

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Министерство внутренних дел Российской Федерации

Московский университет Министерства внутренних дел
Российской Федерации имени В.Я. Кикотя



Ю. М. Охотников, Л. В. Кравцова

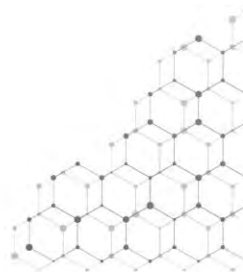
ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА И СТРЕССОУСТОЙЧИВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Курс лекций



Москва
Московский университет
МВД России имени В.Я. Кикотя

2024



УДК 159.96

ББК 88.4

О-92

Рецензенты:

начальник отдела психологической работы
Управления морально-психологического обеспечения
УРЛС ГУ МВД России по Московской области **А. В. Пономарев**;
психолог группы психологической работы отдела
морально-психологического обеспечения УРЛС УТ
МВД России по ЦФО **Е. С. Калинина**

Охотников, Ю. М.

О-92 Психология стресса и стрессоустойчивого поведения :
курс лекций / Ю. М. Охотников, Л. В. Кравцова. – М. : Мос-
ковский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2024. –
332 с.

ISBN 978-5-9694-1478-5

В курсе лекций «Психология стресса и стрессоустойчивого поведения» рассматриваются теоретические основы психологии стресса, приводится алгоритм выработки профессиональных навыков применения методов диагностики и психокоррекции стресса в условиях осуществления сотрудниками органов внутренних дел служебной деятельности, формирования у них предпосылок для практической реализации социально-психологических знаний психологии стресса в различных сферах жизнедеятельности и правоохранительной системы.

Курс лекций подготовлен в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования и предназначен для курсантов, слушателей и преподавателей образовательных организаций системы МВД России.

УДК 159.96

ББК 88.4

ISBN 978-5-9694-1478-5

© Московский университет

МВД России имени В.Я. Кикотя, 2024

© Охотников Ю. М., Кравцова Л. В., 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
----------------	---

Раздел 1. Сущность и содержание понятия «стресс»

Лекция 1. Предмет, задачи и история развития психологии стресса	7
---	---

Лекция 2. Учение Ганса Селье о стрессе как общем адаптационном синдроме	26
---	----

Лекция 3. Психофизиологическая модель стресса в современной науке	39
---	----

Лекция 4. Стресс и профессиональная деятельность. Подходы к систематизации стрессоров.....	56
--	----

Лекция 5. Личностные корреляты стрессовой реактивности. Проявление стресса в жизни и деятельности	84
---	----

Лекция 6. Психофизиологические последствия стресса ..	101
--	-----

Лекция 7. Профессиональные особенности проявления стресса в деятельности сотрудника органов внутренних дел.....	124
--	-----

Раздел 2. Проблема преодоления негативного воздействия стресса

Лекция 8. Психологическая профилактика негативного влияния профессионального стресса на деятельность и личность	146
--	-----

Лекция 9. Модели стресс-преодолевающего поведения в процессе выполнения профессиональных задач	167
--	-----

Лекция 10. Психологические средства ситуативной регуляции психического состояния и управления стрессом.....	189
--	-----

Лекция 11. Комплексная модель подготовки к преодолению стрессового воздействия профессиональной деятельности	221
Лекция 12. Социально-психологическая реабилитация лиц, перенесших стрессогенное воздействие.....	243
Лекция 13. Методы психологической реабилитации сотрудников – участников оперативно-служебной деятельности.....	266
Лекция 14. Актуальные проблемы сочетания психологических и медицинских средств в процессе постстрессовой реабилитации.....	292
Библиографический список	314

ВВЕДЕНИЕ

Профессиональная деятельность сотрудников органов внутренних дел (далее – ОВД) осуществляется в сложных, трудных, зачастую экстремальных условиях, что непосредственно сказывается на физическом и психическом состоянии.

Внешние факторы таких условий вызывают напряжение, эмоциональное возбуждение и мобилизацию организма, запускают механизмы адаптации, но в определенный момент времени могут привести и к состоянию дистресса, что приводит к истощению организма, вызывает психические расстройства и различные болезни.

Стресс понимается как состояние организма, с одной стороны, лежащее в основе его приспособления к многообразным влияниям внешней среды, а с другой – как фактор, способствующий нарушению психической адаптации, затрагивающий психофизиологический, психологический, социально-психологический уровни регуляции.

Психология стресса представляет интерес для психологов, осуществляющих мероприятия по психологическому обеспечению профессиональной деятельности сотрудников ОВД, применению методов психодиагностики и коррекции стресса в условиях осуществления сотрудниками полиции служебной деятельности. Особый интерес вызывает проблема влияния стресса на успешность деятельности и профессиональное здоровье сотрудников полиции.

В связи с этим актуальна разработка целостного понимания психологии стресса и ее теоретических основ, механизмов развития и влияния стресса на функциональные состояния сотрудников ОВД, а с другой стороны – систематизация и обоснова-

ние деятельности специалистов и психологов по формированию стрессоустойчивого поведения у сотрудников ОВД.

Курс лекций построен в соответствии с программой дисциплины «Психология стресса и стрессоустойчивого поведения» по специальности 37.05.02 «Психология служебной деятельности» и призван дополнять лекционный материал, использоваться в учебно-методическом обеспечении семинарских и практических занятий, в ходе самостоятельной подготовки обучающихся.

РАЗДЕЛ 1

СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «СТРЕСС»

Лекция 1

Предмет, задачи и история развития психологии стресса

Учебные вопросы:

- 1.1. Понятие стресса в психологии.
- 1.2. Исторические предпосылки формирования учения о стрессе.

1.1. Понятие стресса в психологии

Ритм современной жизни человека приводит к существенному повышению его физической, психической, эмоциональной нагрузки на организм, что обусловлено всевозможными информационными перегрузками, социальной ситуацией, межличностными и межгрупповыми отношениями, бытовыми условиями, а также особенностями профессиональной деятельности и ее содержанием. При этом довольно часто человек оказывается в состоянии негативного эмоционального напряжения, испытывает чувство повышенной тревоги, переживает и проявляет беспокойство, неуверенность в своих силах и возможностях, т. е. испытывает так называемый стресс. Подобные эмоциональные состояния сопровождаются не только нарушением психического и физического равновесия (гомеостаза), но и множеством изменений в функциональных системах и физиологических механизмах организма человека, часто носящих негативный характер.

