным опытом и способами решения проблем др.

Контрольные вопросы:

1. Назовите формы психологической коррекции и дайте им краткую характеристику.

2. Перечислите достоинства и недостатки индивидуальной и групповой психокоррекции.

3. Назовите показания и противопоказания к индивидуальной и групповой психологической коррекции.

4. Каковы задачи индивидуальной и групповой психологической коррекции?

5. Расскажите об особенностях формирования психокоррекционной группы.

6. Перечислите и охарактеризуйте механизмы коррекционного воздействия (по И. Ялому).

7. Назовите стадии индивидуальной психокоррекции, границы конфиденциальности.

8. Опишите особенности формирования психологом коррекционной программы.

9. Каковы факторы, влияющие на эффективность психокоррекционной группы?

10. Опишите методику проведения групповых тренингов.

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — 510 с.

ТЕМА 4. ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА С СОТРУДНИКАМИ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

4.1. Психологическая коррекция нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел.

4.2. Психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании.

4.3. Психологическая коррекция социально-психологических явлений в подразделениях органов внутренних дел.

4.4. Психологическая коррекция семейно-бытовых отношений сотрудников органов внутренних дел.

4.1. Психологическая коррекция нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел

Сохранение здоровья и работоспособности специалистов правоохранительной системы обеспечивается деятельностью психологов по «коррекции нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний сотрудников»¹. Состояния дезадаптации в сочетании с нервно-психическими расстройствами обуславливают девиантное поведение сотрудников органов внутренних дел, нарушающее достойное выполнение ими своих профессиональных обязанностей, а также характер межличностного взаимодействия с гражданским населением.

По мнению Ю. А. Александровского, «система психической адаптации является сложной динамической функциональной системой биопсихосоциального приспособления личности к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды»². В целостной системе психической адаптации он выделяет *подсистему психологической адаптации*, включающую в себя перцептивно-когнитивную, эмоционально-аффективную и мотивационно-поведенческую сферы. Совре-

¹ Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» (Документ опубликован не был).

² Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976. — С. 22.

менные исследования в структуре психологической адаптации выделяют еще копинг-поведение (стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения), механизмы психологической защиты, «внутреннюю картину болезни» (в случае заболевания), а также личностные особенности индивида.

Результатом процесса адаптации является адаптированность. Ф. Б. Березин рассматривает *адаптированность* как «уровень психической деятельности, определяющий адекватное заданным условиям среды поведение человека, его эффективное взаимодействие со средой и успешную деятельность без значительного нервно-психического напряжения»¹. В качестве критериев адаптированности автор выделяет внутреннюю психическую комфортность человека, которая определяется балансом положительных и отрицательных эмоций, и степень удовлетворения его потребностных состояний.

Состоянием, противоположным устойчивой психической адаптации, является состояние *дезадаптации*, выражающееся в неадекватном реагировании и поведении личности. Деадаптация может возникать в двух случаях. Во-первых, в ситуациях функционирования психики на пределе ее регуляторных и компенсаторных возможностей или же в запредельном режиме. В этом случае деадаптация, являясь достаточно устойчивым сложным психическим состоянием, может с высокой вероятностью привести к психосоматическим, невротическим или поведенческим расстройствам. Во-вторых, деадаптация является обязательным составным компонентом адаптационного процесса при возникновении новых, непривычных, изменившихся условий среды. В этом случае деадаптация является кратковременным ситуативным состоянием. Это состояние может характеризоваться нарушением баланса между личностью и средой, который порождает адаптивную активность личности (временная деадаптация), или может проявляться в желании личности адаптироваться при отсутствии у нее механизмов адаптации (устойчивая ситуативная деадаптация).

Выделяют объективные и субъективные признаки деадаптации. Среди объективных признаков выделяют: изменение поведения человека в социальной сфере, несоответствие поведения человека своим социальным функциям, патологическая трансформация поведения. К субъективным признакам относятся: эмоциональные состояния угнетения или подъема, при которых нарушается динамика эмоций; клини-

¹ Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л.: Наука, 1988. — С. 26.

чески выраженные психопатологические симптомы и синдромы; состояние психологического тупика, возникающее в результате нахождения личности в длительном конфликте (внешнем или внутреннем).

Чрезмерные психические нагрузки, угрозы, опасности, непредвиденные обстоятельства, чрезвычайные происшествия наполняют профессиональную деятельность сотрудников органов внутренних дел, вызывая у них различные состояния нервно-психической дезадаптации. Н. А. Антонова обследовала 9305 сотрудников органов внутренних дел при ГУВД по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области на предмет оценки их актуального состояния и уровня нервно-психической адаптации. Данные исследования свидетельствуют о том, что «общее распределение сотрудников по уровню нервно-психической адаптации оказалось следующим: 15,9 % респондентов находились в границах идеальной нормы, более чем у трети респондентов (38,8 %) была отмечена оптимальная адаптация, у 26,9 % — непатологическая психическая дезадаптация, у 8,8 % — патологическая психическая адаптация, а вероятно болезненное состояние было зафиксировано у 9,7 % респондентов. Значимых различий по уровню нервно-психической адаптации между теми, кто участвовал, и кто не участвовал в боевых действиях, обнаружено не было. Все это указывает на высокий уровень стрессовых воздействий, которым подвергаются сотрудники в ходе своей повседневной жизнедеятельности»¹.

Среди состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел, негативно влияющих на их профессиональную деятельность, встречаются следующие виды состояний.

Состояние тревоги. Оно возникает у сотрудника, когда он предчувствует осознаваемую, а иногда не осознаваемую опасность. Это состояние, вызывая активизацию ресурсов организма, помогает человеку адаптироваться в изменяющихся условиях существования, выстоять в трудных жизненных ситуациях. Когда тревожность становится устойчивым «вязким» состоянием, становится неадекватна ситуации, нарушает самоконтроль поведения, то, безусловно, она отрицательно влияет на эффективность служебной деятельности. Часто состояние тревожности бывает обусловлено не имеющей место в действительности ситуацией, а тем, как эту ситуацию себе сотрудник представляет, какое придает ей значение, какой смысл вкладывает в нее.

¹ Антонова Н. А. Социально-психологические факторы нервно-психической дезадаптации сотрудников силовых структур: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2009. — 24 с.

Состояние страха имеет разные проявления: от боязни, испуга до ужаса, который полностью может дезорганизовать деятельность сотрудника. Становясь устойчивым состоянием, страх нарушает работу психических познавательных процессов. Сужается объем внимания, памяти, уровень и острота восприятия, мышление становится ригидным, сознание концентрируется на воспоминаниях о ситуации, вызывающей страх. Могут появиться и такие физиологические изменения как: частые головокружения, тошнота, рвота, частое мочеиспускание, потеря сознания. Все это в итоге приводит к нарушению саморегуляции, в результате чего снижается надежность и эффективность служебной деятельности специалистов правоохранительной системы.

В новой, неожиданной, неопределенной ситуации возникает *стрессовое состояние*, на первой и второй стадии которого организм мобилизует и поддерживает ресурсы, чтобы адаптироваться к ситуации. Если в силу различных причин адаптация не происходит, возникает дистресс, в ходе которого ресурсы организма истощаются, что приводит к развитию нервно-психических или психосоматических расстройств. Стресс отягощается эмоциональными переживаниями гнева, страха, горя, тревоги, подавленности и т. д. В состоянии стресса у сотрудников снижается способность адекватно оценивать ситуацию, принимать правильное решение, оптимально устанавливать межличностное взаимодействие, что отражается на результативности служебной деятельности. Интенсивность стрессовой реакции зависит от ряда факторов: силы и длительности стрессора, силы нервной системы, прошлого опыта, уровня толерантности сотрудника к стрессу.

Другим состоянием нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел является *фрустрация*. Это состояние возникает в условиях конфликта между неудовлетворенными потребностями и существующими во вне или внутри ограничениями и запретами. Г. Селье назвал фрустрацию «стрессом рухнувшей надежды». В этом состоянии возникают ограничения в когнитивной сфере, в силу чего человек не видит альтернативных путей достижения цели, нарушается координация усилий, возникают аффективно окрашенные эмоциональные переживания. В состоянии фрустрации типичными эмоциональными реакциями являются: депрессия (часто сопровождается аутоагрессией с попытками самоубийства, причинения себе боли, увечий) и агрессия (нередко направляется на совершенно посторонние объекты, так называемая «реакция замещения»). Этой закономерностью нередко объясняют агрессивное поведение сотрудников

органов внутренних дел, непонятное для окружающих своей неадекватностью, немотивированностью, а порой и жестокостью.

Длительное состояние эмоциональной напряженности у сотрудников органов внутренних дел может привести к *аффекту* как реакции на накопление переживаний по механизму «последней капли». В этом состоянии нарушается ясность сознания, волевая регуляция действий, человека полностью захватывает чувство, что вызывает импульсивные действия. В состоянии аффекта резко изменяется привычное поведение, установки и жизненные позиции деформируются. Все это приводит к служебным и семейным конфликтам, нарушению дисциплины и законности сотрудниками органов внутренних дел.

Расстройства эмоциональной сферы как результат нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел, могут проявляться в *гипертимии* — состоянии эмоционального возбуждения, чрезмерной эмоциональности. В этом состоянии может возникать ощущение очень сильного душевного подъема, сопровождающееся чувством безудержного оптимизма, благополучия, повышением физической и психической продуктивности, моторной активности (эйфория). При этом снижается потребность во сне, нарушаются объем и сосредоточение внимания, могут возникать нарушения восприятия, повышаться самомнение, появляется грубость в поведении, агрессивность.

Еще одна форма эмоционального расстройства связана с состоянием *эмоциональной неадекватности*. В этом случае у сотрудников органов внутренних дел возможно сочетание сниженной эмоциональности с повышенной ранимостью (симптом «стекла и дерева»). При этом сила и качество эмоциональной реакции не соответствует значимости раздражителя.

Другой формой эмоционального расстройства может быть *эмоциональная лабильность или ригидность*. Эмоциональная лабильность связана с быстрой и частой сменой настроения. Эмоциональная ригидность, наоборот, связана с замедлением эмоциональных реакций, сотрудник застревает на какой-то одной эмоции даже в отсутствии вызвавшего ее раздражителя.

Одним из часто встречающихся дезадаптивных состояний сотрудников органов внутренних дел является *переутомление* — тоническое состояние, проявляющееся в непреодолимом чувстве усталости и слабости. Длительные периоды переутомления могут быть признаком *синдрома хронической усталости*. В этом состоянии снижа-

ются функции внимания, памяти, мышления, появляются необъяснимая мышечная боль, боль в суставах, сильные головные боли, проблемы со сном, чувство изнеможения.

Коррекция состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления может осуществляться психологами системы МВД России средствами *кабинета психологической регуляции*¹.

Эргономические требования к помещению и оборудованию кабинета психологической регуляции учитывают необходимость рабочих зон, иллюзии большого открытого пространства и относительного уединения в нем (эффект уединенности достигается произвольным размещением 8–12 кресел), особенностей интерьера и цветового освещения. Из технических средств помещение оборудуется средствами общего и специального назначения.

Основными методами психологической коррекции состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления сотрудников органов внутренних дел в условиях кабинета психологической регуляции являются: психологическая релаксация, аутогенная тренировка, дыхательная гимнастика, дебрифинг, ароматерапия, фитотерапия, музыкотерапия, телесно-ориентированная терапия, арт-терапия, применение специального психологического оборудования.

Психологическую релаксацию можно проводить в группе или индивидуально, при этом недопустимо ее проводить в приказном порядке. В такой ситуации у сотрудников возникает психологическая защита, что ставит под сомнение возможность достижения каких-либо результатов. Рекомендуются после определения лиц для проведения психологической релаксации и восстановления, создать атмосферу обычности, плановости релаксационных мероприятий, дополнить отобранных лиц другими сотрудниками, остро не нуждающимися в снятии нервно-психического напряжения, чтобы размыть понимание принципа комплектования группы. Время для релаксации выбирается такое, когда сотрудники относительно свободны от выполнения оперативно-служебных задач.

Существуют различные варианты проведения сеанса психологической разгрузки, но все они включают несколько этапов.

¹ Марьин М. И., Рыбников В. Ю., Пашечко Е. Б., Касперович Ю. Г. Организация работы кабинета психологической регуляции в органах внутренних дел: учебно-методическое пособие. — М.: ЦОКР МВД России, 2007. — 232 с.

На первом этапе снимается нервно-психическое напряжение. Сотрудникам предоставляется возможность самостоятельно выбрать себе место, субъективно воспринимаемое как комфортное. После занятия удобной позы плавно уменьшается мощность подсветки, начинается демонстрация видеоизображений успокаивающего характера. Или можно использовать дыхание от живота, что помогает расслабить напряженные участки тела и успокаивает нервную систему.

На втором этапе в состоянии релаксации снимается физическая усталость, восстанавливается работоспособность. Психолог опирается на классический принцип аутогенной тренировки по И. Г. Шульцу¹, видоизменяя его, исходя из конкретной обстановки, своих возможностей, опыта перехода в релаксационное состояние сотрудников, находящихся в комнате. Через классические словесные формулировки психолог вызывает у сотрудников, находящихся в состоянии релаксации, ряд ощущений: чувство тяжести в руках и ногах; чувство тепла и приятной расслабленности в мышцах тела; чувство тепла в области живота; чувство прохлады в области лба. Эффективность аутогенной тренировки определяется тем, что особое психофизиологическое состояние, которым оно сопровождается, позволяет запустить организму человека механизмы саморегуляции и восстановления работы нарушенных функций как на уровне тела, так и на уровне психики.

На третьем заключительном этапе закладываются установки мобилизующего характера. Постепенно включается освещение, могут демонстрироваться видеоизображения активизирующего характера. Сотрудники изменяют позу в креслах, постепенно переходят в положение стоя, делают несколько мобилизующих дыхательных движений. Одновременно с этим, психолог применяет словесные формулы на повышение общего тонуса, активизацию психических процессов.

В кабинете психологической регуляции для коррекции состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления используется *специальное психологическое оборудование*, которое включает: аппарат аэроионопрофилактики, цветодинимическое проекционное устройство, устройство биологической обратной связи, аппарат аудиовизуальной стимуляции, аппарат психоэмоциональной коррекции.

Аппарат аэроионопрофилактики обогащает воздух в помещениях легкими отрицательными аэроионами, благодаря чему воздух становится целебным. Аппарат нормализует обменные процессы, по-

¹ Шульц И. Г. Аутогенная тренировка / пер. с нем. С. Л. Дземешкевича; под ред. В. Е. Рожкова. — М.: Медицина, 1985. — 31 с.

вышает умственную и физическую работоспособность, нейтрализует влияние электронной техники.

Цветодинамическое проекционное устройство используется для светового оформления кабинета психологической регуляции. Цветодинамическое воздействие обладает психореабилитирующим и активирующим эффектом. Сочетаясь с функциональной музыкой, фитоаэроионизацией воздуха, цветодинамическое воздействие вызывает быстрое появление релаксационного состояния.

Прибор биологической обратной связи способствует формированию условно-рефлекторных ассоциаций между объективными сигналами состояния человека (электрокожное сопротивление, дыхание, положения равновесия и др.) и субъективными признаками напряжения/расслабления. Аппарат используется при формировании навыков расслабления; восстановлении сил; нормализации эмоционального состояния; при контроле состояния в процессе беседы, аутотренинга, гипноза и др. лечебно-профилактических воздействий.

Действие *аппарата психоэмоциональной коррекции (очки)* основано на биорезонансном воздействии света различной длины волны (излучениями красного, оранжевого, желтого, зеленого, голубого, синего и фиолетового спектра) через органы зрения на биоритмы мозга. Установлено, что излучения красного, оранжевого, желтого спектра имеют активизирующее воздействие; излучения голубого, синего и фиолетового спектра — успокаивающее воздействие; излучение зеленого спектра — гармонизирующее воздействие. Аппарат используется в целях профилактики и коррекции состояний переутомления, стресса, депрессии и др. дезадаптивных состояний.

Аппарат аудиовизуальной стимуляции путем воздействия синхронизированными между собой световыми и звуковыми импульсными сигналами стимулирует определенные волны в мозге, вызывая то или иное психофизиологическое состояние человека. Основные частоты мозговых ритмов соответствуют определенным типам активности: гамма-волны — перевозбуждение (более 35 Гц); бета-волны — состояние бодрствования (13–35 Гц); альфа-волны — первичное расслабление (8–12 Гц); тета-волны — глубокая релаксация или медитация (4–8 Гц); дельта-волны — глубокий сон (менее 4 Гц). Прибор стимулирует аналогичные волны в мозге, вызывая состояния от энергетической подзарядки до медитации или сна. Аппарат используется для снижения стрессовых влияний, быстрой релаксации, снятия уста-

лости, улучшения памяти, нормализации сна, улучшения интеллектуальных функций и др.

В условиях кабинета психологической регуляции для коррекции состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления широко используется *музыкотерапия*¹. О влиянии музыки на состояние человека известно с античных времен. Термин «музыкотерапия» имеет греко-латинское происхождение и в переводе означает «исцеление музыкой». Существует много определений этого понятия, одно из которых рассматривает музыкальное воздействие как средство профилактики, реабилитации, повышения резервных возможностей организма. В настоящее время в музыкотерапии оформилось несколько школ, ориентированных на идеи психорезонанса необходимых переживаний (шведская школа), создание каталогов лечебных музыкальных произведений разных жанров и стилей с учетом стимулирующего или успокаивающего лечебного действия (американская школа), интеграцию музыки, пения, танца для профилактики болезней (итальянская школа), создание каталогов лечебных музыкальных произведений при лечении хронических заболеваний, интеграцию слова, живописи и музыки для повышения резервных возможностей организма (российская школа) и др.

В коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел может использоваться *ароматерапия* — воздействие на организм эфирных масел². Фитонциды некоторых растений положительно влияют на психоэмоциональное состояние человека. Выделяют тонизирующие (масло апельсина, бессмертника, грейпфрута, дикого розмарина, лимона), успокаивающие (масло ладана, герани, ромашки) и сбалансированные (масло лаванды, мандарина, мяты перечной, пачули, иланг-иланга) типы благотворного воздействия ароматов на психику. Существуют контактные и бесконтактные способы применения эфирных масел. Контактные способы применяются при нанесении на «пульсовые точки», при комбинировании массажа и ароматерапии, во время принятия ванн, при добавлении в средства гигиены и косметики, через добавление в бытовые средства. Бесконтактные способы осуществляются с помощью специальных приборов для аэрозольного распыления, аромаламп, ингаляций.

¹ Декер-Фойгт Г. Г. Введение в музыкотерапию. — СПб.: Питер, 2003. — 208 с.

² Ароматерапия. Профилактика и лечение заболеваний. Что необходимо знать о лечебных свойствах эфирных масел. — 4-е изд. — М.: Амрита, 2012. — 64 с.

Одним из методов, рекомендованных для коррекции дезадаптивных состояний сотрудников органов внутренних дел в условиях работы кабинета психологической регуляции, является *фитотерапия* (траволечение). На основе растений изготавливают средства для внутреннего и наружного применения (настои, отвары, настойки, мази, экстракты, сиропы). Многие из них можно приготовить в домашних условиях. Траволечение имеет широкую сферу применения и показано при наличии самых разнообразных патологических состояний. При патологических проявлениях со стороны нервной системы (неврозах, стрессах, состояниях апатии, депрессии) применяются мелисса, валериана, мята, лаванда, зверобой, пассифлора, шишки хмеля.

Методы *арт-терапии (терапии творчеством)* находят свое применение в гармонизации психического состояния сотрудников органов внутренних дел. Британский врач и художник Адриан Хилл работал с туберкулезными больными и заметил, что занятия рисованием помогают им бороться с болезнью. Он и ввел впервые этот метод в арсенал психотерапии. В дальнейшем появились и другие виды творчества — пение, танцы, актерская игра, лепка, фото, литература и др.¹ В ходе *кино-видеотерапии* как разновидности арт-терапии помимо традиционного просмотра и обсуждения фильма осуществляется еще видеосъемка участников и дальнейший анализ, проработка полученных видеоматериалов.

Творчество помогает человеку улучшить эмоциональный фон, избавиться от страхов, агрессии, тревожности, депрессии, повысить свои энергоресурсы. Арт-терапия позволяет глубже познать свое внутреннее «Я», помогает избавляться от внутренних противоречий и комплексов. Терапия творчеством не вызывает у сотрудников органов внутренних дел нежелательных побочных эффектов, сопротивления, поэтому этот метод широко используется в работе психологов системы МВД России.

В практике работы психологов правоохранительной системы хорошо зарекомендовали себя методы *телесно-ориентированной терапии*. «Пионером» этого направления является В. Райх², который считал, что, обеспечивающая нашу психическую жизнь оргонная энергия, блокируется в мышцах тела социальным запретом на прояв-

¹ Копытин А. И. Руководство по групповой арт-терапии. — СПб.: Речь, 2003. — 320 с.

² Райх В. Анализ характера / пер. с англ. Е. Поле. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. — 528 с.

ление гнева, страха, сексуального возбуждения. Эти мышечные блоки формируют телесный панцирь человека, являющийся эквивалентом его характера, психической жизни, его ограничений и комплексов. Поэтому в качестве основного принципа телесно-ориентированной психотерапии В. Райх постулировал работу не с психическими проблемами, а с определенными зонами в теле, являющимися материальным субстратом этих проблем.

Среди методов телесно-ориентированной терапии в коррекции дезадаптивных состояний широко используются различные методики *дыхательной гимнастики*, позволяющие изменить поверхностное дыхание и увеличить количество кислорода в организме, что положительно сказывается на снижении утомления, повышении стрессоустойчивости, улучшении психоэмоционального состояния. В процессе упражнений дыхательной гимнастики комбинируются разные виды дыхания (верхнее, среднее, нижнее, полное, обратное), используются замедление, задержка дыхания или создание затруднений за счет одновременного выполнения физических упражнений. Среди методик дыхательной гимнастики наибольшее распространение получили: методика Й. Мюллера¹, методика оперной певицы А. Н. Стрельниковой², методика врача физиолога К. П. Бутейко³, системы бодифлекс, оксисайз, цигун. Ежедневное выполнение комплекса дыхательных упражнений способствует поддержанию гармоничного нервно-психического состояния человека.

Работая в Центре подготовки космонавтов, Х. М. Алиев разработал *методику «Ключ»*, которая за счет левитации рук и ног позволяет избавляться от телесных зажимов и блоков, расслабляет нервную систему, снимает умственную и физическую усталость, активизирует работу головного мозга, улучшает эмоциональное состояние⁴. Метод включает в себя пять упражнений: «расхождение рук», «схождение рук», «левитация рук/полет», «автоколебания тела», «движения головой». Регулярное выполнение комплекса упражнений в течение 20 минут каждый день оказывает ощутимое терапевтическое действие.

¹ Мюллер Й. П. Моя система. Пять минут упражнений в день для красоты и здоровья. — М.: ЛитРес, 2019. — 88 с.

² Щетинин М. Н. Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Метафора, 2016. — 127 с.

³ Бутейко К. П. Дыхательные практики Бутейко. — М.: АСТ, 2016. — 130 с.

⁴ Алиев Х. М. Метод ключ. Разблокируй свои возможности. Реализуй себя! — СПб.: Питер, 2009. — 94 с.

С каждым годом в составе сотрудников системы МВД России увеличивается количество женщин. Для них одним из естественных средств телесно-ориентированной коррекции дезадаптивных состояний является танцевальная двигательная терапия. За счет целостного влияния на все уровни функционирования организма танец способствует восстановлению энергетического баланса, активизирует ресурсы, нормализует нервно-психическое состояние. Американская танцовщица М. Чейз является основателем этого направления, суть которого заключается в «растворении» мышечных напряжений через восстановление естественного дыхания и спонтанных движений в танце. Психологическая коррекция дезадаптивных состояний может осуществляться как в группе, так и индивидуально. Существуют разные методы и техники танцевальной психологической коррекции: аутентичный танец направлен на внимание к своим телесным ощущениям, двигательному выражению эмоций и чувств, их проживанию и анализу; танец импровизации направлен на внимание к этим же проявлениям во время взаимодействия с другим человеком. «Каждый танец выражает сложную в эмоциональном плане ситуацию, человек сталкивается с проблемами, переживает опыт их разрешения и преобразования»¹. Этот вид психологической коррекции еще не нашел своего применения в МВД России, однако используется в полиции Франции, Германии.

Одним из наиболее эффективных методов телесно-ориентированной терапии, зарекомендовавшим себя в системе МВД России, является *палсинг (холистический массаж)*. Это метод полезен при переутомлении, бессоннице, стрессах, при психоэмоциональных расстройствах, состояниях страха, апатии, депрессии².

Научное исследование по изучению влияния холистического массажа на психофизиологическое состояние сотрудников органов внутренних дел проводилось в 2011 г. на базе ОМВД по Приозерскому району Ленинградской области. Исследование осуществлялось с использованием психологических, психофизиологических методов и путем регистрации электроэнцефалографических показателей. Полученные данные свидетельствовали, что «метод при курсовом использовании оказывает нормализующее воздействие на баланс про-

¹ Ходоров Дж. Танцевальная терапия и глубинная психология. Движущее воображение / пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2009. — С. 103.

² Федорова Г., Бажурина В. Холистический массаж. — СПб.: Невский проспект, 2001. — 186 с.

цессов возбуждения/торможения, улучшает процессы дифференцировочного торможения, способствуют снижению времени простой сенсомоторной реакции, повышает подвижность нервных процессов, способствует увеличению времени релаксации мышц в структуре циклического двигательного акта. Также результаты курсового использования метода свидетельствуют об улучшении переключения внимания, увеличении объема кратковременного зрительного восприятия, нормализации воспроизводимого временного интервала, что свидетельствует о снижении уровня тревожности и уровня психоэмоционального напряжения. Анализ динамики электрической активности головного мозга при проведении сеанса палсинга показывает следующие характерные изменения: постепенное увеличение мощности тета- и дельта-ритма при сохранных ритмах бодрствования (альфа- и бета-), что доказывает мощный релаксационный эффект метода. При описании своих состояний во время сеансов сотрудники чаще всего использовали такие определения, как: «потеря контроля», «защищенность», «уверенность», «спокойствие», «провалы», «перемещение в пространстве», «потеря ощущения своего тела», «слияние с Вселенной». После сеанса сотрудники чувствовали себя отдохнувшими, отмечали, что у них повысился тонус, улучшилось эмоциональное состояние, появилась уверенность в своих силах»¹. Таким образом, на основании выявленных тенденций изменения психофизиологических показателей, электрической активности головного мозга можно сделать вывод о нормализации нервно-психического состояния сотрудников органов внутренних дел и повышении эффективности их деятельности после курсового использования холистического массажа.

Среди состояний, вызывающих психическую дезадаптацию сотрудников органов внутренних дел, выделяется состояние психологического кризиса. *Психологический кризис* (от греч. crisis — решение, поворотный пункт, исход) — состояние, при котором невозможно дальнейшее функционирование личности в рамках прежней модели поведения. Кризис — не патология развития, это норма человеческого развития. Кризис, нарушая привычный ход жизни и затрагивая фундаментальные потребности и ценности, требует от человека переосмысления жизненных целей, отношений с окружающими, образа

¹ Пряхина М. В., Голуб Я. В. Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел // Вестник психотерапии. 2012. № 42 (47). — С. 88–93.

жизни и др. Поэтому успешное преодоление кризиса способствует личностному росту человека, его большей зрелости.

В современной психологической науке существуют различные типологии кризисов, среди которых выделяют нормативные и ненормативные кризисы. *Нормативные кризисы* сопровождают человека на протяжении всей жизни — это кризисы развития — переходной период от одного этапа развития к другому, от одной стадии развития к другой. К нормативным кризисам относятся:

1) возрастные — обусловлены переходом на следующий возрастной этап;

2) профессиональные — связаны с этапами профессионального развития;

3) творческие — определяются творческой деятельностью;

4) экзистенциальные — связаны с мировоззренческим отношением к понятиям: «жизнь/смерть», «свобода/ответственность», «любовь/отчуждение», субъективным осознанием смысла жизни;

5) духовные — обусловлены личностным и духовным ростом (кризисы отношений, состояний, морально-этические)¹.

Что касается профессионального становления сотрудников органов внутренних дел, то в этом процессе можно выделить следующие нормативные кризисы:

— кризис профессиональной адаптации (18–25 лет);

— кризис профессионального роста (25–30 лет);

— кризис профессиональной карьеры (30–33 года);

— кризис социально-профессиональной самоактуализации (38–45 лет);

— кризис угасания профессиональной деятельности (55–65 лет).

Факторами риска развития профессиональных кризисов у сотрудников органов внутренних дел могут являться, например, личная неудовлетворенность социальным статусом; замещение должности с высоким уровнем ответственности; плохой морально-психологический климат в коллективе; ухудшение здоровья; трудоголизм; синдром «эмоционального выгорания»; выход на пенсию и др. Кризис актуализирует мысли о недостаточной профессиональной компетентности и ощущение беспомощности, «ненужности», «профессиональной некомпетентности».

¹ Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / под ред. Н. С. Хрустальной. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2018. — 748 с.

Другим типом кризиса являются *ненормативные кризисы*, которые возникают под воздействием кризисной ситуации. Кризисная ситуация выходит за рамки обычного опыта, к ней нет готовых адаптивных стереотипов поведения, поэтому она вызывает потрясение человека и изменение его привычной картины мира. Выделяют два типа кризисных ситуаций: экстремальные ситуации и ситуации утраты близкого. Переживая кризисное состояние, человек чувствует тревогу различной интенсивности, может переживать: стыд, тоску, ярость, вину, пустоту. Он постоянно фиксируется на психотравмирующей ситуации, ощущает собственную беспомощность, безнадежность, одиночество. Человек пессимистично оценивает собственную личность, окружающую среду и будущее, испытывает затруднения в планировании, может возникнуть полная дезорганизация личности. Если переживания достигают максимума психической устойчивости, возможны суицидальные действия.

Ненормативные профессиональные кризисы сотрудников органов внутренних дел — неожиданные кризисные ситуации, критически влияющие на профессиональную деятельность и развитие (травма, перемена места жительства, невозможность работать по своей профессии, сокращение, увольнение и т. д.).

Кризисные состояния отличаются по длительности и интенсивности, но, тем не менее, в их динамике можно выделить определенные стадии:

— стадия «психического шока» — период дезорганизации психической деятельности, эмоционального дисбаланса;

— стадия демобилизации — отказ от деятельности, кроме жизненно важных сфер;

— стадия пессимизма — период мрачно-окрашенного мироощущения;

— стадия адаптации — принятие создавшейся ситуации, ее рационализация и включение во внутриличностную картину мира;

— стадия восстановления — период нормализации психической деятельности, восстановление эмоционального баланса.

Общим признаком всех деструктивных стратегий преодоления кризисов является фактическое нежелание и/или неспособность человека переосмыслить проблему, принять решение, взять ответственность, страх жизненных изменений, позиция «жертвы», внешне-обвинительная позиция. Конструктивная стратегия преодоления кризиса предполагает принятие реальности, анализ происходящего с по-

зиции осмысления жизненного опыта и поэтапного выхода из нее, принятие ответственности на себя. В этом случае кризис становится этапом личностного роста, личностной зрелости.

Помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса, может оказываться средствами психологической коррекции. Цель работы психолога в условиях кризиса — привести личность к большей целостности, помочь человеку осмыслить и принять ситуацию в контексте меняющейся жизни, взять на себя ответственность за собственную жизнь и актуализировать ресурсы человека для выхода из кризисного состояния. Одним из наиболее эффективных методов кризисной помощи является *рационально-эмоционально-поведенческая терапия (РЭПТ)*, разработанная А. Эллисом¹. Ядром теории РЭПТ является модель АВС, где А (активаторы) — любые текущие события; В (оценка ситуации) — убеждения, установки, взгляды человека; С (следствие) — поведение человека. Все проблемы возникают потому, что в А каждый человек привносит свои когнитивные оценки. И если рациональные взгляды ведут к конструктивным переживаниям и продуктивному поведению, то иррациональные взгляды — к деструктивным переживаниям и саморазрушающему поведению (алкоголизации, наркотизации, трудоголизму и т. д.).

В РЭПТ коррекции подвергаются ошибочные, иррациональные когнитивные установки (убеждения, идеи, предположения, верования), которые не позволяют принять ситуацию, и формируются гибкие установки по отношению к жизненным событиям в целом. Также проводятся различия между конструктивными и неконструктивными эмоциями: например, ярость неконструктивна, а вот недовольство — конструктивно, т. к. является стимулом к изменению ситуации. Коррекция поведенческих нарушений осуществляется в направлении психической и физической энергии в активную деятельность: спорт, танцы, творчество и т. д. Такое преобразование внутренней энергии во внешнюю активность обогащает личность, развивает ее.

В рамках кризисной помощи в РЭПТ выделяют два основных типа проблем: проблемы «эго» (самоуничужение себя по типу «я плохой», «я недостойный»; реакции по типу «я этого не вынесу», «я не в силах это пережить» и т. д.) и проблемы дискомфорта (преувеличение негативных сторон ситуации; нетерпимость к душевной боли и т. д.). Поэтому основными задачами в РЭПТ являются оказа-

¹ Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — СПб.: Речь, 2002. — 345 с.

ние помощи человеку в самопринятии и повышении его толерантности к фрустрации. Основные техники РЭПТ нацелены на изменение мыслей, настроения, поведенческих стратегий. Среди них: решение проблем и отработка навыков, принятие решений, рефокусирование, расслабление и осознанность, копинг-карточки, техника последовательного приближения, экспозиция, ролевая игра, техника «пирога», функциональные сравнения и списки достижений и др.¹

Таким образом, одним из важнейших направлений психокоррекционной работы психолога органов внутренних дел является обеспечение адаптации сотрудников к условиям оперативно-служебной деятельности и повышение ее эффективности. Решение задач, связанных с адаптацией к службе, направлено на поддержание нервно-психического состояния сотрудников, определяющего их адекватное поведение, оптимальное взаимодействие с гражданами, всю систему социальных связей личности в условиях службы.

4.2. Психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании

Одним из направлений коррекционной работы психологов органов внутренних дел является работа с *сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании* (СПППВ). Это понятие было введено Приказом МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации». Сотрудники, нуждающиеся в повышенном психолого-педагогическом внимании, представляют собой «категорию лиц, у которых личностные и функциональные особенности определяют повышенную вероятность возникновения дезадаптации, способствующих развитию нервно-психических и психосоматических заболеваний, асоциального (делинквентного) поведения, аутоагрессии, приводящих к снижению эффективности и надежности профессиональной деятельности»². К СПППВ относят несколько категорий сотрудников, для которых определены свои сроки сопровождения их службы, а также направления и методы психологической помощи.

¹ Бэк Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям / под ред. Д. В. Ковпак. — СПб.: Питер, 2018. — 416 с.

² Методические рекомендации по организации работы с сотрудниками органов внутренних дел, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании // Письмо ДГСК МВД России от 30.09.2015 г. № 21/7/10458.

К *первой группе* относятся сотрудники, имеющие по результатам профессионального психологического отбора третью категорию профессиональной психологической пригодности. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 6 месяцев. Среди психокоррекционных методов рекомендован социально-психологический тренинг, направленный на повышение социального статуса сотрудника.

К *второй группе* относятся сотрудники с низкими адаптационными способностями к условиям оперативно-служебной деятельности, признаками нервно-психической неустойчивости. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 3 месяцев. Среди психокоррекционных методов рекомендованы индивидуальный психологический тренинг, сеансы релаксации и аутогенной тренировки, иные коррекционные психотехники.

К *третьей группе* относятся сотрудники, имеющие низкий социометрический статус, находящиеся в неудовлетворительном морально-психологическом состоянии, в том числе, обусловленном применением оружия, получением ранения, травмы, увечья, острой конфликтной ситуацией, гибелью родственников или близких лиц. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 3 месяцев. Среди психокоррекционных методов рекомендован социально-психологический тренинг, способствующий повышению социального статуса сотрудника и большему сплочению коллектива.