Понятие стресса изучается в разных областях научных знаний, поэтому и особенности его проявления, причины и факторы, вызывающие состояния стресса, физиологические и психо-

логические механизмы, влияющие на его протекание и последствия, разными авторами трактуются неоднозначно.

Сегодня стресс и особенности его влияния на личность и ее деятельность изучаются физиологией, различными отраслями психологии, социологическими дисциплинами и др. В связи с этим наблюдается размытость границ, возникают сложности в едином понимании стресса, выборе методологических основ его исследования.

Стресс является обыденным явлением повседневной жизни каждого человека, и в этом отношении немалый интерес вызывают методики преодоления стрессовых состояний. К стрессу современного человека приводят высокий ритм жизни, повышение роли городов и городской культуры в развитии общества, возрастание количества конфликтов, несоответствие реальных условий социального существования повседневным человеческим потребностям.

Немаловажными в исследовании стресса являются понятия «психологическая готовность», «адаптация», «стрессоустойчивость», «совладание», «стресс-преодолевающее поведение», что обусловило возникновение целых направлений и школ в психологических и других науках.

Как отмечает В. А. Бодров, «стресс как особое психическое состояние связан с зарождением и проявлением эмоций, но он не сводится только к эмоциональным феноменам, а детерминруется и отражается в мотивационных, когнитивных, волевых, характерологических и других компонентах личности. Именно поэтому феномен стресса требует специального психологического изучения»¹.

¹ Бодров В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / Российская академия наук, Институт психологии. М. : ИПРАН, 1995.

В нынешней социальной ситуации проблемы стресса, в том числе и профессионального, требуют иного, нового уровня их исследования.

Соответственно, необходимо учитывать целый ряд обстоятельств.

Во-первых, появление различных концепций и теоретических подходов к понятию стресса (биологического, психологического, информационного, профессионального и др.).

Во-вторых, реалии сегодняшнего дня: влияние природных катаклизмов и техногенных катастроф (пожаров, землетрясений, наводнений, взрывов, аварий на промышленных объектах); экстремистские проявления; террористические акты; фронтовая и прифронтовая территория в зоне специальной военной операции; вооруженные конфликты, связанные с гибелью людей, массовыми ранениями и травматизмом. Все это повышает уровень массовой тревожности, напряженности и беспокойства.

В-третьих, совершенствование и развитие методологических основ и требований к исследованию личности с учетом ее развития в системе человек – среда, что требует особого внимания к учету биологических и социальных аспектов и факторов, влияющих на ее состояния (проблем особых условий деятельности, учета экстремальных факторов, изменений в социальном окружении, перспективных целей развития общества и др.).

В-четвертых, возрастающий запрос к человеку труда и требований, предъявляемых к нему: повышение эффективности деятельности, его функциональная надежность, профессиональное долголетие, безопасность труда, психическое и физическое здоровье и т. д. Это требует особого внимания к особенностям протекания психических и психофизиологических процессов, изменениям свойств и состояний специалистов стрессогенных

профессий как факторов возникновения у них психосоматических заболеваний, психических расстройств.

Данные факторы оказывают непосредственное воздействие на человека, разрушительно влияют на его психическое и физическое состояния, являются основными источниками стресса. Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) обозначила стресс как эпидемию XXI в.

Все вышеизложенное позволяет нам подходить к изучению стресса как системной, комплексной проблемы, а потому всевозможные теоретические воззрения и концепции имеют право на существование, так как по-своему трактуют вопросы психологии стресса.

Сегодня в зависимости от характера стрессора и его влияния выделяются различные виды стресса, в самой общей классификации – стресс физиологический и стресс психологический (информационный и эмоциональный)¹.

Основоположник теории стресса Г. Селье свои исследования начинал с понятия *общий адаптационный синдром* (далее – ОАС), связывая его с физиологическими проявлениями и изменениями в организме, и только спустя некоторые годы ОАС был назван им стрессом. Более подробно концепция стресса Селье будет рассмотрена в лекции 2.

Одним из первых психологическое определение стресса дал Р. Лазарус, который выдвинул концепцию, разграничивающую физиологический и психический стресс (физический стресс проявляется под воздействием реального внешнего раздражителя, в то время как психический возникает при оценке человеком на основе индивидуального опыта предстоящей ситуации

¹ Мигунова Ю. Ю. Основы медико-социальной реабилитации различных групп населения : учебно-методическое пособие. Майкоп : ИП Магарин О.Г., 2014.

как трудной или угрожающей)¹. Необходимо учитывать важность влияния стресса на человека, на его интеллектуальные способности, на особенности его личности и специфические реакции. Как известно, физиологический стресс вызывает однотипные реакции организма и поведения, и они предсказуемы, а вот при психологическом стрессе реакция и поведение становятся непредсказуемыми, зачастую зависящими от особенностей индивида.

Понятие «стресс» (англ. *stress* – нажим, давление) зародилось в физической науке – там оно обозначает внешнее давление какой-либо силы на материальный объект, что приводит к возникновению у него определенной напряженности. В физиологических и психологических науках это понятие чаще связывают с разными состояниями человека, возникающими под воздействием экстремальных условий.

Различные воздействия и перемены, в том числе и положительные, заставляют нас адаптироваться к новым условиям, при этом зачастую независимо от наших переживаний (положительных или негативных) реакция организма на любой стресс будет, в сущности, одинаковой: в организме запускаются биохимические и психофизические механизмы, выработанные много веков назад именно для того, чтобы справиться с экстремальной ситуацией.

Как уже отмечалось, изначально стресс означал неспецифическую реакцию организма в ответ на любое неблагоприятное воздействие, названную Г. Селье общим адаптационным синдромом². Этот синдром нарушает постоянство (гомеостаз) в организме, запуская вегетативные функции нервной системы для подготовки и мобилизации организма в целом для ответной

¹ Катунин А. П. Стрессоустойчивость как психологический феномен // Молодой ученый. 2016. № 9. С. 178–209.

² Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М. : Медгиз, 1960.

реакции. Данные изменения соответствуют понятию *физиологического стресса*.

Однако в последующем, когда этот термин стали использовать также при изучении зарождения, проявления и последствий воздействий экстремальных условий внешней среды, опасных ситуаций, ответственности, связанной с профессиональной или служебной деятельностью, возникли новые аспекты в предмете исследования стресса, стали размываться границы между понятиями дистресса, эмоционального, боевого, профессионального стресса, напряженности, тревожности, психических расстройств, что вызвало еще большие затруднения при изучении психологии стресса.

В. Ф. Василюк предлагает рассматривать стресс как определенную реакцию организма на критические ситуации жизнедеятельности. Он определяет стресс как «ситуацию невозможности, т. е. такую, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних «необходимостей» своей жизни – своих мотивов, отношений, ценностей»¹.

В зависимости от специфики «парализованной» жизненной необходимости критические жизненные ситуации приобретают форму: стресса (ситуация затруднения витального удовлетворения), фрустрации (ситуация затруднения деятельности, реализации мотива), конфликта (ситуация затруднения в достижении согласованности и непротиворечивости внутреннего мира), кризиса (ситуация затруднения реализации жизненного замысла).

Изучая психологический стресс, В. А. Бодров отмечает, что данное понятие многозначно в применении: его можно рассматривать в качестве стрессора (стимула, раздражителя) или, к при-

¹ Василюк В. Ф. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. М. : Московский университет, 1984. С. 11.

меру, в виде эмоциональных состояний (фрустрации, переживания, аффекта, тревожности и т. д.). Исходя из этого, автор предлагает рассматривать стресс в трех значениях¹.

Во-первых, стресс – это любые внешние события, раздражители, активизирующие в организме механизмы возбуждения и адаптации (стрессоры).

Во-вторых, стресс – это субъективная реакция организма, проявляющаяся в виде психического напряжения функциональных систем; в виде эмоциональных проявлений; в виде реакций, направленных на преодоление (копинг-процессы).

В-третьих, стресс – это физические и поведенческие изменения организма на воздействующий внешний фактор (данную концепцию мы наблюдаем у У. Кеннона и Г. Селье, которые связывают его с реакциями «бей или беги»).

Р. Лазарус пишет, что «только связывая характер стрессовой реакции с психическими процессами, действующими в людях с различными психическими структурами, мы можем надеяться объяснить происхождение явления и получить возможность их предсказывать»².

Среди разных психических процессов и состояний, оказывающих влияние на процесс адаптации личности, нужно учитывать также информационный стресс.

Информационный стресс – это психофизическое и эмоциональное напряжение, которое возникает из-за информационных перегрузок (например, сотрудник не выполнил основную задачу ввиду перегруженностью другими задачами, не успевает или не способен принимать верные решения в силу высокой ответственности за свои поступки и др.).

¹ Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. С. 13–14.

² Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л. : Медицина, 1970. С. 178–179.

В. А. Бодров информационный стресс рассматривает как психическое состояние, которое возникает под влиянием информационных факторов, имеющих неопределенное или экстремальное значение для человека¹.

Основными причинами появления информационного стресса могут быть:

- 1) большой объем информации, получаемой извне;
- 2) всесторонняя доступность информационной среды;
- 3) повседневная чрезмерная общественно-политическая информация, поступающая через СМИ;
- 4) большой объем негативной информации;
- 5) отсутствие или минимум информации;
- 6) отсутствие четкой определенности (неопределенность).

Эмоциональный стресс – это интенсивные негативные эмоции, которые испытывает человек при невозможности удовлетворить свою актуальную потребность. При этом невозможность удовлетворения может быть связана с объективными внешними причинами или субъективными внутренними, например, страхами человека

Эмоциональный стресс появляется в виде защитных реакций в угрожающих ситуациях, связанных с угрозой жизни и здоровью, опасностью, обидой.

Некоторые исследователи определяют эмоциональный стресс через неспецифические изменения в организме, происходящие на уровне биохимических и электрофизиологических показателей и выражающиеся в определенных психических проявлениях, поведенческих и других реакциях.

¹ Бодров В. А. Информационный стресс : учебное пособие для вузов. М. : ПЕР СЭ, 2000. С. 98.

В свою очередь, Л. Леви под эмоциональным стрессом понимает «участок своеобразного континуума эмоциональных состояний, в котором сдвиги физиологического гомеостаза колеблются от самых низких в условиях полного безразличия до высоких в условиях ярости. Приятные и неприятные эмоциональные состояния сопровождаются изменениями в уровнях физиологического гомеостаза»¹.

Психологический стресс рассматривается как особое психическое состояние, характеризующееся неспецифическими системными изменениями активности психики человека, выражающими ее организацию и мобилизацию в связи с возникшими повышенными требованиями новой ситуации, т. е. это специфическая форма отражения субъектом особой ситуации.

Как отмечает В. А. Бодров, специфика психического отражения обуславливается процессами деятельности, особенности которых (их субъективная значимость, интенсивность, длительность протекания и т. д.) в значительной степени определяются выбранными или принятыми целями, а их достижение побуждается содержанием мотивов деятельности.

Поэтому психологический стресс В. А. Бодровым рассматривается как «функциональное состояние организма и психики, которое характеризуется существенными нарушениями биохимического, физиологического, психического статуса человека и его поведения в результате воздействия экстремальных факторов психогенной природы (угроза, опасность, сложность или вредность условий жизни и деятельности)»².

Таким образом, изучая данный курс лекций, мы рассмотрим теоретические основы и подходы к изучению стресса, про-

¹ Леви Л. Эмоциональный стресс. Л. : Медицина, 1970.

² Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. С. 15.

блемы взаимосвязи стресса с механизмами адаптации, концептуальные подходы к диагностике стрессовых состояний, формирования стрессоустойчивости и выбора стрессоустойчивого поведения, раскрыть методы и способы профилактики и коррекции стресса.

Целью изучения дисциплины «Психология стресса и стрессоустойчивого поведения» является формирование представлений о современных концепциях стресса в психологической науке, о сущности стресса, о физиологических и психологических механизмах его возникновения и особенностях проявления в профессиональной деятельности.

В ходе изучения курса лекций «Психология стресса и стрессоустойчивого поведения» у обучаемых должны быть сформированы представления о психологии стресса и стрессоустойчивого поведения как дисциплины, предметом которой являются процессы развития стресса в ходе профессиональной деятельности, условия его позитивного и негативного влияния на личность и деятельность сотрудников ОВД, психофизиологические последствия стресса и методы работы с ними.

На основе изучения и анализа основных вопросов теории и практики изучаемой дисциплины должны быть решены следующие основные задачи:

- 1) формирование систематизированных представлений в области теории стресса и стресс-преодолевающего поведения;
- 2) формирование способности правильно оценивать степень воздействия профессиональных стрессоров на конкретную личность сотрудника ОВД, составлять психологический прогноз, организовывать профилактические мероприятия, способствующие повышению стрессоустойчивости сотрудников ОВД;

3) формирование умения комплексного применения методов психотерапии в целях профилактики и преодоления негативных последствий стресса.

1.2. Исторические предпосылки формирования учения о стрессе

Понятие «стресс» впервые встречается в 1303 г. в стихах поэта Роберта Маннинга: «Эта мука была манной небесной, которую господь послал людям, пребывавшим в пустыне сорок зим и находившимся в большом стрессе». После упоминания о стрессе встречаются также в некоторых работах В. Вундта, У. Джеймса, У. Кеннона.

Основным вектором развития физиологии и медицины середины XIX – начала XX в. стало формирование представлений об интегрированном функционировании организма как единого целого во всем многообразии взаимодействий с внешней средой. Существенный вклад в развитие данного направления внес известный немецкий врач и патологоанатом Р. Вирхов. Согласно разработанной им теории клеточной патологии, всякое заболевание представляет собой сумму нарушений на клеточном уровне, а болезнь – это целостный процесс, имеющий определенную локализацию и причинно-следственную цепочку последовательных изменений. Он впервые показал социальную природу многих распространенных заболеваний.

Прародителем теории стресса становится французский физиолог К. Бернар, который экспериментально обосновал *принципы поддержания постоянства внутренней среды организма*, лежащие в основе физиологической теории гомеостаза. В постоянно изменяющихся внешних условиях организм должен выжить. Для этого необходимо сохранить стабильный и адаптированный режим функционирования жизненно важных орга-

нов и систем, регулировать допустимые значения изменений (поддержка постоянной температуры тела, состава крови, артериального давления и т. д.).

Несоблюдение показателей нормы, выход за пределы допустимого приводят к срывам адаптационных механизмов, возникновению и развитию физиологических болезней, вплоть до летального исхода.

Свое научное обоснование теория гомеостаза получила в работах американского психофизиолога У. Кеннона, в которых он раскрыл важнейшие функции автономной нервной системы и гормональной регуляции в формировании адаптационного и приспособительного поведения. Также У. Кеннон одним из первых продемонстрировал непосредственные связи между гуморальными механизмами, обеспечивающими энергетическими средствами мобилизации, и возникновением эмоций как целостного механизма реагирования человеческого организма в сложных обстоятельствах.

В психологическую науку понятие «стресс» вошло только в прошлом веке, когда в 1936 г. в журнале Nature было опубликовано короткое сообщение канадского физиолога Ганса Селье под названием «Синдром, вызываемый разными повреждающими агентами».

Работая в Праге в клинике с инфекционными больными, Селье обнаружил, что первоначальные реакции организма на разнообразные инфекции у больных протекают совершенно однотипно. Различия этих симптомов проявляются только через несколько дней, а первоначальные показатели (такие как слабость, температура, снижение аппетита) во всех случаях не меняются.

Эти проявления он охарактеризовал как универсальные свойства, отвечающие неспецифичностью на повреждающие факторы. Проведенные им эксперименты на крысах подтверди-

ли его гипотезу: организмы крыс одинаково реагируют и на отравление, и на жару, и на холод.

При стрессе, наряду с элементами адаптации к сильным раздражителям, имеются элементы напряжения и даже повреждения. Универсальность в проявлениях стресса через триаду изменений (уменьшение тимуса, увеличение коры надпочечников и появление кровоизлияний и язв в слизистой желудочно-кишечного тракта) и назвал Г. Селье общим адаптационным синдромом.

По предположению Г. Селье, этот негативный фактор является запускающим механизмом тех процессов в организме, которые в определенной фазе своего развития способны привести к заболеваниям.

Эпохальный вклад в науку состоит зачастую не в открытии нового факта или явления (фактов в биологических науках накоплено огромное количество), а в способе их нового понимания и толкования. Выдающийся ученый выдвигает новые идеи и формулирует концепции для объяснения эмпирических наблюдений и экспериментальных находок, которые дотоле не складывались в единую картину, а оставались разрозненными и потому необъяснимыми.

Как мы уже знаем, возникающие физиологические и биохимические сдвиги и изменения в организме под воздействием стресса – это сформировавшаяся в ходе эволюции защитная реакция (*реакция борьбы и бегства*). Она включалась у древних людей сразу же при возникшей угрозе и максимально быстро мобилизовывала ресурсы организма для защиты от нападения врага или для бегства от него.

На современном этапе исследователи стали чаще обращать внимание на проблемы нормы и не-нормы, адаптации и дезадаптации, предболезненные и болезненные состояния организма.

Например, академик О. Г. Газенко пишет: «Особенно сложной является оценка состояния на грани так называемых норм и патологии, когда еще не развилось какое-либо конкретное заболевание, но равновесие между организмом и средой явно нарушено и состояние не может быть квалифицировано как нормальное»¹.

В конце 1970-х гг. появляется работа профессора Р. М. Баевского, связанная с нормами и патологиями организма, активизируются исследования в области переходных и пограничных психических состояний и попытки их систематизации психиатрами и психоневрологами (Н. Д. Лакошина, С. Б. Семитов, В. Я. Семке, Б. В. Шостакович).

Проблемами стресса сегодня активно занимаются военные ученые, полицейские, спортивные психологи, психологи МЧС России и других силовых структур.