К *четвертой группе* относятся сотрудники, склонные к аддиктивному поведению. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 3 месяцев. Среди психокоррекционных методов рекомендован индивидуальный психологический тренинг.

К *пятой группе* относятся сотрудники, допустившие грубые нарушения служебной дисциплины или неоднократные нарушения служебной дисциплины при наличии у них дисциплинарного взыскания, наложенного в письменной форме. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 1 месяца. Среди психокоррекционных методов рекомендован социально-психологический тренинг, в ходе которого прививались бы новые формы поведения проблемного сотрудника, повышался его социальный статус, сеансы релаксации и аутогенной тренировки, иные коррекционные психотехники.

При оказании психокоррекционной помощи сотрудникам, нуждающимся в повышенном психолого-педагогическом внимании, пси-

хологу, прежде всего, необходимо определить в каких сферах личности у них существуют проблемы: потребностно-мотивационной, эмоционально-волевой, когнитивно-познавательной, межличностно-социальной, морально-нравственной, экзистенциально-бытийной, действенно-практической. Определив проблемную сферу, целесообразно сформулировать цель психокоррекции и выбрать адекватные ей методы работы.

Одним из нормативно рекомендованных методов работы с сотрудниками категории ПППВ является *социально-психологический тренинг*. Этот метод направлен на коррекцию коммуникативных качеств сотрудников и повышение результативности их деятельности. В процессе социально-психологического тренинга сотрудники осваивают профессиональные компетенции, обеспечивающие эмоциональные контакты в необходимых пределах с коллегами, начальниками, гражданами; свободное владение вербальными и невербальными средствами общения; умение слушать участников общения; выбор адекватной стратегии коммуникативного поведения в конфликтных ситуациях; способность к сотрудничеству, достижению компромиссов; самоконтроль над эмоциями, чувствами, настроением. Развитие психологической устойчивости и коммуникативной компетентности сотрудников категории ПППВ повышает их социальный статус, влияет на качество профессиональной адаптации и результативность деятельности по занимаемой должности¹.

Индивидуальный психологический тренинг с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании, предполагает проведение *тренингов личностного роста*. Тренинг личностного роста включает в себя ряд занятий, направленных на развитие индивидуально-психологических качеств, повышающих эффективность деятельности сотрудников органов внутренних дел. Личностный рост предполагает самосовершенствование человека в самом широком спектре его проявлений. Это может быть внутреннее состояние (обретение уверенности, примирение с самим собой и т. д.), отношения с внешним миром («Я и Другие»), способность к профессиональным, духовным, социальным достижениям, к само-

¹ Ульянина О. А. Социально-психологический тренинг формирования психологической устойчивости и коммуникативной компетентности сотрудников полиции: учебно-методическое пособие. — М.: Академия управления МВД России, 2020. — 92 с.

реализации в профессиональной деятельности, творчестве, в семейной жизни. Цель тренингов личностного роста — качественные изменения, которые переводят возможности сотрудника на новый уровень и повышают эффективность его профессиональной деятельности.

Для категории сотрудников ПППВ проводятся различные виды тренингов личностного роста. *Тренинг сензитивности* направлен на развитие способности интерпретировать чувства, мысли другого человека, групп людей и на основе этого прогнозировать поведение человека и социальных групп. *Тренинг ассертивности* (уверенного поведения) опирается преимущественно на методы поведенческой терапии. Чаще всего причинами неуверенности человека являются разнообразные социальные страхи (страх критики, ошибки, страх попросить, потребовать, отказать или получить отказ), а также поведенческий и когнитивный дефицит (неспособность открыто выражать свои чувства и желания, недооценка успехов, переоценка негативных событий). Цель тренинга ассертивности — научить сотрудника навыкам уверенного поведения, самопрезентации, самоутверждения и отстаивания своих прав в профессиональных отношениях без агрессии. *Тренинг эмоциональной компетентности* направлен на развитие умений и навыков сотрудников осознавать свои эмоции и управлять ими, а также на умение восстанавливаться после эмоциональных потерь. Задачами *тренинга преодоления тревоги* являются: распознавание иррациональных мыслей, тренировка приостановки мыслей, коррекция искаженных восприятий и убеждений, тренировка адекватных моделей поведения в различных ситуациях служебного взаимодействия. *Тренинг профессиональной и жизненной успешности* направлен на повышение мотивации профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел. Один из главных принципов этого вида тренинга личностного роста — принцип метафорической биологизации (активизация энергии природных мотивов человека)¹.

При разработке тренинговых занятий психологу важно знать методологию и методику проведения тренинга. Так, при проведении группового тренинга необходимо определить принципы и критерии формирования группы, продолжительность занятий, иметь соответствующее количеству участников помещение, где места расположены по кругу, что способствует их активному взаимодействию. Методика

¹ Деева Н. А. Тренинг профессиональной и жизненной успешности сотрудников органов внутренних дел: ресурсы, значимость, субъектность: учебно-практическое пособие. — Краснодар: Изд-во КУ МВД России, 2021. — 191 с.

проведения тренинга описывает структуру, этапы проведения тренинга, групповые нормы, типологию тренинговых методов¹. Традиционно выделяют следующие этапы проведения группового тренинга: целеполагание (ведущий сообщает участникам тему, цель, задачи, порядок проведения тренинга, выясняет групповые ожидания и приводит их в соответствие с целью занятия), принятие правил работы группы, оценка уровня информированности группы по теме тренинга, актуализация проблемы, информирование, формирование практических навыков, подведение итогов работы. Методами тренинга являются методы стимуляции взаимодействия участников, методы обучения, методы коррекции, методы обсуждения, методы результатов оценки тренинга. Так, например, среди методов обсуждения используются метод переноса (ведущий предлагает перенести сложную для участника ситуацию на другого), метод «проверки реальностью» (предлагается конкретная реальная ситуация), метод «трех измерений» (анализ ситуации с трех точек зрения), метод «медали» (анализ противоположных сторон ситуации).

Категория сотрудников ПППВ часто нуждается в коррекции неадекватной тревожности. *Метод систематической десенсибилизации* в этом случае является достаточно эффективным, т. к. направлен на уменьшение уровня тревожности. Сама процедура относительно проста: в состоянии релаксации в воображении представляются от самых легких к самым трудным ситуации, вызывающие тревогу и страх. На первом этапе сотрудника обучают релаксации, например, с помощью аутогенной тренировки, в некоторых случаях может использоваться гипнотическое воздействие. На втором этапе производится ранжирование ситуаций по степени интенсивности переживания тревоги или страха. На третьем этапе осуществляется собственно десенсибилизация — соединение представлений о ситуациях, вызывающих тревогу или страх, с релаксацией. Одним из вариантов этого метода является *техника десенсибилизации и переработки тревожащих переживаний посредством движений глаз*. В этом случае релаксация не используется. Каждое представление сотрудником ситуаций от более легких к самым трудным по степени переживания тревоги или страха, сопровождается направлением его взгляда за движением, взятого психологом в руки предмета (ручка, карандаш). Движение предметом

¹ Реньш М. А., Лопес Е. Г. Психологический тренинг: учебно-методическое пособие. — Екатеринбург: Изд-во РГППУ, 2016. — 235 с.

осуществляется по горизонтали, по вертикали, по кругу, а также приближаясь и отдаляясь от центра глаза.

Существуют методы коррекции тревоги и страха, при которых происходит быстрое столкновение с ситуациями их вызывающими без предварительной релаксации. Эти методы получили название — *иммерсионные методы*. Если в методике систематической десенсибилизации погружение в ситуацию происходит постепенно от легкой к трудной, то в иммерсионных методиках эффективность обеспечивается быстрым погружением в трудную ситуацию. Это приводит к тому, что организм после повторных столкновений с трудными ситуациями привыкает к взрыву тревоги вплоть до полного ее исчезновения. К иммерсионным методам относят метод наводнения (нахождение максимально долгого времени в реальной ситуации, вызывающей сильную тревогу или страх), метод имплозии (нахождение в воображаемой трудной ситуации с максимальным эмоциональным вовлечением в нее через зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные ощущения), метод парадоксальной интенции (изменение отношения к ситуации путем отстранения от нее и формирования юмористической установки).

Коррекционная работа психологов органов внутренних дел с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании, повышает уровень их адаптации к условиям и требованиям оперативно-служебной деятельности и позволяет снять с них группу учета.

4.3. Психологическая коррекция социально-психологических явлений в подразделениях органов внутренних дел

В соответствии с Приказом МВД России от 25 декабря 2020 г. № 900 одной из задач психологической работы является «участие в формировании и поддержании в служебных коллективах благоприятного социально-психологического климата, способствующего результативной совместной деятельности сотрудников»¹.

Социально-психологический климат — свойство служебного коллектива, которое проявляется в формах общения, сработанно-

¹ Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» (Документ опубликован не был).

сти, сплоченности, совместимости в группе, в уровне конфликтности, удовлетворенности, самочувствии и настроении членов служебного коллектива.

Известно, что «в коллективах с благоприятным социально-психологическим климатом легче переносится воздействие тяжелых и опасных факторов условий труда, ниже текучесть кадров. Недооценка роли коллективного настроения и сплоченности ведет к потере до 15 % рабочего времени и может существенно снижать взаимовыручку и надежность работы личного состава в экстремальных ситуациях. При плохом социально-психологическом климате в органах и подразделениях эффективность труда падает на 15–40 %, при хорошем же — повышается на 10–20 %. Неблагоприятный психологический климат резко отрицательно влияет на уровень заболеваемости личного состава вследствие развития у него хронических стрессовых реакций»¹.

Анализируя социально-психологические явления в служебных коллективах, психологу важно уметь определять конфликтную зону в отношениях между сотрудниками. Выделяют субъективные и объективные *причины конфликтов*, возникающих в служебных коллективах органов внутренних дел. Среди них:

1. Финансово-организационные причины, связанные с распределением ресурсов. Если оплата труда сотрудников не учитывает их деловых качеств, сложности, ресурсных затрат и конечных результатов деятельности, то возникают противоречия, которые снижают профессиональную мотивацию личного состава и провоцируют конфликты.

2. Материально-технические причины. Они связаны с условиями труда, наличием необходимых технических средств. Если сотрудники работают в непригодных для качественной работы условиях, вынуждены работать с устаревшей техникой, то это порождает противоречие между средствами и процессом труда, серьезно сказываясь на результативности служебной деятельности.

3. Неравные возможности. Когда несколько сотрудников, обладающих разным уровнем профессиональной квалификации, выполняют одно задание, это может привести к противоречию в деятельности. Взаимосвязанность задач при неравных возможностях приводит к конфликту.

4. Различия в целях и способах их достижения. В организационной системе МВД России существуют различные специализированные

¹ Оперативно-розыскная психология: учебное пособие для вузов / под общ. ред. Ю. Е. Аврутина. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Юрайт, 2018. — С. 163.

подразделения, цели и способы деятельности которых не совпадают. У руководителей и непосредственных исполнителей могут быть разные взгляды на пути и способы достижения общих целей. Все это вызывает различные противоречия и порождает конфликты интересов.

5. Недостаток информационного обеспечения деятельности. Часто конфликты в органах внутренних дел связаны с отсутствием необходимой для деятельности информации, несвоевременностью ее поступления, избытком или недостатком информации, существенной для принятия решения, ее недостоверностью. Это создает условия для субъективного восприятия ситуации в качестве конфликтной, а служебных задач — как трудновыполнимых.

6. Стиль управления. Методы управления руководителей органов внутренних дел могут вступать в противоречие с особенностями служебного коллектива, его целями и задачами. В настоящее время в полиции существует конфликт между стилем руководства, который реализуют руководители старшего поколения, и ожиданиями, требованиями, ценностями сотрудников молодого возраста. Ранее выработанный стиль управления в системе МВД России, построенный на приказах и распоряжениях, оказывается не эффективным в работе с молодыми сотрудниками, которые в большой степени ориентированы на признание, уважение их личности, партнерство во взаимоотношениях с руководителем, денежное вознаграждение.

Чтобы управлять конфликтными ситуациями, необходимо определить уровень, на котором возник конфликт (организационный, функциональный, психологический), его конкретные причины, особенности деятельности подразделений и индивидуально-психологические особенности участников конфликта.

Социально-психологическая работа — одно из основных направлений деятельности практического психолога органов внутренних дел. Задачами этого направления являются: поддержание благоприятного социально-психологического климата, обеспечение высокой профессиональной работоспособности сотрудников в повседневных и особых условиях служебной деятельности, осуществление профилактики нарушений служебной дисциплины и законности, конфликтных ситуаций в служебных коллективах. В социально-психологической работе психолог может использовать различные методы групповой коррекционной работы, исследовательско-обучающие семинары, тренинговые технологии. В системе МВД Рос-

сии, помимо социально-психологических тренингов¹, широкое применение в работе со служебными коллективами нашел метод М. Балинта. В процессе работы по методу «Балинтовой группы» могут решаться следующие задачи:

- осознание причин, негативно влияющих на социально-психологический климат служебного коллектива;
- осознание причин конфликтных ситуаций, возникающих в служебном коллективе;
- нахождение путей разрешения конфликтных ситуаций;
- снятие эмоционального напряжения в служебном коллективе;
- повышение компетентности межличностного общения;
- взаимное обогащение членов служебного коллектива способами разрешения затруднений в профессиональной деятельности и семейных отношениях;
- профилактика «синдрома выгорания», основанная на проработке ситуаций, вызывающих затруднения в служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел.

Балинговская группа может иметь жесткую структуру проведения, а может проводиться вариативным способом. Вариант проведения определяется количеством процессуальных «шагов», форматом задаваемых и обсуждаемых вопросов, возможностью использования тех или иных техник. Балинговская группа реализуется через ряд процессуальных «шагов»:

1. Психолог просит членов служебного коллектива описать в течение 1–2 минут свои затруднения, связанные с особенностями работы в этом коллективе, особенностями взаимоотношений, конфликтной ситуацией, затруднениями в профессиональной деятельности или в семейных отношениях и т. д. После непродолжительного обсуждения группа отдает предпочтение одному из сотрудников.

2. Сотрудник более подробно рассказывает о своих затруднениях. Психолог и члены группы внимательно слушают его рассказ.

3. Сотрудник формулирует вопросы к группе по своей проблеме, вынесенной на обсуждение. На этом этапе психолог помогает сотруднику сформулировать вопросы, запросы к группе и записывает их на доске, чтобы в течение работы сохранялась точность их содержания.

¹ Нежкина Л. Ю. Социально-психологический тренинг профессионального общения сотрудников ОВД: методические рекомендации. — Иркутск: ФГКОУ ВО ВСИ МВД России, 2019. — 56 с.

4. Группа задает вопросы сотруднику для уточнения и прояснения его затруднения. Организационно это может проходить либо по кругу, либо в свободном режиме общения. Сотрудник, заявивший проблему, может на этом этапе обнаружить то, что ранее им не осознавалось.

5. Сотрудник окончательно формулирует проблему, запросы, которые он хотел бы вынести на обсуждение. При этом группа может предложить дополнительные вопросы, ответы на которые, по их мнению, могли бы быть полезны сотруднику.

6. Все члены группы отвечают на поставленные перед ними вопросы, запросы. В процессе работы группы может возникнуть свободная дискуссия, неформальное обсуждение представленных затруднений. Сотрудник в это время слушает мнение группы по своему желанию либо сидя в кругу, либо сидя за кругом.

7. Психолог обобщает ответы группы, высказывает свое видение ситуации.

8. Сотрудник, заявивший проблему, дает обратную связь о том, что он переживал во время обсуждения, что ему было важно услышать и понять при анализе возможных путей выхода из затруднения¹.

Другим методом групповой психокоррекции, широко применяющимся в работе со служебными коллективами органов внутренних дел, является *метод групповой дискуссии* — коллективное обсуждение какой-либо проблемы, направленное на достижение общего мнения по ней. Благодаря принципу обратной связи каждый участник дискуссии получает возможность увидеть разнообразие подходов к решению одной и той же проблемы. Используется групповая дискуссия в целях коррекции межличностных отношений, внутригрупповых конфликтов. В структуре групповой дискуссии выделяют следующие этапы:

— ориентировка — определение темы и цели дискуссии, высказывание всеми участниками дискуссии суждений и мнений по обсуждаемой проблеме, а также вариантов ее решения;

— оценка — анализ и групповая оценка полученной в ходе обсуждения информации, а также выбор решения из имеющихся или появившихся в ходе обсуждения альтернатив;

— завершение — подведение итогов дискуссии и определение решения заявленной проблемы.

В зависимости от уровня дискуссионных навыков участников группы выделяют различные формы организации дискуссии.

¹ Винокур В. А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы. — СПб.: СпецЛит, 2019. — 263 с.

1. Неподготовленная дискуссия имеет три варианта:

а) дискуссия ведется за круглым столом, ведущий излагает суть проблемы, затем участники по очереди высказывают свое мнение по сути проблемы. Дискуссия может проводиться с ограничением или без ограничения времени высказывания. Передача слова может осуществляться по кругу, с использованием игрового предмета, по желанию. В заключение дискуссии ведущий подводит итоги, обобщает изложенные точки зрения;

б) ведущий излагает суть проблемы, делит группу на две подгруппы и формулирует для каждой из них задачи. Подгруппа коллективно решает задачу, один из ее членов выступает и обосновывает решение группы. При выступлении другая подгруппа может задавать уточняющие вопросы, указывать на спорные моменты, ошибки, неточности, выяснять подробности, оценивать решения. Подводя итоги дискуссии, ведущий оценивает работу обеих подгрупп, варианты решения проблемы;

в) дискуссия ведется за круглым столом, ведущий излагает суть проблемы, а участникам раздаются роли, зафиксированные на карточках (например, «сомневающийся», «удивляющийся», «согласный», «несогласный» и т. д.). Участники в соответствии с заданными ролями ведут дискуссию, используя различные примеры, аргументы. В заключении ведущий подводит итоги, оценивает достигнутое группой решение проблемы.