Особый интерес в этой плеяде представляют исследования тех специалистов и психологов, которые изучают лиц, чья профессиональная деятельность проходит в чрезвычайно напряженных, а также экстремальных условиях (военнослужащие Вооруженных Сил, сотрудники МВД России, войска национальной гвардии, других силовых ведомств), предъявляющих особые требования к механизмам адаптации организма.

За последние десятилетия также немало внимания уделяется проблемам стресса в спорте: имеются ряд переводных монографий, международный сборник «Стресс и тревога в спорте», работы известных отечественных авторов (сборник «Стресс и тревога в спорте», сост. Ю. Л. Ханин; монография Г. Д. Горбунова «Психопедагогика в спорте» и др.).

¹ Газенко, О. Г. Стресс и его значение для организма / под ред. О. Г. Газенко. М. : Наука, 1988.

Эти и другие исследования, несомненно, играют положительную роль в подготовке как тренеров, так и спортсменов. С другой стороны, они показывают чрезвычайную важность и значимость работы психолога непосредственно в социальных группах (спортивных командах, учебных группах курсантов в образовательных организациях, подразделениях и в различных структурах ОВД).

В современных исследованиях ученые, теоретики и практики чаще обращают внимание на разработку специальных рекомендаций, методических пособий для представителей стрессогенных профессий, спортсменов и людей, которые наиболее часто подвергаются стрессам, в целях повышения их психологической устойчивости и готовности действовать в экстремальных условиях. Например, наиболее современные исследования в спорте в этом направлении проводили В. В. Абрамова, Ю. А. Иванькова, Д. Г. Нугманов, Р. М. Шагиев и др., специально для военнослужащих разрабатывали А. Г. Караяни, В. Б. Корбут, А. Н. Разумов, Г. А. Крюков, А. Н. Кузнецов и др.

Проблемам *стресса в профессиональной деятельности* уделяется сегодня большое внимание многими учеными. При этом ключевыми в данной сфере являются когнитивные процессы, связанные с планированием и постановкой целей, прогнозированием результатов деятельности, осуществлением контроля и корректировки.

Так, Р. А. Карасек, разрабатывая общую теорию стресса и в частности профессионального стресса, доказывает, что на возникновение стрессовых состояний влияют два взаимосвязанных фактора: ответственность за выполняемую работу и осуществление контроля¹.

¹ Психодиагностика стресса : практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. Казань : КНИТУ, 2012.

Имеются такие профессии, где преобладает достаточно высокая напряженность в силу завышенных требований и ответственности сотрудника, а с другой стороны – предельно низки контроль за выполнением задач и требования к результатам труда.

Другому научному направлению, связанному с проблемами профессионального стресса у военнослужащих Вооруженных Сил, сотрудников ОВД и войск национальной гвардии как специалистов, выполняющих задачи в сложных и экстремальных условиях, в зоне специальной военной операции, сегодня также уделяется максимальное внимание многих ученых.

Анализ выборки из более 120 публикаций, посвященных стрессовым состояниям, сопряженным со спецификой военной службы, проведенный А. А. Хадарцевым, Н. Е. Стариковым, Р. В. Грачевым, показывает, что 44 % этих публикаций относятся к характеристикам стресса у отдельных категорий военнослужащих. Из них у курсантов военных вузов – 42,6 %, у летчиков – 9,3 %, у преподавателей военных вузов – 7,4 %. Единичные публикации отражают стрессовую нагрузку у высшего командного состава, призывников. В 56 % статей освещена проблема стресса у смешанных групп военнослужащих. Ветеранам боевых действий посвящено 5,7 % публикаций¹.

Исследованию стресса у военнослужащих в рамках деятельностного подхода много внимания уделяли такие ученые, как Р. А. Абдурахманов, А. Я. Акулич, А. Я. Анцупов, М. И. Дьяченко, В. Л. Марищук, А. Г. Караяни, В. П. Каширин, Л. А. Китаев-Смык, П. А. Корчемный, Н. В. Майсак, А. В. Ответчиков, В. А. Пономаренко, Б. Я. Шведин, А. И. Шипилов и др.

¹ Хадарцев А. А., Стариков Н. Е., Р. В. Грачев Профессиональный стресс у военнослужащих (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2020. № 2. С. 74–82.

Немало внимания сегодня проблемам профессионального стресса уделяется и в системе МВД России, других силовых ведомствах. Среди таких исследований можно выделить работы Г. С. Човдыровой, В. Л. Маришука, И. Б. Лебедева, М. И. Марьина А. П. Шиховой, М. М. Калашниковой, В. А. Табурца, А. Ю. Федотова и многих других. Более углубленно их теории будут раскрыты в рамках других лекционных материалов.

Подводя итог вышеизложенного, необходимо отметить, что понятие стресса рассматривалось в разное время в разных направлениях и науках: физиологии, медицине, психологии, спорте, профессиональной деятельности человека.

Международное признание стресса как научной концепции состоялось в 1976 г., когда в канадской столице был открыт Институт стресса, первым и пожизненным его директором стал Г. Селье.

В последующем были созданы аналогичные структуры и научные организации во многих странах мира: Американский институт долгожительства, стресса и возрастного контроля; Институт информатики и проблем стресса; Американский институт по изучению стресса – в США; Берлинский Институт по изучению стресса – в Германии; Парижский Институт стресса (Франция); Институт изучения психологических стрессов в Хайфе (Израиль); Институт психологической экологии профилактики стресса в Ижевске (Россия). Огромное множество других научных организаций, учебных, академических и ведомственных научно-исследовательских институтов в разных странах мира проводят исследования, посвященные стрессу, в отдельных лабораториях, на специализированных, в том числе немедицинского профиля, кафедрах.

Как пишет Ю. И. Александров, «стресс стал одним из самых модных медико-психологических диагнозов. Этот диагноз ста-

вится человеку, когда у него в личной жизни, в быту или на производстве возникают какие-либо проблемы, которые приводят к ухудшению его психического и физического здоровья»¹.

Таким образом, сегодня нет однозначного подхода к пониманию стресса в психологической науке. Наиболее устоявшиеся подходы и концепции сегодня изучают физиологический, психологический, профессиональный, эмоциональный и информационный стресс.