2. Подготовленная дискуссия может быть организована двумя вариантами:

а) тема дискуссии сообщается участникам заранее, желательно, чтобы она имела несколько вариантов решения. Во время дискуссии участники делятся сначала на пары и вырабатывают вариант решения, затем на подгруппы из четырех человек и вновь вырабатывают вариант решения, затем объединяются в подгруппы из восьми человек и снова находят решение проблемы и т. д. На следующем этапе дискуссии выступают представители от каждой из последнего варианта численности подгрупп и защищают свой вариант решения проблемы. Затем все участники группы обсуждают варианты и совместно находят решение проблемы. В конце дискуссии ведущий подводит итоги и дает оценку найденного группой решения;

б) тема и проблема дискуссии сообщается участникам заранее, участники готовят сообщения, тезисы либо предложенные ведущим, либо выбранные самостоятельно. На первом этапе дискуссии выяс-

няются точки зрения участников на проблему, выявляются противоречия. Далее участникам предлагается дополнительно собрать необходимую информацию для обоснования и усиления аргументации своей позиции. В конце дискуссии ведущий подводит итоги и дает оценку найденного группой решения.

Среди видов групповой дискуссии выделяют ролевую дискуссию, дискуссию со скрытыми ролями, анализ конкретных ситуаций. В работе с подразделениями органов внутренних дел при решении конфликтных ситуаций чаще используется *дискуссия как анализ конкретных ситуаций*. В ходе этой дискуссии обсуждаются ситуации, произошедшие в подразделении «здесь и сейчас», а так же ситуации из опыта профессионального взаимодействия типа «там и тогда». Способы анализа конкретных ситуаций могут быть различные: сотрудники их могут описать, проанализировать дома и принести в группу для обсуждения; ситуация может описываться и анализироваться каждым участником самостоятельно во время проведения групповой дискуссии; ситуация может описываться и анализироваться в подгруппах во время проведения групповой дискуссии. Возможность описания и анализа позволяет каждому сотруднику более четко изложить конфликтную ситуацию, сформулировать причины ее возникновения, обозначить свое место в ситуации и увидеть пути ее разрешения.

Управление социально-психологическими процессами в служебных коллективах является одной из важнейших задач и руководителей органов внутренних дел. Эффективность оперативно-служебной деятельности сотрудников правоохранительной системы во многом зависит от уровня управленческой компетентности руководителей разного ранга. Приказ МВД России от 25 декабря 2020 г. № 900 регламентирует деятельность психологов по «личностно-профессиональному развитию сотрудников, в том числе замещающих должности руководителей (начальников, командиров) всех уровней управления, их заместителей и помощников»¹. В связи с этим в деятельности психологов получают все большее распространение различные психотехнологии, программы и тренинги для руководителей подразделений органов внутренних дел. Среди них: психотехнологии развития аутопсихологической компетентности, тренинг развития профессиональных компетенций и управленческого потенциала, пси-

¹ Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» (Документ опубликован не был).

хотехнологии формирования оптимального стиля управления, психологической устойчивости к управлению в экстремальных условиях¹, программа профилактики профессионального стресса руководителей органов внутренних дел².

В настоящее время в системе МВД России получает развитие научный потенциал методологии компетентностного подхода. Разрабатываются и апробируются технологии описания профилей профессиональных компетенций в соответствии с основными видами деятельности³. Анализ деятельности руководителей органов внутренних дел различных служб и подразделений позволил выделить ряд управленческих компетенций, обеспечивающих ее эффективность⁴. Для развития и коррекции управленческих компетенций используется *тренинг управленческой компетентности*, построенный по принципу конструктора. Такими конструктами выступают тематические модули (блоки), направленные на развитие *нескольких* логически взаимосвязанных компетенций. Учитывая дефицит времени руководителей и то, что не многим руководителям необходимо развитие всех компетенций, подобный вариант тренинга оказывается наиболее удобным. Кроме того, если разработан профиль управленческих компетенций, тогда модульный тренинг позволяет ликвидировать разрыв компетенций — отклонение отдельных компетенций профиля руководителя от требуемого уровня их развития.

Среди управленческих компетенций, обеспечивающих эффективность профессиональной деятельности руководителя, выделяют:

— организаторскую компетентность — способность собрать и направить в нужное русло личные и коллективные ресурсы, необходимые для реализации целей деятельности, способность принимать

¹ Тюнис Л. Ю., Котенев И. О. Психологическое сопровождение профессионально-личностного развития руководителей органов внутренних дел в процессе обучения: учебное пособие. — М.: ДГСК МВД России, 2019. — 192 с.

² Пряхина М. В., Кобозев И. Ю. Профессиональный стресс руководителей органов внутренних дел и его психопрофилактика: монография. — СПб.: политехника-Сервис, 2011. — С. 107–115.

³ Пряхина М. В., Душкин А. С. Профессиографическое описание основных видов деятельности в системе МВД России: учебно-методическое пособие. — М.: ДГСК МВД России, 2013. — 112 с.

⁴ Пряхина М. В. Критерии оценки и психологического прогноза эффективности управленческой деятельности руководителей органов внутренних дел // Прикладная юридическая психология. 2012. № 1. — С. 101–107.

управленческие решения, действовать и нести за это ответственность, способность мотивировать сотрудников к активной деятельности;

— коммуникативность — способность создавать и поддерживать благоприятный социально-психологический климат в коллективе, способность создавать каналы коммуникации (слышать других, принимать обратную связь, конструктивно воспринимать чужие идеи);

— целеустремленность — способность превращать полученные в процессе деятельности требования в индивидуальную цель, способность выделять приоритеты и временную последовательность целей, настойчивость и ориентация на получение наилучших результатов в достижении поставленных целей;

— аналитичность — способность логично, последовательно мыслить и действовать, систематически анализируя текущие факторы, влияющие на эффективность деятельности коллектива;

— системность — способность структурировать, систематизировать, стандартизировать подходы к решению задач, умение мыслить целостно;

— планирование — способность определять и формулировать цели в соответствии с содержанием и сроками поставленных задач, осуществлять контроль достижения сотрудниками поставленных целей;

— делегирование — способность объяснять задачи, обеспечивать условия их выполнения и возлагать ответственность за их выполнение на сотрудников, учитывая при этом их способности, возможности, мотивацию;

— гибкость и адаптивность — способность быстро и адекватно реагировать на внештатные ситуации, изменяющиеся требования и условия деятельности, способность видеть парадоксы, противоречия и определять пути решения проблем с их учетом;

— стрессоустойчивость — способность сохранять эффективность деятельности в сложных и критических ситуациях, способность к самоконтролю, саморегуляции¹.

Тренинг управленческой компетентности включает в себя несколько модулей: управление подчиненными, планирование деятельности, тайм-менеджмент, постановка задач и контроль за их выполнением, мотивация сотрудников, лидерство и харизма, личность руководителя. Каждый модуль ориентирован на развитие нескольких логически взаимосвязанных компетенций, что обеспечивает гибкость

¹ Белова Е. Н. Управленческая компетентность руководителя: монография. — Красноярск: Красноярский государственный университет, 2018. — 255 с.

в использовании данного тренинга. Повышение управленческой компетентности руководителей органов внутренних дел является существенным резервом обеспечения эффективности и надежности оперативно-служебной деятельности сотрудников полиции.

4.4. Психологическая коррекция семейно-бытовых отношений сотрудников органов внутренних дел

Эффективность оперативно-служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел, их уровень психической адаптации, эмоционального напряжения во многом зависит от того, какой характер отношений существует в его семье. Семья может быть огромным ресурсом для человека, а может, наоборот, быть постоянным источником напряжения и проблем. Психологическая помощь семье регламентируется Приказом МВД России № 900, определяющим основные направления и задачи психологической работы в органах внутренних дел¹.

Семья имеет ряд важнейших характеристик (функции, структуру, динамику), определяющих ее благополучие или неблагополучие. Основными *функциями семьи* являются: хозяйственно-бытовая, эмоциональная, общения, воспитательная, первичного социального контроля, сексуально-эротическая. Функции семьи претерпевают определенные изменения, они могут нарушаться, что приводит к нарушению всей жизнедеятельности семьи. *Структура семьи* определяет ее состав, совокупность всех взаимоотношений, специфику реализации функций семьи, прав и обязанностей ее членов. *Динамика семьи* определяет этапы ее развития. В научной литературе описаны различные подходы к выделению основных этапов жизненного цикла семьи. Е. Дюваль выделил восемь этапов, которые достаточно точно описывают те кризисы и проблемы, с которыми сталкивается каждая пара².

1. Принятие и освоение супружеских ролей. Супруги занимаются урегулированием отношений с родительскими семьями, решают вопросы, связанные с планированием общего бюджета, с желанием стать родителями.

¹ Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» (Документ опубликован не был).

² Основы психологии семьи и семейного консультирования: учебник / под общ. ред. Н. Н. Посысоева. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрайт, 2020. — 266 с.

2. Появление в семье детей. Происходит переход от отношений двоих к отношениям троих. На этом этапе накапливается множество проблем, связанных с трудностями в связи с появлением и уходом за ребенком.

3. Семьи с детьми дошкольниками. В этот период накапливаются проблемы в связи с адаптацией к возрастным потребностям ребенка (введение детей во внесемейные институты), что сильно ограничивает личное пространство родителей.

4. Семьи с детьми в возрасте до 13 лет. Главной задачей семьи становится побуждение детей к учебным успехам. Основные сложности связаны с решениями по поводу будущего своих детей и их текущего развития.

5. Семьи с подростками, юношами и девушками. Проблемы этого периода связаны с необходимостью изменения отношений с детьми, предоставлением им необходимой свободы и ответственности. Взросление детей предполагает изменение ведущих смыслов семьи, возможность родителям создавать свой круг интересов, активно заниматься вопросами своей жизни.

6. Уход детей из семьи. Самым сложным на этом этапе становится выстраивание качественно новых отношений со своими детьми и установление отношений внутри своей пары, которая вновь возвращается к «бездетному» существованию.

7. Средний возраст (от «пустого гнезда» до пенсии). На этом этапе происходит реструктурирование супружеских отношений, старшее и младшее поколение учится выстраивать отношения независимости и сохранения родственных связей. Старшее поколение осваивает роли бабушек и дедушек.

8. Старение. Сложнейшие задачи этого этапа — принятие факта ухода на пенсию и адаптация к старости. Возможная смерть одного из супругов вызывает проблемы утраты и одинокой жизни.

Семья может рассматриваться как гармоничная и дисгармоничная. *Гармоничная семья* отличается иерархической структурой власти, ясными семейными правилами, сильной родительской коалицией, четкой дистанцией между поколениями. В такой семье присутствуют терпимость, взаимоуважение, искренность, честность. Члены такой семьи тянутся друг к другу, умеют договариваться по всем аспектам совместной жизни, имеют похожие ценностные ориентации и интересы. В *дисгармоничных семьях* нарушается равновесие во взаимоотношениях, снижается социально-психологическая адаптация,

формируются хронические противоречия и конфликты. В этих семьях существует недостаток интимности, семейные роли являются ригидными, что ограничивает развитие, как каждого члена семьи, так и семьи в целом.

В любой семье могут возникать *семейные нарушения*, которые представляют собой сложные образования, имеют многочисленные обуславливающие их факторы и формы проявления. Как отмечает А. А. Осипова, «можно выделить следующие группы семейных нарушений:

— острые (внезапная смерть одного из членов семьи, известие о супружеской измене, внезапное изменение в семье и социальном статусе и т. д.);

— хронические (чрезмерная физическая и психическая нагрузка в быту и на производстве, сложности при решении жилищной проблемы, длительный и устойчивый конфликт между членами семьи и т. п.);

— связанные с резкой сменой образа жизни семьи (возникают при переходе от одного этапа жизненного цикла семьи к другому);

— связанные с суммированием трудностей, их «наложением» друг на друга (необходимость практически одновременного решения ряда проблем, например, завершение образования и освоение профессии, решение жилищной проблемы, первичное обзаведение имуществом, уход за ребенком и т. д.);

— связанные с этапами жизненного цикла семьи (например, на первом этапе жизни — это сложности взаимного психологического приспособления и конфликты, возникающие при формировании взаимоотношений с родственниками, при решении жилищной проблемы и т. д.);

— связанные с кризисами семьи (первый критический период наблюдается между 3-м и 7-м годами существования семьи, когда происходит изменение эмоциональных взаимоотношений и как результат — увеличение числа конфликтных ситуаций, рост напряжения; второй кризис назревает между 17-м и 25-м годами и связан с отделением детей от семьи, что приводит к нарастанию соматических жалоб, тревожности, ощущению пустоты жизни);

— обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла (трудности адаптации к произошедшим событиям, таким как развод, длительная разлука супругов, смерть одного из членов семьи, бездетность и т. д.);

— ситуационные воздействия на семью (к этой группе относятся трудности относительно кратковременные, но несущие угрозу функционированию семьи — серьезные заболевания членов семьи, крупные имущественные потери и т. п.)»¹.

В настоящее время в психологической коррекции семейных нарушений оформились несколько направлений: коррекция супружеских отношений, коррекция сексуальных проблем, коррекция детско-родительских отношений, коррекция посттравматических ситуаций. Выделяют психокоррекцию семейных отношений по длительности: кратковременную и долговременную. При организации коррекционной работы с семейными нарушениями необходимо определить регулярность и продолжительность каждой встречи, место проведения встреч (по месту жительства или в кабинете психолога), форму работы (с каждым членом семьи по отдельности или одновременно со всей семьей). В работе с семьей используются различные техники психодинамического, системного, эклектического направления психокоррекционной практики. В *психодинамическом подходе* анализируются психологические проблемы семьи, пережитые в прошлом и воспроизводимые в актуальном опыте. Коррекция направлена на осознание членами семьи того, как нерешенные в прошлом проблемы влияют на неконструктивные способы адаптации в настоящей жизни. В *системном подходе* семью рассматривают как некую единую систему, в которой анализируются различные подсистемы внутрисемейных взаимодействий. В ходе психодиагностики выделяются типичные нарушения семейных отношений, создаются условия для эмоционального отреагирования каждым членом семьи, вырабатываются и поддерживаются навыки конструктивного взаимодействия. В *эклектическом направлении* в коррекционной работе с семьей используются различные по своим психологическим механизмам методы: ролевые игры, групповая дискуссия, анализ и интерпретация взаимоотношений и т. д.

Действенным методом при решении семейных затруднений является *психодрама Я. Морено*, которая проводится в форме сюжетно-ролевой игры на избираемую тему². «Проживая» ситуацию, человек по-новому начинает осознавать проблему, способ своего реагирования, свое отношение к событиям, что открывает возможности кор-

¹ Осипова А. А. Указ. соч. — С. 297.

² Крюгер Р. Лечение психодрамой: теория и практика / пер. с нем. М. Бушуева и И. Аношиной. — М.: Класс, 2017. — 705 с.

рекции своего поведения. При отреагировании внутренних конфликтов в ходе психодраммы происходит катарсис, что имеет большой целебный эффект. Классическая процедура психодраммы предполагает работу в группе, где выбираются позиции участников: протагонист (главный герой, который предоставляет свою семейную проблему), режиссер (психолог, который создает атмосферу в группе, распределяет роли, помогает протагонисту исследовать свою проблему, организует обсуждение происходящего), вспомогательные «Я» (участники группы, которые могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного «Я»), зрители (члены группы, которые не принимают непосредственного участия в психодраматическом действии, но могут обсуждать ситуацию после ее завершения). Для проведения психодраммы необходима сцена — место в пространстве, где разворачивается психодраматическое действие. В ходе этой коррекционной работы протагонист творчески переосмысливает свои семейные проблемы и конфликты, глубже начинает понимать самого себя, овладевает навыками конструктивного поведения и способами эмоциональной саморегуляции.

В рамках системного подхода в коррекции семейных отношений зарекомендовал себя метод *системных расстановок* Б. Хеллингера¹. Расстановка может производиться в группе или самостоятельно специалистом-психологом. Семейная проблема как взаимодействие членов семейной системы расставляется в пространстве. Если это работа в группе, то психолог для представления в расстановке каждого члена семьи выбирает того или иного участника (заместителя). Определение места заместителя производится на основании его телесных ощущений. Затем заместители могут двигаться в пространстве и коротко описывать словами, что они чувствуют. Через свои ощущения, эмоции, чувства, образы они описывают семейную ситуацию, причем это может выходить далеко за пределы того, что рассказывает сам человек, заявивший семейную проблему. Заказчик, не имея определенной информации и будучи вовлеченным в семейную проблему, много не видит и не понимает. Заместители получают информацию о своих прототипах из «информационного поля». Доверие информации, которая приходит из «поля» посредством восприятия заместителя, является основным отличительным признаком метода системных расстано-

¹ Хеллингер Б. Порядки любви: Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. — 400 с.

вок. Такая терапевтическая возможность существует только в этом методе, хотя именно по этому поводу его и критикуют.

В коррекции детско-родительских и супружеских отношений широко используется методика «*семейная фотография*». В ходе работы обсуждаются выбранные из семейного архива каждым членом семьи фотографии. Каждая встреча посвящается одному из членов семьи, он рассказывает о том, какое значение имеют и какие чувства вызывают у него отобранные фотографии. В процессе работы обнаруживаются и корректируются главные проблемы взаимоотношений в семье.

Методика «семейная скульптура» относится к социометрическим методикам коррекционной работы с семьей. Существует много вариантов использования этой методики, но главное ее достоинство заключается в невербальном характере, что позволяет преодолеть интеллектуализацию в обсуждении, снять разнообразные защиты, проекции и обвинения, которые существуют в семейной системе. Суть методики сводится к тому, чтобы каждый член семьи с помощью живой скульптуры показал действия и чувства членов семьи по отношению друг к другу, отражающие на его взгляд семейные затруднения. Психолог предлагает членам семьи, из которых лепится скульптура, быть гибкими как глина. Во время построения скульптур в наглядно-символической форме проявляются семейные альянсы и конфликты. После того как каждый член семьи вылепит свою скульптуру, начинается обсуждение, при этом психолог и члены семьи могут задавать друг другу вопросы. Один из вариантов методики предполагает скульптору придумать для каждого члена семьи слово или фразу, которые лучше всего характеризуют поведение этого человека. Члены семьи произносят эти фразы, что усиливает терапевтический эффект. Данная методика используется для диагностики семейной системы и коррекционной интервенции в нее.

Методика «сравнение ценностей» ориентирована на определение ценностей и социальных ролей, влияющих на внутрисемейные взаимоотношения. Данная методика используется, если в работе участвуют как минимум два члена семьи. Каждому члену семьи предлагается составить два списка ценностей: один список — собственные ценности, другой — ценности партнера. Ценности необходимо располагать в порядке их важности, при этом не существует никаких ограничений по содержанию ценностей. Членов семьи просят зачитать составленные ими списку вслух, затем они сравнивают представленные списки и обсуждают ряд вопросов (источники цен-

ностей, противоречия и различия в списках, как каждый член воспринимает ценности других и т. д.). Члены семьи не должны критиковать позиции друг друга, их задача — конструктивно обсудить несоответствие ценностных ориентаций и выявить связанные с этим скрытые от осознания семейные проблемы.

Групповая методика «родительский семинар», «супружеский семинар» используется для коррекции детско-родительских и супружеских отношений. Основной задачей выступают изменения отношений родителей к задачам воспитания, изменение отношений к проблемам супружества. В данной методике используются лекции, групповые дискуссии, библиотерапия, анонимные трудные ситуации. Лекционные темы подбираются в соответствии с запросами участников семинара (например, «семейный кризис и пути выхода из него», «естественность в воспитании детей» и т. д.) и ориентированы на расширение сознания участников по интересующим вопросам. Групповая дискуссия организуется по типу тематической или по типу анализа конкретных случаев. Целью дискуссии является осознание ее участниками психологического смысла жизненной ситуации и определение оптимальных подходов к ее решению.

Библиотерапия строится на рекомендации участникам семинара специально подобранной литературы по обсуждаемым проблемам для формирования собственной точки зрения. Анонимные трудные ситуации предлагаются психологом, это — различные случаи из практики. Члены семинара предлагают свои варианты разрешения ситуаций, опираясь на полученную информацию в ходе семинара, в ходе чтения литературы, на свой собственный опыт. В дальнейшем происходит обобщение и анализ предложенных решений.

Проведение различных психокоррекционных мероприятий вооружает сотрудников органов внутренних дел новыми знаниями в области психологии семейных отношений, расширяет их творческий потенциал, содействует расширению их самопознания. Психокоррекционная помощь сотрудникам и членам их семей является важным направлением деятельности психологов правоохранительной системы, обеспечивающим готовность личного состава к эффективному выполнению оперативно-служебных задач.

Контрольные вопросы:

1. Какой нормативный акт МВД России регламентирует психокоррекционную работу психолога с сотрудниками органов внутренних дел?

2. Какие методы используются психологами органов внутренних дел для коррекции состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления сотрудников?

3. Опишите основные принципы психологической коррекции личности в кризисном состоянии.

4. Какие тренинги рекомендуется проводить для категорий сотрудников повышенного психолого-педагогического внимания в целях коррекции качеств их личности?

5. В чем отличие иммерсионных методов и методов систематической десенсибилизации в коррекции неадекватной тревожности и страхов?

6. В каких целях используется метод М. Балинта в системе МВД России?

7. Каковы принципы и структура групповой дискуссии как метода коррекции межличностных отношений и внутригрупповых конфликтов в служебных коллективах органов внутренних дел.

8. Опишите методику проведения тренинга управленческой компетентности руководителей органов внутренних дел.

9. Какие методы используются психологами органов внутренних дел для коррекции семейных отношений сотрудников?

10. В чем специфика проведения семинаров для сотрудников органов внутренних дел, направленных на коррекцию супружеских и детско-родительских отношений?

ТЕМА 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

5.1. Психическая травматизация и ее последствия как «мишени» психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел.

5.2. Методы психологической реабилитации и особенности организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел.

5.1. Психическая травматизация и ее последствия как «мишени» психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел

В предыдущей теме мы упоминали, что ненормативные кризисы, возникающие у сотрудников органов внутренних дел в течение их профессиональной и личной жизни, связаны с возникновением психотравмирующих и экстремальных ситуаций. Психолог органов внутренних дел должен знать особенности последствий, возникающих у личного состава в экстремальных условиях деятельности, в ходе выполнения служебно-боевых и оперативно-служебных задач, отличия посттравматических расстройств от ситуативного стрессового реагирования, а также особенности оказания психологической помощи в указанных случаях.

В основе системного подхода к реабилитационным мероприятиям сотрудников органов внутренних дел находится понимание роли всего комплекса факторов риска в развитии состояний психической дезадаптации¹.

Реабилитация (от лат. «re-» вновь, «habilis» приспособленный) — комплекс координированно проводимых мероприятий социально-правового, медицинского и психологического характера, нацеленных на предупреждение и максимально возможную компенсацию (или восстановление) утраченных функций организма, психофизического здоровья, трудоспособности и адаптивности человека в социальной среде².

¹ Стрельникова Ю. Ю. Стрессовая адаптация и дезадаптация личности в условиях чрезвычайной ситуации // Психолого-педагогические проблемы безопасности человека и общества. — СПб.: Санкт-Петербургский университет. № 4(25). 2014. — С. 21–29.

² Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс] // URL: https://gufo.me/dict/medical_encyclopedias/ (дата обращения: 14.03.2021).

Психофизиологическая реабилитация — система медико-психологических мероприятий, направленных на восстановление функционального состояния организма, достижение оптимального уровня личностной адаптации и профессиональной работоспособности.

Психологическая реабилитация — система психологических, психолого-педагогических, социально-психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов (профилактику психических нарушений), восстановление утраченных функций или компенсацию дефектов развития, а также ресурсных и адаптационных возможностей, личного и социального статуса людей, получивших психическую травму.

Рассмотрим подробнее «мишени» психологической реабилитации в контексте служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел.

По степени экстремальности профессиональные ситуации в системе органов внутренних дел делятся на три типа.

1) *Критические инциденты* повседневной правоохранительной деятельности¹: конфликтное общение, агрессивное и манипулятивное поведение, взаимодействие с криминальным контингентом, преследование и задержание правонарушителей с использованием оружия, выявление притонов и подпольных лабораторий, где изготавливаются наркотики, лиц, причастных к незаконному изготовлению, хранению оружия и взрывчатых веществ, общественный резонанс и длительная фрустрация при раскрытии сложных уголовных дел, большое количество материалов в производстве при жестких временных ограничениях на их рассмотрение, сложность организации предварительного расследования, моббинг со стороны криминального элемента, а также столкновение со страданиями жертв преступлений и их родственниками, морально-нравственные переживания, связанные с необходимостью применения оружия, и т. д. В этом случае сотрудникам органов внутренних дел, испытывающим острый или перманентный стресс, оказывается психологическая помощь методами психологической коррекции, рассмотренными в предыдущей теме.

2) *Экстремальная ситуация* — «внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополу-

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел): дис. ... канд. психол. наук. — СПб.: СПбГУ, 2005. — С. 13.

чию»¹. В правоохранительной деятельности такие ситуации связаны с риском для жизни, высокими психологическими и физическими нагрузками: оперативно-розыскные мероприятия, задержание преступника, отражение и пресечение нападения, применение спецсредств и табельного оружия на поражение, и др. Такие ситуации, например, встречаются в работе патрульно-постовой службы полиции, оперативников, сотрудников подразделений по контролю за оборотом наркотиков, участковых инспекторов, сотрудников дежурных частей, инспекторов ГИБДД и всех тех, кто привлекается к проведению специальных операций².

3) *Чрезвычайная ситуация* — «обстановка на определенной территории, объективно сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей»³. Чрезвычайные ситуации в органах внутренних дел связаны с деятельностью в условиях ликвидации последствий стихийного бедствия, катастрофы, аварии на охраняемых объектах или проведения специальных и контртеррористических операций. Они включают обеспечение правопорядка, законности и правового режима, охрану особо важных объектов, пресечение преступлений и мародерства, оперативное проведение расследований, задержание преступников, участие в оказании помощи населению, органам власти⁴, ФСБ, ОМОН, МЧС России и др. Особо опасный вид правоохранительной деятельности — *служебно-боевая* — может носить характер длительного противостояния многочисленным вооруженным формированиям в местах их дислокации, а также иметь вид кратковременной вооруженной борьбы с преступниками,

¹ Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / под ред. Н. С. Хрустальной. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2018. — С. 113.

² Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля: дис. ... д-ра психол. наук. — СПб.: СПбГУ, 2016. — 582 с.

³ Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ (ред. 28.12.2013) «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» [Электронный ресурс] // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5295/bb9e97fad9d14ac66df4b6e67c453d1be3b77b4c/ (дата обращения: 14.03.2021).

⁴ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел). — С. 14.

террористами и их пособниками в период проведения контртеррористической операции или после совершенного теракта.

Профессиональная деятельность в условиях экстремальных и чрезвычайных ситуаций, сопряженная с воздействием большого количества психогенных факторов, может приводить к возникновению у сотрудников органов внутренних дел психической травмы и состояний дезадаптации («боевого стресса», посттравматического стрессового расстройства, пограничных состояний, психосоматических заболеваний и др.).

Психическая травма — событие, связанное с любым видом насилия над личностью (вербальной или физической агрессией), угрозой физической целостности (ранения, травмы и др.), смерти (своей, близких или окружающих), с опасностью утраты здоровья, личного статуса, привычной картины мира, сопровождаемое интенсивными негативными переживаниями (страха, ужаса, беспомощности, краха жизненных ценностей и др.)¹.

Боевой стресс — комплексное понятие, обуславливающее все варианты изменения функционирования личности в ходе выполнения служебно-боевых и оперативно-служебных задач и включающее в себя три группы психотравмирующих факторов:

1) *специфически-профессиональные* (угроза жизни при вооруженном столкновении, применении оружия в условиях визуального контакта, когда видны предсмертные мучения противника, вид трупов и обезображенных тел, стресс тяжелой² и продолжительной работы, информационный стресс и др.);

2) *ситуационно-психогенные*: физические (перегревание, переохлаждение, контузия, физическая травма, ранение и др.) и социально-психологические (ограниченность эмоциональных контактов с близкими, гибель сослуживцев, враждебность криминального элемента, конфликтные отношения в семье, финансовые проблемы, недостаточная социальная поддержка и др.);

3) *личностные*: биологические (нарушение физиологического ритма сна и бодрствования, сенсорная перегрузка, истощение организма, инфекционные и хронические заболевания; никотиновая и алкогольная зависимость, ожирение и др.) и индивидуально-психологические (осознание собственной уязвимости и несправедли-

¹ Стрельникова Ю. Ю. Стрессовая адаптация и дезадаптация личности в условиях чрезвычайной ситуации. — С. 21–29.

² Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация. — С. 127.

ности устройства мира, идентификация умершего с собой или близкими, непредсказуемость текущей обстановки и противоречивость информации о боевой задаче, страх смерти, ранения, проявлений трусости и др.).

По определению Е. В. Снедкова (1997), «*боевая психическая травма* — многоуровневый процесс адаптационной активности организма в условиях боевой обстановки в ответ на сочетанное воздействие множества острых однократных психотравм, на фоне мощного хронического психотравмирующего стресса, сопровождаемого напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений»¹.

Сотрудники органов внутренних дел в своей повседневной жизни помимо *профессиональных* психических травм сталкиваются с перманентными стрессорами различной интенсивности и *личными* психотравмами (несчастные случаи, дорожно-транспортное происшествие, тяжелая болезнь, развод, горе, смерть близких, моббинг и др.), суммарное потенцирование которых усугубляет общую психическую травматизацию и способствует формированию негативных личностных изменений.

Психолог в своей деятельности может встретиться с проявлениями у сотрудников органов внутренних дел как отдельных симптомов посттравматического стресса (донозологического уровня), так и с развернутой картиной психической травматизации, требующей оказания лечебной (фармакологической, психотерапевтической) и реабилитационной помощи, а также возможного направления на освидетельствование военно-врачебной комиссии (ВВК). Поэтому психологу органов внутренних дел важно знать критерии различий симптомов стрессовых расстройств от преморбидных состояний стрессовой дезадаптации².

Главное отличие последствий стресса от психической травмы состоит в том, что «стресс-факторы» являются пусковым условием общего адаптационного синдрома и индивидуального стрессового реагирования, эмоционально-поведенческие проявления которого находятся в нормативном диапазоне, купируются саморегуляцией или психокоррекционными мероприятиями. «Психогенные факторы» являются предикторами дезадаптации вследствие резкого истощения ресурсов

¹ Снедков Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): дис. ... д-ра мед. наук. — СПб.: ВМедА, 1997. — 438 с.

² Приказ МВД России от 10.01.2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (с изм. и доп. от 20.08.2014).

индивида (психофизиологических, социально-психологических), приводят к появлению психических расстройств (непсихотического и психотического типов), психопатологических и патопсихологических личностных изменений, нейроэндокринных синдромов и психосоматических заболеваний, которые требуют обязательной медико-психологической помощи и реабилитации.

С. Б. Семичов (1987) считает, что при истощении адаптационного потенциала процесс дезадаптации личности проходит три стадии:

- 1) напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов;
- 2) «парциальная» психическая дезадаптация (пограничные донозологические расстройства);
- 3) «тотальная» психическая дезадаптация (неврозы, психосоматические заболевания и др.)¹.

В экстремальных условиях деятельности личностные особенности сотрудников органов внутренних дел выступают детерминантами сохранения здоровья и профессионального долголетия, либо становятся предикторами дезадаптации. Г. К. Ушаков (1987) «выделяет следующие уровни реагирования на психотравмирующую ситуацию: внеличностные, системные, характерологические, личностные, а также систематизирует ситуации, коррелирующие с различными вариантами пограничных расстройств»² (таблица 1).

Таблица 1

**Систематика ситуаций, коррелирующих
с различными вариантами пограничных расстройств**

Ведущие свойства преморбида (характерологический радикал)	Клинические синдромы пограничных расстройств (клинический радикал)	Психотравмирующие ситуации
Сензитивность	Неврастенический, астенический, психопатический, аутистический	Перенапряжения (истощения) сложившегося стереотипа
Тревожная мнительность	Обсессивный, компульсивный, психастенический	Нарушающие привычный стереотип переключения

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

² Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — С. 122.

Ведущие свойства преморбида (характерологический радикал)	Клинические синдромы пограничных расстройств (клинический радикал)	Психотравмирующие ситуации
Истероидность	Истерический, псевдодементный, пуэрильный	Нарушающие стойкий эгоцентрический стереотип
Ригидность	Эксплозивный, эпилептоидный, параноидный	Отрицающие бескомпромиссность привычного стереотипа

Первой реакцией на экстремальную ситуацию у сотрудников органов внутренних дел может быть возникновение дезорганизующих состояний: эмоциональной напряженности и неустойчивости. В таблице 2 приводятся критерии различий этих состояний, а также субъективные и объективные детерминанты их возникновения.

Таблица 2

**Донозологические эмоциональные состояния личности
в экстремальных условиях¹ деятельности**

Критерии различий	Эмоциональная напряженность	Эмоциональная неустойчивость
Формы проявления	Тревога, гипотимия, трудности сосредоточения и переключения внимания, утомление, сниженная работоспособность, длительное «застревание» на негативном аффекте, субъективизм в оценках	Сочетание апатии с гипервозбуждением, импульсивности действий, эмоциональной экспрессии, раздражительности с растерянностью, страхами, колебание настроений между экзальтацией и подавленностью
Детерминанты возникновения	Субъективные: несоответствие профессионально-важных качеств уровню предъявляемых требований, высокая ответственность за результат деятельности, неуверенность в надежности коллектива. Объективные: опасность для здоровья и жизни, необходимость принимать решения в условиях дефицита времени и информации	

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 82.

Критерии различий	Эмоциональная напряженность	Эмоциональная неустойчивость
Характеристики психической деятельности	Снижение качества когнитивных процессов, помехоустойчивости, нарушение оценки временных параметров, отвлекаемость внимания, нерациональное планирование и ошибки в деятельности, краткое и формализованное общение	Замедление когнитивных процессов и двигательных реакций, работоспособность резко неравноценна в разные периоды времени по производительности и качеству выполнения, используемые навыки не соответствуют обстановке, конфликтность

Перечисленные выше состояния не требуют психологической реабилитации и могут быть компенсированы методами психологической коррекции.

Возможными причинами дезадаптации сотрудников органов внутренних дел являются преморбидно сформировавшаяся профессиональная деформация личности, эгоцентрическая мотивация деятельности, неконструктивные установки, особенности и свойства личности (пессимистичность, социальная интроверсия, ригидность, невротический контроль, импульсивность, эмоциональная лабильность¹, индивидуалистичность, тревожность, чувство вины, замкнутость, низкая волевая регуляция и нормативность поведения, органические нарушения центральной нервной системы), а также конфликтные межличностные отношения и неблагоприятный морально-психологический климат в коллективах.

Однако психотравмирующая ситуация не является фактором, действующим на личность абсолютно негативно. С точки зрения психической нормы существуют три варианта личностных изменений сотрудников органов внутренних дел в условиях оперативно-боевой деятельности (таблица 3): позитивные (конструктивно-адаптивные), компенсирующе-защитные (неустойчиво-адаптивные) и негативные (предпатологические).

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 467.