Список литературы

1. Александров, Ю. И. Психофизиология / Ю. И. Александров. – СПб., 2006. – 326 с.
2. Бодров, В. А. Информационный стресс : учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
3. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров. – М. : ИПРАН, 1995. – 136 с.
4. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – Саратов : ПЕР СЭ ; Ай Пи Эр Медиа, 2019. – 528 с.
5. Гринберг, Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг ; [пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова]. – 7-е изд. – М. : Питер, 2002. – 495 с.
6. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса : психологическая антропология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Академический проект, 2009. – 943 с.
7. Кобозев, И. Ю. Психология стресса и стрессоустойчивого поведения : учебное пособие / И. Ю. Кобозев. – СПб. : Санкт-Петербургский университет МВД России, 2015. – 216 с.

¹ Александров Ю. И. Психофизиология. СПб., 2006.

8. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции. Медицинские, индустриальные и военные последствия стресса / под ред. Л. Леви, В. Н. Мясищева. – Л. : Медицина. Ленинградское отделение, 1970. – 326 с.

9. Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. – Минск : Харвест, 1998. – 301 с.

Лекция 2

Учение Ганса Селье о стрессе как общем адаптационном синдроме

Учебные вопросы:

- 2.1. Теоретические основы учения Г. Селье о стрессе.
- 2.2. Стадии развития стресса.

2.1. Теоретические основы учения Г. Селье о стрессе

Многогранность жизненных событий человека, его индивидуальных особенностей, явлений и процессов профессиональной деятельности, связанных с проявлением стресса, определяют перспективы и планы их исследования.

Два совершенно различных и противоположных по смыслу, содержанию и значению состояний человека – горе и радость – могут иметь специфически одинаковый результат проявления при стрессовом воздействии. Неспецифическое приспособление к новой ситуации проявляется в одинаковой реакции – включении симпато-адреналовой системы организма.

Стресс дезорганизует деятельность человека, нарушает нормальный ход его поведения. Стрессы, особенно частые и длительные, оказывают отрицательное влияние не только на психологическое состояние, но и на физическое здоровье человека. Они представляют собой главные факторы риска при проявлении и обострении сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта, других органов и систем органов человека.

Г. Селье в своих исследованиях отмечал, что «стресс, подобно теории относительности, является научной концепцией, которая

страдает от смешения в сознании представлений, отражающих хорошее знание проблемы и недостаточное ее понимание»¹.

Рассмотрим биографию Г. Селье.

Ганс Селье родился в 1907 г. в г. Комарно (Австро-Венгрия) в семье врача, родители имели собственную клинику. Университет Венгерского языка в родном городе Г. Селье сейчас назван в его честь. С детства родители научили Ганса свободно говорить на четырех языках. В Чехословакии Г. Селье получил первое медицинское образование в Пражском университете. Дальнейшая его учеба продолжалась в Риме, затем – в Париже. Селье стал доктором медицины и химии в Праге в 1929 г. В 1931 г. он отправился в Университете Джона Хопкинса Фонда стипендий Рокфеллера, а затем – в Университет Макгилла в Монреале, где в 1936 г. начал исследовать проблемы стресса.

В 1945 г. Г. Селье перешел в Монреальский университет, где у него было 40 сотрудников и более 15 тыс. лабораторных животных. В 1949 г. Г. Селье был номинирован на Нобелевскую премию за открытия в исследовании механизмов стрессовых реакций и активизацию коры надпочечников, которая и обеспечивает возможность сопротивления стрессу и преодоления трудностей.

Ганс Селье – обладатель 43 почетных званий и почетный заседатель нескольких медицинских и научных ассоциаций. Его книги переведены на 17 языков. Профессор Г. Селье написал 39 книг и более 1700 академических статей о природе стресса. Он умер 16 октября 1982 г. в Монреале.

Свою теорию стресса Г. Селье начал разрабатывать в 1936 г., а публикации работ начинаются с 1950 г. Эта теория как целостная концепция была сформирована в более поздних его исследованиях.

¹ Селье Г. Стресс в моей жизни : пер. с англ. Рига : Зинатне, 1983.

Важную роль в становлении теории стресса Г. Селье сыграли его встречи и беседы с И. П. Павловым в 1935 г. в Ленинграде. В своих воспоминаниях Г. Селье описывает, что эти беседы вдохновляли его в течение всей жизни. Известен тот факт, что портрет И. П. Павлова висел в холле института рядом с портретами Эйнштейна и Фредерика Бантинга, открывшего инсулин.

Открытие И. П. Павловым условных рефлексов предопределило ключевой постулат будущей теории Г. Селье: способность любого организма мобилизовываться и выходить на определенный уровень готовности в процессе адаптации к экстремальным стрессогенным воздействиям. Это и легло в основу его концепции стресса.

У человеческого организма в результате филогенеза сформировалась центральная нервная система, способная подготовиться к преодолению неблагоприятных средовых факторов, а вот «на клеточном уровне, – пишет Г. Селье, – обучение зависит главным образом от химического обусловливания и сводится к выработке защитных веществ типа гормонов или антител и модификации их действия с помощью других химических соединений (например, питательных веществ)»¹.

Согласно данной гипотезе негативный стресс-фактор обладает своеобразным пусковым действием, включает выработанные в процессе эволюции механизмы развертывания защитных и приспособительных систем.

Надпочечники как железы внутренней секреции состоят из наружного слоя (кора) и внутреннего (мозговое вещество).

Кора продуцирует *кортикоиды* (гормон кортизол), а мозговое вещество вырабатывает адреналин и другие гормоны, реагирующие на стресс.

¹ Селье Г. На уровне целого организма / отв. ред. В. В. Парин. М. : Наука, 1972.

Тимус и лимфатические узлы составляют единую систему (тимолимфатический аппарат) и отвечают за функционирование нашей иммунной системы.

В дальнейшем в ходе экспериментов на животных Г. Селье выяснил, что те же самые сочетания изменений внутренних органов, которые вызываются впрыскиванием вытяжек из желез, обнаруживаются и при воздействии холода и жары, при инфекциях, травмах, кровотечениях, нервном возбуждении и многих других раздражителях.