**Нормативный диапазон личностных изменений
в условиях служебно-боевой
и оперативно-служебной деятельности**

Личностные изменения		
Позитивные (конструктивно-адаптивные)	Компенсирующе- защитные (неустой- чиво-адаптивные)	Негативные пограничные* (предпатологические) ¹
Увеличение		
Нервно-психической устойчи- вости, самоконтроля и уравно- вешенности, способности к эффективной экстренной мо- билизации; работоспособно- сти, быстроты реакции; актив- ности, мужественности, упор- ства, смелости, решительности, способности к самопожертво- ванию (героизма); ответствен- ности, доверия, сплоченности и группового сотрудничества; независимости, рационально- сти, объективной проница- тельности; оптимизма; сообра- зительности, критичности мышления и восприимчивости к новому решению проблем; физической выносливости, то- лерантности к боли	Осторожности, бди- тельности к опасно- сти; эмоциональной холодности, соци- альной интроверсии; конформности по от- ношению к рефе- рентной группе; спо- собности мыслить абстрактно- аналитически на ос- нове минимальной информации и пре- небрегая эмоциями; склонности к интел- лектуальной транс- формации тревоги, уходу от реальности в ирреальный мир фантазий	Эмоциональной напря- женности, тревожности, страха и беспокойства; психомоторных прояв- лений (возбудимости, импульсивности, оши- бочных действий или психического утомле- ния, апатии и пассивно- сти); психовегетативных проявлений (тахикардия, боли в области сердца, потливость, тремор, го- ловокружение, тошнота, бессонница и др.); гипот- имических и дистими- ческих проявлений; ри- гидности и индивидуа- листичности
Снижение		
Уровня непродуктивной эмо- циональной напряженности; эгоцентризма и цинизма; числа лиц с застревающим типом ак- центуации.	Эмотивности; чув- ствительности к сре- довым воздействиям, потребности в отдыхе и личном комфорте	Концентрации внима- ния, скорости запомина- ния; уверенности в сво- их силах и др.

* Все изменения наблюдаются на фоне сохранения критической оценки происходяще-
го и способности к целенаправленной деятельности²

*Позитивные (конструктивно-адаптивные) последствия опера-
тивно-боевой деятельности. В этом случае психическая травма являет-*

¹ Стрельникова Ю. Ю. Стрессовая адаптация и дезадаптация личности
в условиях чрезвычайной ситуации. — С. 21–29.

² Там же.

ся «пусковым механизмом» личностного роста, эмоциональной зрелости и развития волевых качеств. Адаптационные ресурсы оптимально мобилизованы и расходуются точно по необходимости, не растрачиваясь на непродуктивную деятельность. Результатом является отсутствие острых эмоциональных реакций, посттравматических нарушений и соматических расстройств. Вероятно, успешная адаптация к деятельности в экстремальных условиях характерна для тех профессионалов, у которых накопленный боевой опыт (знания, умения и навыки побеждать), привел к смене стенического стрессового реагирования на конструктивное (отважное)¹. Сотрудников органов внутренних дел с позитивными последствиями насчитывается в раннем (до 1 года) и отдаленном (2–10 лет) периоде реадаптации 37,5 % и 29,6 % соответственно. Данным сотрудникам показаны: здоровый образ жизни, соблюдение режима труда и отдыха, полноценный сон, занятия спортом.

Компенсующе-защитные (неустойчиво-адаптивные) изменения проявляются средними показателями соматической заболеваемости, психического напряжения и утомления, стеническим типом стрессового реагирования с преобладанием возбудимых черт, импульсивной гиперактивностью, склонностью к риску, агрессивным реакциям², эгоцентричностью, директивностью, недостаточным волевым самоконтролем. В этом случае адаптация достигается мобилизацией ресурсов организма, сбалансированностью разнонаправленных личностных паттернов (агрессивность — конформность; конфликтность — подчиняемость приказам; импульсивность — ригидность и др.), а также компенсацией защитными механизмами, напряженность которых обуславливает риск функциональных соматических нарушений³. Данный тип последствий проявляется в раннем (до 1 года) периоде реадаптации у 45 % сотрудников органов внутренних дел, а в отдаленном (2–10 лет) — у 51 %. В целях профилактики посттравматических личностных расстройств им показаны разноплановые релаксационные процедуры (рефлексотерапия, ароматерапия, аутогенная тренировка, электросон, общий и точечный

¹ Стрельникова Ю. Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к мирной жизни // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2014. № 2 (46). — С. 145–153.

² Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 255.

³ Там же.

массаж, бальнеопроцедуры и др.)¹, активный отдых, дозированные физические нагрузки, психологическое консультирование, психокоррекция акцентуированных личностных черт, психотерапия умеренно выраженных симптомов посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), обучение методам психической саморегуляции и своевременное лечение соматических заболеваний².

Негативные пограничные (предпатологические) последствия характеризуются субкомпенсированными симптомами ПТСР, выраженной психической напряженностью и утомлением, конфликтным сочетанием гипостенических (инертность, пассивность, пессимизм, зависимость) и стенических (возбудимость, импульсивность, авторитарность) личностных свойств, усиленных чертами индивидуальности (субъективизм, эгоцентризм, эмоциональная отгороженность), признаками астенизации³, смешанным типом стрессового реагирования, низкой мотивацией к деятельности, склонностью к употреблению психоактивных веществ, частой и длительной заболеваемостью. Эмоциональный дискомфорт, психическая напряженность, связанные с вытесненной тревогой, подавленной враждебностью и противоречивым типом реагирования, приводят к актуализации защитных механизмов: психологических (отрицания, вытеснения, невротического контроля, интеллектуальной трансформации тревоги с уходом в воображаемую реальность, симптомов «избегания» ПТСР) и биологических (вегетативный дисбаланс, нарушения работы внутренних органов)⁴. Сотрудников органов внутренних дел с негативными последствиями насчитывается в раннем (до 1 года) и отдаленном (2–10 лет) периоде реадaptации 17,5 % и 19,4 % соответственно. Таким сотрудникам показан здоровый образ жизни, спокойные условия жизнедеятельности, привычный круг общения⁵, дозированные физические нагрузки, лечение соматической патологии (фармако- и физиотерапия), а также психологическая реабилитация: семейная и индивидуальная психотерапия (телесно-ориентированная,

¹ Стрельникова Ю. Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к мирной жизни. — С. 145–153.

² Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 259–260.

³ Там же.

⁴ Стрельникова Ю. Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к мирной жизни. — С. 145–153.

⁵ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

когнитивно-бихевиоральная, гештальт-терапия, символдрама и др.), направленная на гармонизацию отношений, купирование субклинических симптомов ПТСР, повышение самооценки.

Патопсихологические личностные изменения в условиях служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности включают широкий спектр состояний дезинтеграции психической деятельности: острые и отсроченные стрессовые реакции, динамически-ситуативную «комбатантную акцентуацию», отдельные симптомы острого стрессового расстройства (ОСР) и ПТСР, не достигшие уровня нозологических расстройств, а также девиантное и криминальное стрессовое поведение (таблица 4), которое обусловлено факторами отягощенной наследственности, неправильным типом семейного воспитания и аддиктивными расстройствами, сформировавшимися в преморбидном периоде¹.

Таблица 4

**Патопсихологические личностные изменения
в условиях служебно-боевой
и оперативно-служебной деятельности**

Стрессовые реакции	Девиантное и криминальное стрессовое поведение
1) Эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного, депрессивно-апатического, панического типа и др.; 2) регресс поведения на фоне аффективно-эксплозивных реакций и разрушительных действий; 3) диссоциативная амнезия; 4) вторгающиеся воспоминания, сопровождаемые тревогой и страхом; 5) затруднение засыпания, устрашающие сновидения; 6) чувство вины по поводу совершенного или несовершенного действия; 7) эмоциональная холодность; 8) ухудшение межличностного взаимодействия, социальная изоляция, озлобленность, обидчивость; 9) недоверчивость, подозрительность; 10) деструкция прежних копинг-стратегий, морально-нравственных установок и ценностей	1) Мстительность, жестокость; 2) драки, грабёж, насилие; 3) злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, с преобладанием атарактических и гедонистических мотивов; 4) снижение критики к наркотизации или полная анозогнозия; 5) безответственность, беспечность, дезертирство, недисциплинированность; 6) отказ выполнять приказы, участвовать в боевых операциях, предательство ² ; 7) нарушение правил эксплуатации техники, аварийность, производственный травматизм, 8) небрежное отношение к своему здоровью (ранению); 9) суицидальные попытки, членовредительство; 10) аггравация, симуляция ¹ и др.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Стрессовая адаптация и дезадаптация личности в условиях чрезвычайной ситуации. — С. 21–29.

² Там же.

В структуре личности зоной наибольшей уязвимости являются акцентуации характера, которые «наслаиваются» на комплекс травматических переживаний, предшествующий жизненный опыт, особенности когнитивной переработки фрустрирующих переживаний и механизмы психологической защиты.

Психопатологические последствия формируются у недостаточно профессионально и психологически подготовленных, не имеющих боевого опыта сотрудников органов внутренних дел. Они представляют собой устойчивые, нозологически оформленные болезненные расстройства непсихотического и психотического уровней², требующие оказания срочной медицинской помощи (таблица 5).

Таблица 5

**Психопатологические личностные изменения
в условиях служебно-боевой
и оперативно-служебной деятельности³**

Психогенные реакции и состояния	
Непсихотический уровень	Психотический уровень
1. Психогенные патологические реакции: острый астенический, депрессивный, тревожно-обсессивный, истерический и другие синдромы на фоне снижения критической оценки своего состояния и ситуации, нарушения возможности к целенаправленной деятельности. 2. Психогенные невротические состояния: истерический невроз, неврастения, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз с утратой критического понимания происходящего и возможности к целенаправленной деятельности. 3. Острое и посттравматическое стрессовое расстройство. 4. Органические непсихотические эмоционально-личностные расстройства (на фоне черепно-мозговых травм, дис-	1. Острые реактивные психозы: острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния с психомоторным возбуждением и двигательной заторможенностью. 2. Затяжные реактивные психозы: депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы. 3. Психотическое расстройство на фоне употребления психоактивных веществ. 4. Экзогенно-органические психозы. 5. Декомпенсация акцентуаций и психопатий с галлюцинациями, бредовыми идеями, расстройствами сознания и др.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

² Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация. — С. 127.

³ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

Психогенные реакции и состояния	
Непсихотический уровень	Психотический уровень
циркуляторной энцефалопатии и др.). 5. Посттравматическое расстройство личности	6. Потеря контакта с действительностью, дезорганизация деятельности (вплоть до асоциального поведения) и грубого нарушения критики своего состояния ¹

В таблице 6 отражены диагностические критерии острого (ОСР) и посттравматического (ПТСР) стрессовых расстройств согласно DSM-V². В Международной классификации болезней 11-й пересмотра (МКБ-11) в разделе 6B60 также описываются симптомы ПТСР³, при этом главным для диагностики является симптом «вторжения» (повторного переживания травматических воспоминаний).

Таблица 6

Диагностические критерии ОСР и ПТСР в DSM-V⁴

	Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	Острое стрессовое расстройство (ОСР)
А	Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, переживание серьезной травмы или сексуального насилия в одном или нескольких из перечисленных вариантов: 1. Личное переживание травматического события. 2. Человек стал свидетелем события, которое произошло с другими. 3. Получение известия о том, что травматическое событие произошло с членами семьи или близкими (родственником, другом, коллегой). 4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (aversive) деталей травматического события (например, участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с неоднократным столкновением с подробностями насилия над детьми)	

¹ Стрельникова Ю. Ю. Стрессовая адаптация и дезадаптация личности в условиях чрезвычайной ситуации. — С. 21–29.

² Молчанова Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России. Т. 6. № 1 (24). 2014. — С. 9.

³ Международная классификация болезней (11-й пересмотр) (МКБ-11). Расстройства, связанные со стрессом. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб.: Оверлайд, 1994. — 300 с.

⁴ Молчанова Е. С. Указ. соч. — С. 4–5, 9–10.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)	
В	<p>Диагноз ставится на основании выявления <i>одного (или более)</i> симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после травмирующего события.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Навязчивые неконтролируемые и тягостные воспоминания о травмирующем событии. 2. Рекуррентные дистрессовые сновидения, в которых содержание или аффект соотносятся с травматическим событием. 3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых человек ощущает и ведет себя также как в момент психотравмирующего события (в тяжелом случае наблюдается полное отсутствие осознания реальности). 4. Интенсивный или продолжительный дистресс при столкновении с признаками, напоминающими или символизирующими какой-либо аспект травматического события. 5. Психологические реакции на внутренние и внешние признаки, напоминающие о травматическом событии 	В	<p>Диагноз ставится на основании выявления <i>девяти (или более)</i> симптомов в пяти категориях («вторжения», «негативных эмоций», «диссоциации», «избегания» и «возбудимости»), которые начинаются сразу после психотравмирующего события или усиливаются после него.</p> <p><i>Симптомы вторжения:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повторяющиеся непроизвольные, навязчивые тягостные воспоминания о травмирующем событии. 2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и/или аффект которых соотносится с травмирующим событием. 3. Диссоциативные реакции (флэшбэки), во время которых индивид ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (подобные реакции отмечаются в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находится полное отсутствие осознания реальности). 4. Интенсивный или продолжительный дистресс, заметные психологические реакции при столкновении с признаками, напоминающими или символизирующими какой-либо аспект травматического события. <p><i>Негативные эмоции:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь). <p><i>Диссоциативные симптомы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Дерезализация (постоянное или повторяющееся чувство нереальности происходящего, как во сне) и деперсонализация (восприятие своих пси-
С	<p>Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием, которое проявляется <i>одним или двумя</i> признаками:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Избегание негативных воспоминаний, мыслей, чувств, ассоциированных с психической травмой. 2. Избегание людей, мест, разговоров, деятельности, объектов, ситуаций, которые вызывают негативные воспоминания или чувства о травматическом событии 		

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)	
D	<p>Негативные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с психотравмой (<i>два или более признака</i> из перечисленных):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диссоциативная амнезия (невозможность вспомнить аспекты травматического события), не связанная с ЧМТ или приемом психоактивных веществ. 2. Упорные и преувеличенные негативные убеждения и ожидания в отношении себя, других и окружающего мира (например, «Я плохой», «Никому нельзя верить», «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»). 3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других. 4. Постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд). 5. Заметно сниженный интерес и отказ от участия в значимых социальных мероприятиях. 6. Чувство отчуждения от других. 7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (радость, удовлетворение, счастье, любовь и др.) 		<p>хических реакций, тела как бы «со стороны», оцепенение, ощущение замедленного течения времени).</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Диссоциативная амнезия (невозможность вспомнить аспекты травматического события), не связанная с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), приемом алкоголя или наркотиков. <i>Симптомы избегания:</i> 8. Избегание дистрессовых воспоминаний, мыслей или чувств, ассоциированных с травмирующим событием. 9. Избегание внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, деятельности, объектов, ситуаций), которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии. <i>Симптомы возбуждения:</i> 10. Нарушения сна (затрудненное засыпание, устрашающие сновидения, содержащие обстоятельства травмы, бессонница, частые пробуждения). 11. Раздраженное поведение или вспышки гнева (спровоцированные минимальным стимулом или без провокации), обычно выражаемые в форме вербальной или физической агрессии по отношению к другим. 12. Высокая настороженность. 13. Низкая концентрация внимания. 14. Вздрагивание на пугающий звук
E	<p>Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с психотравмой, которые возникают или усиливаются после травматического события (<i>два или более признака</i> из нижеперечисленных):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Раздражение, вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам. 	C	<p>Длительность нарушений (симптомы из списка В) составляет от 3 дней до 1 месяца после психотравмы</p>

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)	
	2. Безрассудное или аутоагрессивное поведение. 3. Сверхнастороженность. 4. Вздрагивание на пугающий звук. 5. Низкая концентрация внимания. 6. Нарушения сна (трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон и др.)		
F	Нарушения (критерии B, C, D и E) продолжаются более одного месяца	D	Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения другой сферы функционирования индивида (социальной, профессиональной и др.)
		E	Нарушения не вызваны употреблением психоактивного вещества или другим медицинским состоянием (ЧМТ, психоз, комплексные парциальные припадки и др.)
G	Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения другой сферы функционирования индивида (социальной, профессиональной и др.)		
H	Нарушения не вызваны употреблением психоактивного вещества или другим медицинским состоянием (ЧМТ, психоз, алкогольная интоксикация, комплексные парциальные припадки и др.)		

В отличие от развернутой клинической картины ОСР или ПТСР, у сотрудников органов внутренних дел чаще наблюдаются отдельные донозологические симптомы (в ранние или отсроченные периоды реадaptации), а также проявляются характерные особенности посттравматических личностных изменений:

1. «Комплекс жертвы» — апатия, отказ от ответственности, снижение самооценки, высокий уровень тревожности, восприятие будущего как опасного и непредсказуемого, катастрофические предчувствия, вследствие этого нежелание планировать свою жизнь. Характерна триада симптомов: «беспомощность поведения», «безвыходность ситуации», «безнадежность будущего». Образ «Я» — «бессильный», «беззащитный», не способный преодолевать трудности и изменить свою жизнь к лучшему, внешний «локус контроля» (не «я делаю», а «со мной

происходит...», «так уж сложились обстоятельства»¹ и др.), в тяжелых случаях возможно нарушение идентичности.

2. «Комплекс отверженности» — эмоциональная холодность, отгороженность, отчужденность, разделение людей на «своих» и «чужих». Жизненная установка: «Никому не верь, ни на что не надейся, никого ни о чем не проси». Внешний мир воспринимается как опасный, «вторгающийся в мою жизнь» или «отторгающий меня».

3. Нарушение единства прошлого, настоящего и будущего во временной структуре личности (ностальгия по прошлому в сочетании со страхом будущего и возрастной регрессией, прагматизм или нереалистическая «вера в чудесное избавление», «жизнь одним днем», уход в мир грез и фантазий).

Экстремальная ситуация может вызвать развитие ненормативного личностного кризиса. В этом случае необходима психологическая работа, как с последствиями психической травмы, так и с кризисным состоянием. Важно отметить, что причина (этиология) психической травматизации не важна для выбора тактики, форм и методов психологической помощи. Значение имеет время возникновения травмы и длительность периода последствий (острая — часы, дни; отсроченная — от 1 до 12 месяцев; отдаленная — более 1 года), субъективный вид травмы (актуализированная, нарушающая жизнедеятельность или латентная, вытесненная в подсознание механизмами психологической защиты), характер изменений (линейный прогрессирующий, интермиттирующий или прогредиентный), стадия адаптации или тип, степень дезадаптации, а также личностные особенности индивида.

Основными задачами реабилитации личности после психической травмы независимо от ее этиологии являются:

— аффективная и когнитивная переоценка травматического опыта (снижение тревоги, ауто- и гетероагрессии, освобождение от вторгающихся воспоминаний, флэшбэков, гипервозбудимости);

— когнитивная переоценка жизненных ценностей, приоритетов, целей и смысла жизни, пробуждение желания жить и веры в возможность позитивного будущего;

— обретение контроля над своей жизнью и создание новой когнитивной модели жизнедеятельности;

¹ Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учеб. пособие. — М.: Академия, 2012. — 288 с.

— восстановление самоидентичности и разрушенной «картины мира», осознание ценности себя и своей жизни;

— принятие своего «Я», интеграция травматического опыта в представление о себе, обретение уверенности в своих силах и готовности к переменам, развитие нового жизненного качества — «адаптивности» (способности самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими¹).

Таким образом, «мишенями» психологической реабилитации, проводимой психологами среди сотрудников органов внутренних дел, являются: негативные пограничные (предпатологические) последствия психической травматизации (независимо от ее этиологии), проявляющейся в виде субкомпенсированных (не достигающих уровня развернутого клинического диагноза) симптомов ОСР и ПТСР, патопсихологических личностных изменений, а также психогенных реакций и состояний непсихотического уровня.

Основные психотерапевтические методы, наиболее часто применяемые для реабилитации психической травмы:

1. В остром периоде, при работе с симптомами ОСР:

— техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз;

— техника вскрывающих интервенций;

— систематическая десенсибилизация, релаксационная визуализация;

— трансформация образа (метод В. Стюарт) в сочетании с фокусированием (метод Ю. Джендлина);

— метод двойной диссоциации и другие методы нейролингвистического программирования (НЛП);

2. В отдаленном периоде, при работе с симптомами ПТСР:

— «мнемореабилитация» (реабилитация памяти о психотравмирующем событии);

— техники гештальт- и арт-терапии;

— техники краткосрочной позитивной психотерапии;

— психодрама, символдрама;

— психокоррекция отношений к другим людям, развитие способности к эмпатии;

— тренинг преодоления тревоги (АМТ) и др.

¹ Осухова Н. Г. Указ. соч. — 288 с.

В следующем параграфе эти методы рассматриваются более подробно с учетом особенностей организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел.

5.2. Методы психологической реабилитации и особенности организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел

Медико-психологическая реабилитация сотрудников органов внутренних дел регламентируется приказом МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 20.08.2014).

Этим приказом утверждается:

- перечень показаний к медико-психологической реабилитации (приложение № 1);
- перечень категорий сотрудников, подлежащих медико-психологической реабилитации (приложение № 2);
- порядок и места проведения медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел (приложение № 3)¹.

Приказом МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 определены группы сотрудников органов внутренних дел, нуждающиеся в повышенном психолого-педагогическом внимании, с целью проведения мероприятий по их психологической реадaptации к служебной деятельности².

Профилактика развития негативных последствий воздействия профессиональной деятельности включена в процесс морально-психологического обеспечения подразделений органов внутренних дел и осуществляется в три этапа:

- 1) подготовительный (профессиональный психологический отбор перед выполнением оперативно-служебных задач);

¹ Приказ МВД России от 10.01.2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (с изм. и доп. от 20.08.2014) [Электронный ресурс] // URL: <https://mvd.consultant.ru/documents/19316> (дата обращения: 20.05.2020).

² Приказ МВД России от 02.09.2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=642978#07231010991871349> (дата обращения: 20.05.2020).

2) оперативный психологический мониторинг (контроль состояния с помощью наблюдения, беседы, экспресс-диагностики), прогноз деятельности и первичная психологическая реабилитация в процессе выполнения оперативно-служебных задач;

3) психологическое сопровождение сотрудников органов внутренних дел после выполнения служебно-боевых задач (вторичная психологическая коррекция и реабилитация в процессе динамического наблюдения)¹.

Профилактика развития негативных последствий начинается на подготовительном этапе путем проведения морально-психологической подготовки, подбора психологически совместимых групп, оперативно-психологического контроля и прогноза деятельности сотрудников органов внутренних дел.

Профилактические меры по повышению стрессоустойчивости:

1) ознакомление с основными симптомами ОСТ и ПТСР, наиболее частыми типами реакций, что обеспечивает готовность к их появлению и оказывает профилактическое действие на изменения собственного состояния²;

2) анализ мотивации и личностного смысла пребывания в зоне боевых действий, работа над индивидуальной стратегией преодоления посттравматического стресса.

В процессе выполнения оперативно-служебных и служебно-боевых задач проводится:

1) динамическое наблюдение (мониторинг) за психофизиологическим состоянием сотрудников органов внутренних дел: диагностика и контроль негативных последствий выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, рекомендации по формам и методам реабилитации;

2) первичная психологическая реабилитация, которая реализуется в три этапа:

— выделение подразделений, выполнявших служебные задачи в особо опасных условиях;

— выявление сотрудников органов внутренних дел с признаками социально-психологической дезадаптации;

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

² Там же.

— проведение индивидуальной и групповой реабилитации после применения огнестрельного оружия в ситуациях оперативно-служебной деятельности.

По истечении двух суток (48 часов) после вооруженного столкновения, в рамках психологической реабилитации, возможно провести с личным составом *психологический дебрифинг*, направленный на структурирование и выражение эмоциональных переживаний. Руководить дебрифингом должен психолог внутренних дел, в случае его отсутствия — командиры подразделений, знакомые с симптомами психической травмы и обученные технике групповой работы. Согласно Приказу МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации», психолог не позднее 5 суток обязан собрать полную информацию о психотравмирующих факторах, которым подверглись сотрудники внутренних дел, и провести дебрифинг¹.

Дебрифинг стресса критического инцидента был впервые описан Дж. Митчеллом как метод групповой кризисной интервенции и профилактики последствий психотравмы. Дебрифинг направлен на снижение острого дистресса и превенцию отсроченных симптомов ПТСР².

Психологический дебрифинг позволяет участникам в условиях конфиденциальности осуществить рефлекссию и самоанализ впечатлений, чувств, связанных с инцидентом, и в результате снизить тяжесть психологических последствий от пережитого стресса. Для достижения этой цели решаются следующие задачи: отреагирование эмоций; когнитивная переработка полученного опыта посредством понимания структуры и смысла произошедших событий; усиление чувства солидарности, групповой поддержки и понимания; подготовка к переживанию тех симптомов, которые могут возникнуть в дальнейшем, определение средств возможной помощи. В результате мобилизации внутренних ресурсов у сотрудников уменьшается внутреннее напряжение, снижается ощущение уникальности и патологичности собственных реакций³.

Дебрифинг имеет четкую структуру, в нем выделяют три части:

¹ Приказ МВД России от 10.01.2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации».

² Энциклопедия юридической психологии / под ред. А. М. Столяренко. — М., 2003. — 607 с.

³ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

I — проработка чувств участников: «Что Вы чувствовали — эмоционально и телесно во время психотравмирующего события?», «Какое событие (ситуация) было наиболее тяжелым?», «Что Вы видели, слышали и ощущали?», «Что Вас беспокоит, тревожит, раздражает, злит больше всего?» и др.;

II — детальное обсуждение симптомов в атмосфере эмпатии, эмоциональной защищенности и поддержки: «Какова была Ваша реакция на происходящее?», «Есть ли у Вас вторгающиеся воспоминания, нарушения сна, гипербдительность, раздражительность, агрессия в настоящий момент?», «Стремитесь ли Вы избегать разговоров, мыслей, людей и мест, как-то связанных или напоминающих Вам о травматическом событии?», «Есть ли у Вас чувство вины или желание отомстить?»;

III — мобилизация внутренних ресурсов, информирование о типичных состояниях и реакциях на психическую травматизацию, формирование планов на будущее¹.

Существуют различные варианты дебрифинга, включающие разное количество стадий, которые ставят своей задачей отреагирование негативного жизненного опыта или осознание позитивного опыта. Основные этапы дебрифинга: вводная (знакомство участников с основными задачами дебрифинга); подробное восстановление фактов инцидента, «вентиляция» (описание) мыслей, переживаний и чувств, обсуждение симптоматики состояния, мобилизация ресурсов и планирование будущего (фаза реадаптации). Альтернативная методика психологической помощи «Позитивный дебрифинг» описана в энциклопедии современной юридической психологии².

Дебрифинг может быть повторен спустя несколько недель или месяцев. В этот период целесообразно рекомендовать сотрудникам органов внутренних дел использовать навыки саморегуляции (аутогенная тренировка, прогрессирующая мышечная релаксация) для профилактики и коррекции отдельных симптомов постстрессовых нарушений.

А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева (2000) сформулировали основные проявления ПТСР, которые могут поддаваться коррекции при помощи *аутогенной тренировки*:

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 111.

² Энциклопедия юридической психологии / под ред. А. М. Столяренко. — 607 с.

1) расстройства сна — затруднение засыпания, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха после пробуждения, тягостные и кошмарные сновидения;

2) эмоциональная холодность, отсутствие позитивных эмоций, повышенная возбудимость и тревожность, сопровождающиеся сердцебиением, потливостью, слабостью, одышкой и др.;

3) нарушения концентрации внимания;

4) гипотимия и снижение мотивации (чувство подавленности, безнадежности, снижения энергетического потенциала, активности);

5) отдельные психосоматические симптомы (боль, тахикардия, учащенное дыхание, онемение конечностей и др.)¹.

В отечественной литературе лучшим руководством по аутогенной тренировке признается монография В. С. Лобзина, М. М. Решетникова².

Прогрессирующая мышечная релаксация (ПМР) по Э. Джекобсону позволяет с помощью выполнения простых упражнений снизить непроизвольное напряжение поперечнополосатой мускулатуры, возникающее в стрессовых ситуациях и, по принципу обратной связи, уменьшить тревожность, нервно-психическую напряженность, явления переутомления. При регулярных занятиях у индивида развивается «привычка отдыхать» в любых условиях профессиональной деятельности³, тем самым формируется психологическая установка, характеризующаяся меньшей возбудимостью и подверженностью стрессам. ПМР также позволяет снизить проявления невротических реакций, сопровождающихся фобиями и нарушениями сна⁴.

В качестве «экспресс-психотерапии» в период подготовки к выполнению служебно-боевых задач (или непосредственно после них) возможно использовать технические средства, например аппарат электротранквилизации «Микро-Лэнар», способствующий нивелированию

¹ Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. — 128 с.

² Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л.: Медицина, 1986. — 279 с.

³ Стрельникова Ю. Ю., Головинский А. А. Профилактика негативных психологических последствий влияния экстремальных факторов служебной деятельности на сотрудников Федеральной противопожарной службы МЧС России // Психолого-педагогические проблемы безопасности человека и общества. № 2 (23). 2014. — С. 27–31.

⁴ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 112.

психологической напряженности, переутомления, восстановлению физиологического ритма сна, купированию болевого синдрома различной этиологии и «предстартовой лихорадки». Аппарат нормализует естественный для индивида альфа-ритм головного мозга, тем самым стабилизируя когнитивные функции, восстанавливая функциональное состояние, повышая психическую устойчивость и работоспособность, а также оказывая седативный и анальгезирующий эффекты. Микро-Лэнар способен подготовить сотрудника органов внутренних дел к оптимальной реакции и адекватным действиям в экстремальных условиях. Воздействие импульсным током производится путем наложения электродов на область лба (катод) и область сосцевидного отростка (анод) через влажные ватные тампоны (рисунок 8).



Рисунок 8. Аппарат электротранквилизации «Микро-Лэнар»

Рефлексотерапия (точечный массаж) — эффективный неинвазивный метод, который искусственно создает синхронный поток афферентных сигналов, благодаря местной рефлекторной реакции, изменяя функциональное состояние центральной, периферической и вегетативной нервной системы¹. Наиболее эффективны активные зоны дистальных отделов верхних и нижних конечностей, лица и головы, поскольку их афферентные системы имеют в сенсомоторной коре наиболее широкое представительство. Данный метод может применяться при широ-

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 112.

ком круге нарушений сна, бодрствования, вегетативных функций, поведения, эмоций, мотиваций¹.

Заключительный (третий) этап морально-психологического обеспечения включает *психофизиологическую реабилитацию*. Этот процесс содержит и общий комплекс профилактических мероприятий: сбалансированное питание, правильный режим работы и отдыха, физическую активность, отказ от алкоголя и психоактивных веществ (курение, кофеин), лечение соматической патологии, восстановление социальных связей, семейных отношений² и др.

И. О. Котенев (1997) предложил программу социально-психологической реабилитации сотрудников спецподразделений органов внутренних дел, прибывающих из зоны вооруженных конфликтов (до апреля 2016 г. они входили в состав полиции). В данной программе отражены задачи психолога подразделения во временной перспективе:

1) *срочные задачи (1–3 дня)* — психодиагностика состояния прибывших сотрудников, организация комплекса реабилитационных мероприятий; беседа с командирами подразделений и семьями прибывающих сотрудников о психологическом состоянии и условиях, необходимых для скорейшей реадaptации;

2) *ближайшие задачи (4–10 дней)* — организация для сотрудников и членов их семей возможности конфиденциального получения консультативной и психотерапевтической помощи; совместно с руководством подразделения обеспечить отдых сотрудникам (не менее 10 суток) и скорейшие выплаты денежных средств;

3) *перспективные задачи* — обеспечить постоянное психологическое сопровождение (до 5-ти лет по прибытии из командировки), включающее наблюдение за психофизиологическим состоянием, психологическое консультирование, коррекция, в случае выявления симптомов ПТСР — психотерапевтическое вмешательство, при необходимости углубленная оценка профессиональной пригодности (медико-психиатрическая и психологическая экспертиза); мониторинг психологического климата подразделения; психологическое просвещение личного состава³.

¹ Коханов В. П., Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. — М.: Практическая медицина, 2008. — 448 с.

² Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур: методическое пособие / под ред. А. Б. Белевитина. — СПб.: АЙСИНГ, 2010.

³ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 113.

В течение недели после 10-дневного отдыха сотрудников осуществить комплекс восстановительных мероприятий, включающий в себя:

1) снятие нервно-мышечного напряжения путем использования физиотерапии, аутотренинга, трансовых техник, элементов телесно-ориентированной терапии, кинезиологии, массажа, парной бани, спортивных игр, турпоходов, физических упражнений, творчества и художественной самодеятельности;

2) оптимизацию взаимодействия сотрудников, разрешение межличностных конфликтов, путем осуществления индивидуального и организационного консультирования, проведения психологических тренингов группового взаимодействия с включением в них элементов профессиональной деятельности;

3) индивидуальное психологическое консультирование по личностным проблемам, психокоррекцию и психотерапию;

4) семейное консультирование;

5) организацию совместной работы со специалистами различного профиля: врачами общей практики, психотерапевтами, социальными работниками, юристами и др.¹

В процессе динамического наблюдения сотрудников органов внутренних дел применяются как индивидуальные, так и групповые формы психологической работы. Для глубинной проработки психической травмы более эффективной считается индивидуальная психотерапия, однако часто психолог органов внутренних дел вынужден проводить *групповую* реабилитацию сотрудников вследствие ограниченности времени и ресурсов.

Задачами групповой реабилитации сотрудников органов внутренних дел являются:

1) разделение с ведущим (и группой) повторного эмоционального переживания травмы в безопасном пространстве и атмосфере принятия;

2) обеспечение чувства принадлежности, общности целей, «чувства локтя», комфорта и социальной поддержки;

3) возможность почувствовать универсальность собственного опыта;

4) избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания отдельного участника;

5) обучение методам совладания с последствиями травмы;

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — С. 113.

6) наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий эффект;

7) возможность быть в роли того, кто помогает (поддерживает, вселяет уверенность и чувство собственного достоинства);

8) уменьшение чувства собственной неполноценности, вины и стыда, развитие доверия, опыт новых взаимоотношений;

9) возможность составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы¹.

Тренинг преодоления тревоги включает технику «биологической обратной связи», релаксационные методы, когнитивное реструктурирование. Последнее служит для распознавания и коррекции искаженных восприятий и убеждений: тренировка «остановки мыслей» в случае настойчиво возникающих воспоминаний; опознание иррациональных мыслей; заучивание адекватной модели поведения; когнитивное реструктурирование посредством «сократовского» метода задавания вопросов².

Наиболее распространенными видами *индивидуальной реабилитации* методами индивидуальной психотерапии ПТСР являются: поведенческая, когнитивная, психодинамическая, клиент-центрированная (по К. Роджерсу), логотерапия В. Франкла, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, интегративная трансперсональная психотерапия (ИТП), семейная терапия, символдрама, нейролингвистическое программирование (НЛП). Кратко приведем описание некоторых из них.

В *когнитивно-бихевиоральной (поведенческой)* психотерапии центральное место отводится конфронтации пациента с травматическими образами (воспоминаниями) в целях постепенного ослабления симптомов ПТСР. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности «флэшбэков» и гипервозбуждения¹.

Существует несколько вариантов поведенческой терапии.

Техника вскрывающих интервенций основана на положении, что при ПТСР действует страх не только релевантных травме стимулов, но и воспоминаний о травме. Метод помогает пациенту пережить заново травматические воспоминания и их интегрировать, снизить уровень дистресса, физиологической реактивности и симптомов «вторжения». Метод необходим для снятия симптомов психофизиологической акти-

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел). — 384 с.

² Там же.

вации и реакции испуга, навязчивых мыслей, ночных кошмаров и агрессивности¹. Он противопоказан клиентам, находящимся в кризисном состоянии или психотическом расстройстве (ввиду риска суицида); злоупотребляющих наркотическими препаратами и алкоголем; у которых отсутствуют «флэшбэки» и симптомы «вторжения»; не способных «включать» свое воображение или выдерживать реакцию сильного возбуждения; имеющих выгоду от заболевания или неэффективный опыт прохождения данной терапии в прошлом. При этом подчеркивается, что эффективность терапии зависит от мотивации индивида на лечение и уверенности в достаточном ресурсе для успешного «погружения» в работу².

Когнитивная психотерапия, способствующая переоценке травматических событий, устраняет иррациональные суждения, стереотипные мысли, возникающие на фоне тревоги, приводит к коррекции депрессивного состояния пациента и негативных поведенческих установок: отрицательного отношения к себе, своему жизненному опыту и пессимистичного взгляда в будущее³. Данный метод учитывает особенности состояния сотрудников, испытывающих потребность рассказать об обстоятельствах травмы.