Это воспроизведенный в эксперименте так называемый синдром болезни, модель, поддающаяся количественной оценке. Селье обнаружил изменения надпочечников под влиянием стресс-факторов, а также атрофию тимуса. Данные изменения в 1936 г. он определил как «синдром, вызываемый различными вредоносными агентами»¹, в последующем это стали называть *синдромом биологического стресса*, который является необходимой физиологической защитной реакцией на повреждающее воздействие, т. е. он не патологичен.

Однако этот синдром, подобно любой другой биологической реакции, не всегда оказывается оптимально эффективным. Несовершенство его (например, абсолютный или относительный избыток или недостаток одного или нескольких адаптивных гормонов), говорит Селье, играет важную роль в патогенезе большинства болезней. Заболевания, при которых неадекватность синдрома адаптации имеет даже большее значение, чем специфические эффекты патогенного агента, относятся преимущественно к так называемым болезням адаптации².

Адаптационные механизмы, присущие живым существам, включая человека, многочисленны. Исследования Г. Селье под-

¹ Селье Г. На уровне целого организма. С. 32.

² Селье Г. Очерки об адапционном синдроме. М. : Медгиз, 1960.

твердили, что более или менее интенсивные адаптационные процессы постоянно происходят в человеческом организме. «Адаптивность, – подчеркивает Селье, – является наиболее выдающейся характеристикой жизни. <...> Более того, биологическая адаптивность и есть жизнь»¹.

Как видим, у Г. Селье стресс имеет физиологическую основу, что и стало базой для формирования его основной концепции.

1. Все биологические организмы имеют врожденные механизмы поддержания состояния внутреннего баланса или равновесия функционирования своих систем. Сохранение внутреннего равновесия обеспечивается процессами гомеостаза. Поддержание гомеостаза является жизненно необходимой задачей организма.

2. Стрессоры, т. е. сильные внешние раздражители, нарушают внутреннее равновесие. Организм реагирует на любой стрессор, приятный или неприятный, неспецифическим физиологическим возбуждением. Эта реакция является защитно-приспособительной.

3. Организм имеет ограниченные резервы адаптационных возможностей по предупреждению и купированию стресса – их истощение может привести к заболеванию и смерти.

4. Развитие стресса и приспособление к нему проходит несколько стадий. Время течения и перехода на каждую стадию зависит от уровня резистентности организма, интенсивности и длительности воздействия стрессора².

Г. Селье все эти адаптационные механизмы называет *неспецифическим ответом организма*. Суть этого он объясняет тем, что любые агрессивные факторы вызывают специфическую реакцию, например, при повышении температуры окру-

¹ Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М. : Медгиз, 1960.

² Там же.

жающей среды тело потеет, охлаждая организм, а в мороз кровеносные сосуды на поверхности кожи сужаются, таким образом уменьшаются теплопотери.

При угрозе физическому здоровью извне организм мобилизует мышцы для бегства. Любое лекарство, которое мы принимаем, обладает собственным, специфическим воздействием.

Однако кроме специфических реакций на каждое агрессивное воздействие в организме человека происходят также и неспецифические реакции на каждое воздействие, призванные восстановить нормальный баланс организма за счет повышения адаптивности. Именно эти реакции и составляют сущность стресса. Неспецифичные реакции организма объединяют все виды воздействий, дают целостную картину и позволяют влиять на процесс стресса, изучать его и оказывать помощь пациентам.

Академик В. В. Парин высказывает по этому поводу мнение, что теория Селье в корне изменила подход ко многим заболеваниям, а взгляды ученого нашли самое широкое распространение. Труд жизни канадского физиолога по праву считается одним из фундаментов современной медицины и психологии.

Заслуга Селье в медицине и конкретно в психологии состоит в первую очередь в том, что этапы реакции при стрессе он смог описать применительно практически ко всем болезням человеческого организма.

2.2. Стадии развития стресса

Селье выделяет три стадии развития стресса и называет этот процесс «общим адаптационным синдромом»¹:

- 1) реакция тревоги (alarm reaction – A–R);
- 2) стадия резистентности (stage of resistance – S–R);
- 3) стадия истощения (stage of exhaustion – S–E).

¹ Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. С. 48.

Реакция тревоги в начальной фазе с появлением стрессора протекает как острая реакция на стресс. При эффективном срабатывании защитных реакций организма состояние тревоги стихает, и все системы возвращаются к первоначальному состоянию – состоянию гомеостаза.

В том случае, когда защитные механизмы не срабатывают, ослаблен иммунитет человека, в дальнейшем происходит резкое снижение уровня сопротивляемости организма, могут наблюдаться нарушения функций соматической и вегетативной систем. Затем под воздействием гормонов стресса вегетативная нервная система активизирует основные системы, отвечающие за мобилизацию резервов организма, включает механизмы защиты и саморегуляции.

В случае продолжительного воздействия стрессора на организм наступает вторая стадия – *резистентности* (сопротивления), которая активизирует основные резервы, поддерживающие защитные функции организма. На определенном уровне развития этой стадии организм начинает сбалансированно регулировать расходование адаптационных возможностей в зависимости от силы воздействия стресс-фактора и других внешних условий, которые запускают адаптивные механизмы функциональных систем.

Третья стадия – *стадия истощения*. Здесь происходит максимальное истощение адаптационных ресурсов организма, что приводит к снижению сопротивляемости организма влиянию стресс-факторов. В результате этого в защитно-приспособительных механизмах происходят функциональные нарушения, вплоть до морфологических изменений в органах и в системах органов.

Изучая особенности протекания стрессовой реакции, Г. Селье предлагает рассматривать два типа: *эустресс* и *дистресс*. Первый тип он назвал полезным стрессом, второй – вредоносным.

Сегодня принято чаще понимать стресс как дистресс, т. е. как напряжение, изменение и реакцию организма под негативным воздействием угрожающих факторов внешней среды.

Про положительные свойства стресса Селье говорит в том случае, когда происходит мобилизация защитных механизмов, полезная для работы организма в целом, в том числе и для иммунной системы (эустресс). Для возникновения и проявления эустресса, по мнению Г. Селье, должен быть соблюден ряд условий:

- 1) эмоции с положительным фоном;
- 2) наличие в прошлом опыта подобных ситуаций;
- 3) перспективные цели должны иметь позитивный прогноз;
- 4) социальное окружение должно принять решения и ваши действия, дать им положительную оценку;
- 5) готовность и мобилизованность к преодолению стресса, что означает наличие достаточного резерва ресурсов.