Техника Ф. Джербода *ослабление травматического инцидента* (ОТИ) состоит в визуализации и повторном переживании травмы (без прерываний, интерпретаций и ободрений), которая приводит к когнитивной переоценке события⁴.

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (ДПДГ) — метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г., и хорошо себя зарекомендовавший в психокоррекции и для лечения отдельных симптомов психической травматизации, в настоящее время вызывает наибольшее число споров. В основе метода лежит представление о существовании у всех людей психофизиологического механизма — адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфе-

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел). — 384 с.

² Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

³ Там же.

⁴ Там же.

ре, эмоциях и поведении. Основной его компонент — генерация ритмических мультисаккадических движений глаз одновременно с процессом концентрации на травматических воспоминаниях¹.

Ф. Шапиро считал, что движения глаз запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, которая в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна) (Shapiro, 1989; Neilsen, 1991). Повторяющиеся серии движений глаз, вероятно, приводят к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке². Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения приобретают конструктивный характер³. Методика активизирует естественный процесс самоисцеления, который пациент может контролировать.

Подробно принципы и техника данного метода изложена в руководстве Ф. Шапиро⁴.

В русле психодинамического понимания травму интерпретируют как экстремальное событие, ограниченное во времени (имевшее начало и конец), оказавшее неблагоприятное воздействие на психику субъекта.

Психодинамическая психотерапия ПТСР основывается на теоретической концепции психической травмы З. Фрейда, согласно которой, помимо внешних травматических воздействий, имеются внутренние травмирующие факторы (побуждения и желания). З. Фрейд считал, что травма является провоцирующим фактором развития невроза, при этом симптомы «вторжения» можно понять, как попытки отреагировать на травму⁵.

Задачи психодинамической краткосрочной психотерапии ПТСР отражены в таблице 8.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел. — 384 с.

² Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. А. С. Ригина. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 496 с.

³ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

⁴ Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры. — 496 с.

⁵ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел. — 384 с.

Последовательные задачи психотерапии в соответствии с фазами реакций пациента на травматическое событие

Актуальное состояние пациента	Задачи психотерапии
Длительное стрессовое состояние в результате травматического события	Завершить событие или вывести пациента из стрессового окружения. Построить временные отношения. Помочь в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения)
Невыносимые наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний
«Застревание» в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности	Помочь повторно пережить травму, установить контроль над воспоминаниями. В ходе припоминания оказывать помощь в структурировании и выражении переживаний; при возрастающей доверительности отношений — обеспечить дальнейшую проработку травмы
Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания	Помочь переработать ассоциации, связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся образа «Я» и образов других людей. Помочь установить связи между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, образом «Я» и планами на будущее.
Независимая переработка мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию ¹

Нейролингвистическое программирование изменяет в сознании психический образ травмирующей ситуации, дает возможность получить доступ к скрытым психическим ресурсам человека, и изменить, таким образом, его психическое состояние. Это достигается с помощью различных техник. Например, техника «тройной диссоциации» позволяет путем диссоциативной формы восприятия пересмотреть «со стороны», преобразовать и интегрировать психотравмирующий опыт, оставаясь эмоционально не вовлеченным и располагая всеми ресурсами личности². Техника «шестишагового рефрейминга» направлена на формирование более адекватных способов поведения путем разреше-

¹ Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: ч. 1: Теория и методы / под общ. ред. Н. В. Тарабриной. — М.: Когито-Центр, 2007. — 208 с.

² Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. — М.: Эксмо, 2005. — 960 с.

ния внутриличностных и межличностных конфликтов, повышения уверенности в своих способностях, а также путем выведения на сознательный уровень истинных мотивов и целей поведения. Техники «визуально-кинестетической диссоциации», «интеграции якорей» и «взмаха» позволяют редуцировать негативную фиксацию на травме и изменить ригидные стереотипы поведения. Перечисленные и другие техники НЛП могут быть использованы как основные (в остром травматическом периоде) или как вспомогательные, в составе других психотерапевтических приемов¹.

Эриксоновский гипноз, осуществляемый в рамках краткосрочной психотерапии (6–12 сессий), позволяет путем косвенной суггестии активизировать подсознательные процессы, являющиеся для человека источником ресурсов, а затем отреагировать травмирующую ситуацию. В результате происходит реорганизация психики комбатанта, негативные переживания подвергаются значительной нейтрализации, уменьшается эмоциональная напряженность, раздражительность, улучшается сон. Индивид получает возможность более конструктивно, без прежней эмоциональной вовлеченности, переосмыслить события прошлого и принять их, найти пути выхода из кризисной ситуации, сформировать «образ достижения» привлекательного будущего. Для достижения стойкого эффекта и успешного преодоления текущих жизненных стрессов, участникам боевых действий рекомендуется обучаться самогипнозу.

Гештальт-терапия эффективна при наличии невротических, тревожных, фобических, депрессивных и некоторых психосоматических расстройств, наблюдаемых при ПТСР, а также в случае интрапсихических и межличностных конфликтов, суицидальных тенденций, нарушений сна и повышенной агрессивности. Гештальт-терапия стимулирует процесс совладания с травмой за счет ассимиляции вытесненного материала, создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции². Мишенью терапевтического воздействия является симптом ПТСР — неспособность строить планы на длительную жизненную перспективу, избегать отношений, поэтому необходимо восстановить способность человека к контакту с самим собой и окружением, а также работа с механизмами его прерывания. Другой симптом ПТСР — агрессия, которая проецируется на окружающих, связан

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

² Там же.

с избеганием ответственности за свои действия. В этом случае супрессивная техника помогает индивиду осознать свои чувства и начать реагировать более адекватно.

Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) — широко применяется в целях лечения нейровегетативных и коммуникативных нарушений, неврозов, депрессий непсихотического уровня, тревожно-фобических и психосоматических расстройств психогенного уровня¹. Цель психотерапии — вывести на сознательный уровень вытесненные тенденции путем переноса (трансфера) символических образов и действий на реальное поведение индивида. Субъект последовательно проходит мотивы, символически отражающие индивидуальные проекции его личности (эмоции, уровень притязаний, бессознательные желания, защитные установки, страхи и др.). У лиц, страдающих ПТСР, для проработки актуальных конфликтов, фобических реакций, формирования установки на самостоятельное решение проблем и скорейшей социальной адаптации используют мотивы луга, горы, представление реальных ситуаций, позволяющих добиться быстрой динамики состояния.

Для коррекции личностных особенностей применяют: мотив луга, реки, плавания на лодке без весел, купания (для снижения тревожности, напряженности, симптомов «избегания»); переправы через реку (для стимуляции ресурсов преодоления препятствий); мотив дома (для проработки «социальной маски», оценки готовности к общению, раскрытия подсознательной информации, полученной в детстве, семье); мотив горы (для проработки эдипова комплекса, целеполагания); мотив подъема в гору и открывающейся с ее вершины панорамы (для социальной адаптации — проработки тематики достижения успеха); мотив неизвестного существа, выходящего из темной пещеры (для проработки фобий, вытесненных страхов)².

Применение символдрамы противопоказано при психозах, истерических расстройствах, тяжелых депрессивных состояниях, т.к. может спровоцировать галлюцинации и суицидальные попытки. Данный метод не эффективен при церебрально-органическом синдроме, невысоком интеллекте (сниженной способности визуализировать образы) и низкой мотивации к лечению.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

² Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. — 960 с.

Клиент-центрированная психотерапия (по К. Роджерсу) необходима для осознания новых перспектив и возможностей возвращения к нормальной жизни путем взгляда на их жизненную ситуацию «со стороны», а также с помощью выражения своих чувств, осознания причин текущего состояния и принятия собственной ответственности за него. В результате снижается страх перед будущим, изменяются установки по отношению к другим людям, исчезает ощущение изоляции, возникает стремление действовать.

Логотерапия В. Франкла. Поскольку психическая травма деформирует образ привычной «картины мира», в структуру ПТСР входит симптоматика, соответствующая проявлениям неврозов с потерей смысла жизни. В этих случаях применяется методика «сократовского диалога», позволяющая раскрыть новый или осознать альтернативный смысл жизни: «если будет смысл в каждом моменте жизни — он будет и во всем существовании в целом». В. Франкл считал, что человек способен найти смысл своего существования даже в безвыходных ситуациях. Найдя собственный уникальный смысл, человек в дальнейшем сам несет ответственность за его осуществление. При этом важно осознавать, что активная деятельность, интерес и вовлеченность в жизнь — наиболее эффективные средства против бессмысленности существования: обрести дом, заботиться о других, искать, творить, любить. Эти формы вовлеченности обогащают человека и являются мощнейшим противовесом ощущению утраты смысла жизни.

Семейная психотерапия направлена на коррекцию характерологических особенностей и межличностных отношений супругов, ликвидацию неадекватных форм реагирования участников боевых действий, гармонизацию семейных отношений в целом. Основным методом является групповая психотерапевтическая дискуссия, которая строится в системе трехкомпонентной структуры межличностного взаимодействия (когнитивного, аффективного, поведенческого) и реализуется в интроиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной плоскостях личности. Используются также психогимнастика, музыкотерапия и др.¹

В таблице 9 представлена последовательность психологических реабилитационных мероприятий в соответствии с периодами максимального развития последствий служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. — 582 с.

**Мишени воздействия и реабилитационные мероприятия,
соответствующие периодам последствий служебно-боевой
и оперативно-служебной деятельности**

Период последствия	Мишени воздействия	Реабилитационные мероприятия
от 1 года до 3-х лет	<p><i>Линейно нарастают:</i> — симптомы «гиперактивации»; — замкнутость; — тревожность; — психическое напряжение и утомление.</p> <p><i>В начальный период — компенсируются, а после 3-х лет нарастают:</i> — ригидность; — социальная интроверсия; — пессимизм.</p> <p><i>По прошествии 3-х лет компенсируются:</i> — симптомы ОСР и ПТСР — эмоциональная лабильность; — интеллектуально-мнестические нарушения</p>	<p>1) Когнитивно-бихевиоральная психотерапия; эриксоновский гипноз; ДПДГ; НЛП; телесно-ориентированная терапия (ситуативно-образное отреагирование боевых эпизодов; разблокирование телесных ощущений, зрительных воспоминаний и др.); гештальт-терапия, психодинамическая терапия, поэтапная терапия Горовитца (помощь в установлении контроля над воспоминаниями, структурировании и выражении переживания, устранении депрессивных, тревожных расстройств); групповая психотерапия: тренинги коммуникативной компетентности, преодоления тревоги (обучение конструктивным способам разрешения конфликтов и адекватным копингам, дезактуализация тревожных опасений); семейная психотерапия (гармонизация отношений); техники релаксации, аутогенной тренировки; дыхательной гимнастики; приемы йоги; точечный массаж; гидротерапия (самопомощь).</p> <p>2) Психофармакологическая терапия.</p> <p>3) Лечение соматической патологии¹</p>
от 4-х и более лет	<p><i>Линейно нарастают:</i> — заболеваемость; — неадекватность самооценки; — социальная пассивность; — чувство вины</p>	<p>1) Лечение соматической патологии.</p> <p>2) Когнитивная, психодинамическая, клиент-центрированная психотерапия, логотерапия В. Франкла (изменение иерархии ценностей, восстановление образа «Я», самоуважения и др.), гештальт-терапия, символдрама (чувства вины, пассивности, неадекватных психологических защит)</p>

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел). — 384 с.

Таким образом, рассмотренные выше методики не являются исчерпывающими в данном направлении, но отражают многообразие существующих психотерапевтических подходов к реабилитации ПТСР. Развитие негативных последствий служебной деятельности и проявлений посттравматического стресса в значительной степени зависят от личностных особенностей сотрудников ОВД, смыслового содержания травматических событий, а также контекста, в котором эти события происходят. Поэтому не важно, какой подход, метод или техника применяется в реабилитации психической травмы. Значение имеет эффективная профилактика, раннее начало и адекватность проводимых коррекционных и реабилитационных мероприятий, социальная поддержка со стороны общества, коллег, семьи и близких, а также высокая квалификация оказывающего помощь психолога.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятиям «реабилитация», «психофизиологическая реабилитация», «психологическая реабилитация».
2. Охарактеризуйте профессиональные ситуации органов внутренних дел по степени их экстремальности и перечислите психотравмирующие факторы служебно-боевого и личного характера.
3. Сформулируйте понятия «психической травмы», «боевого стресса» и назовите их отличие от стрессовой адаптации.
4. Перечислите донозологические последствия деятельности в экстремальных (особых) условиях.
5. Опишите патопсихологические последствия выполнения оперативно-служебных задач в повседневных и экстремальных условиях несения службы.
6. Перечислите симптомы острого и посттравматического стрессового расстройства и методы их реабилитации.
7. Сформулируйте показания к медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел.
8. Перечислите категории сотрудников, подлежащих медико-психологической реабилитации.
9. Назовите порядок и места проведения медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел.
10. Каковы особенности психологического сопровождения и реабилитации сотрудников органов внутренних дел, принимавших участие в различных условиях оперативно-служебной деятельности?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психологическая коррекция и реабилитация способствует решению одной из важнейших задач, возложенных на психолога, результаты решения которых демонстрируют компетентность специалиста. Способность осуществлять психологическую коррекцию в органах внутренних дел, основываясь на различных направлениях, видах и моделях психокоррекционной помощи, демонстрирует высокий уровень квалификации специалиста.

В данном учебном пособии приведены материалы, помогающие начинающему психологу сориентироваться в основных направлениях и методах психологической коррекции и реабилитации в зарубежной и отечественной практике. Рассматриваются психоаналитическое направление и основные представители классического психоанализа, а также их методы. Когнитивно-поведенческое направление представлено такими учеными как Аарон Бек и Альберт Эллис, а также их последователями, описываются наиболее популярные техники когнитивно-поведенческой терапии. Уделяется внимание телесно-ориентированному направлению Вильгельма Райха. Отдельный вопрос посвящен патогенетическому подходу Владимира Николаевича Мясищева и его последователей.

Отдельная тема посвящена формам психологической коррекции и реабилитации в деятельности психолога органов внутренних дел, где рассматриваются особенности индивидуальной и групповой психологической коррекции. Особое внимание уделяется психокоррекционной работе психолога с сотрудниками органов внутренних дел, где анализируются такие вопросы как: психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний; психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании; психологическая коррекция психологического климата, взаимоотношений между сотрудниками, а также психологическая коррекция семейно-бытовых отношений.

Психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел посвящена пятая тема данного учебного пособия, в которой подробно изложены причины психической травматизации, «мишени» и методы психологической реабилитации.

Своевременно оказанная профессиональная психологическая помощь в виде психологической коррекции и реабилитации, позволяет повысить эффективность выполнения профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные правовые акты¹

1. Федеральный закон от 07.02.2011 г. № 3-ФЗ «О полиции».
2. Федеральный закон от 30.11.2011 г. № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 06.12.2012 г. № 1259 «Об утверждении правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации».
4. Приказ МВД России от 10.01.2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (с изм. и доп. от 20.08.2014).
5. Приказ МВД России от 02.09.2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации».
6. Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации».

Основная литература:

1. Абрамова, Г. С. Психологическое консультирование: теория и практика / Г. С. Абрамова. — Москва : Прометей, 2018. — 362 с.
3. Шаповал, В. А., Хвеженко, С. П. Основы психологической работы в системе морально-психологического обеспечения органов внутренних дел : учебное пособие / В. А. Шаповал, С. П. Хвеженко. — Санкт-Петербург : Изд-во СПб ун-та МВД России, 2017. — 248 с.
4. Константинов, В. В. Экспериментальная психология : учебник и практикум / В. В. Константинов. — Москва : Юрайт, 2017. — 255 с.

Дополнительная литература:

1. Баринаева, М. Г. Клиническая психология : учебное пособие / М. Г. Баринаева. — Санкт-Петербург : Изд-во СПб ун-та МВД России, 2016. — 76 с.

¹ Все нормативные правовые акты приведены в соответствии с официальным интернет-порталом pravo.gov.ru.

2. Григорьев, Н. Б. Психологическое консультирование, психокоррекция и профилактика зависимости : учебное пособие / Н. Б. Григорьев. — Санкт-Петербург : СПбГИПСП, 2012. — 304 с.

3. Комплексная программа по профилактике социального сиротства, реабилитации и коррекции социальных сирот и детей, пострадавших от семейного насилия / Е. И. Ананьева, В. А. Борисов, Е. А. Кабакова и др.; под ред. Н. М. Платоновой. — Санкт-Петербург : СПбГИПСП, 2009. — 477 с.

4. Основы психокоррекционной работы с обучающимися с ОВЗ : учебное пособие / Л. М. Крыжановская, О. Л. Гончарова, К. С. Кручинова, А. А. Махова. — Москва : Владос, 2018. — 377 с.

5. Системная психологическая диагностика с помощью прибора «Активациометр» : монография / под ред. Ю. А. Цагарелли, Р. Ф. Сулейманова. — Казань : Познание, 2009. — 296 с.

6. Стрельникова, Ю. Ю. Психологические последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции : монография / Ю. Ю. Стрельникова. — Санкт-Петербург : Изд-во СПб ун-та МВД России, 2020. — 256 с.

7. Филатов, Ф. Р. Основы психокоррекции : учебное пособие / Ф. Р. Филатов. — Ростов-на-Дону : ЮФУ, 2011. — 198 с.

8. Човдырова, Г. С. Клиническая психология. Общая часть : учебное пособие / Г. С. Човдырова. — Москва : Юнити-Дана, 2015. — 247 с.

Для заметок

Для заметок

Учебное издание

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Учебное пособие

Редактор *Мамедова А. Х.*
Компьютерная верстка *Душкова А. Ю.*
Дизайн обложки *Савиных А. И.*

ISBN 978-5-91837-432-0



Подписано в печать 08.10.2021. Формат 60×84 ¹/₁₆
Печать цифровая 9,25 п. л. Тираж 75 экз. Заказ № 129/21

Отпечатано в Санкт-Петербургском университете МВД России
198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1