При отсутствии или недостаточности этих условий негативный стресс переходит в другую форму – дистресс. Для перехода первичного стресса в дистресс необходим также ряд факторов¹:

- 1) неспособность адаптационных ресурсов противостоять силам стрессового воздействия или истощение этих ресурсов;
- 2) длительность и продолжительность воздействия стрессора;
- 3) когнитивные и эмоционально-волевые факторы (недостаток или, наоборот, избыток информации, отсутствие уверенности в своих силах, беспомощность, тревожность и страх, негативный прогноз и др.).

В связи с этим важно понимать и учитывать, что при возникновении стрессовых ситуаций недостаточно только рассматривать проблемы профилактики и контроля, важно также

¹ Селье Г. Стресс без дистресса / под общ. ред. Е. М. Крепса. М. : Прогресс, 1982. С. 12.

уделять внимание эффективному управлению стрессами, выбирать оптимальные стратегии поведения для недопущения перерастания стресса в дистресс.

Физиологический механизм стресса начинается с активации главного органа центральной нервной системы – гипоталамуса, который обеспечивает регулирующие функции органов и систем в организме человека в стрессовой ситуации:

- 1) регулирует деятельность вегетативной нервной системы;
- 2) координирует деятельность нервной и гуморальной систем;
- 3) управляет секрецией АКТГ в гипофизе;
- 4) является источником и возбудителем эмоциональных реакций;
- 5) регулирует основные механизмы жизнеобеспечения (питания, сна, бодрствования, энергетического обмена и др.).

Его основная роль заключается в повышении активности симпатической нервной системы и управлении секрецией гормонов стресса (*адреналина* – в состоянии страха, переживаний, фрустрации; *норадреналина* – в состоянии гнева, агрессии), вырабатываемых корой надпочечников.

Таким образом, на первой фазе стрессовой реакции первым включается и активизируется деятельность симпатического отдела ЦНС, в связи с чем усиливается сердцебиение и повышается артериальное давление, учащается дыхание, возрастает напряжение мускулатуры, происходят изменения кожного покрова, активизируются выделительные системы. В последующем при длительном воздействии стрессора или усилении воздействия происходит истощение ограниченных запасов энергии, включаются функции парасимпатического отдела, что в свою очередь приводит к падению артериального давления, снижению

мышечного тонуса, слабости организма, желудочно-кишечным расстройствам и другим проявлениям различных болезней.

«Очевидной причиной болезни являются инфекция, интоксикация, нервное истощение или просто старость. Но на самом деле срыв работы гормонального механизма представляется наиболее вероятной причиной смерти у человека», – писал профессор Селье.

Показательны в этом отношении данные, полученные английскими исследователями, которые проследили смертность от коронарной болезни у представителей 13 различных профессиональных групп. У врачей-хирургов и мелких собственников почти в 10 раз, а у судей и адвокатов – в пять с лишним раз чаще, чем, например, у сельскохозяйственных рабочих случались инфаркты миокарда с летальным исходом.

В других исследованиях отмечается высокая смертность от ишемической болезни сердца руководящих административных деятелей, летчиков-испытателей, водителей городских автобусов. На первый взгляд, между трудом хирурга и шофера городского автобуса нет ничего общего, но, если вдуматься, это общее обнаружить нетрудно: оно в особом, иногда чрезмерном эмоциональном напряжении работающего. Именно постоянное пребывание в условиях стрессовой ситуации сокращает жизнь людям этих профессий. К таким профессиям сегодня относят и военнослужащих, и сотрудников ОВД, выполняющих оперативные и служебные задачи в различных условиях.

Деятельность, связанная со стрессом, может быть приятной или неприятной. Любое событие, факт или сообщение может вызвать стресс, т. е. стать стрессором. При этом выступит та или иная ситуация причиной стресса или нет во многом зависит от личности, ее опыта, ожиданий, уверенности в себе и т. д. Особен-

но большое значение имеет, конечно, оценка угрозы, ожидание опасных последствий, которую содержит в себе ситуация.

Ганс Селье стал Нобелевским лауреатом за обоснование роли коркового слоя надпочечников в выработке антистрессорных гормонов, отвечающих за активацию механизмов адаптации к стрессу и способствующих организму человека преодолеть различные трудности.

Также нужно отметить, что под действием *глюкокортикоидов* усиливаются основные обменные процессы в организме, вырабатывается глюкоза в крови в большем количестве, подавляется чувствительность к боли, снижаются воспалительные процессы. Все это необходимо для повышения степени адапционных возможностей.

С другой стороны, нахождение человека в состоянии стресса имеет определенные границы, что зависит от запасов адаптационных ресурсов, которые ограничены. В этом случае под дальнейшим воздействием стресс-фактора на истощенный организм в нем начинаются патологические процессы, что вызывает психосоматические заболевания.

Продолжая учение Г. Селье, большой вклад в отечественную теорию стресса внесли отечественные физиологи И. П. Павлов (теория экспериментального невроза), Л. А. Орбели (влияние симпатической нервной системы на механизмы адаптации), П. В. Симонов.

Изучая теорию эмоций, П. В. Симонов отмечает: «...отрицательные эмоции возникают в ситуациях прагматической неопределенности, дефицита информации, необходимой для организации действий»¹.

¹ Симонов П. В. Эмоциональный мозг. М., 1981.

В ряде работ исследователи выделяют факторы, связанные с недостатком времени, нарушением функционирования вегетативной нервной системы, изменениями условий деятельности, динамического стереотипа, – все они также способствуют дальнейшему развитию стрессовых состояний.

Концепция Г. Селье тогда легла в основу многих исследований биологических и физических изменений в организме при стрессовых состояниях, однако при этом как бы забыли о внутренних, психических побуждающих механизмах, связанных с самой личностью.

В то же время нужно отметить и некоторые недостатки в исследованиях Г. Селье, на которые указывают исследователи других концепций стресса.

Так, в концепции канадского ученого не рассматривается роль центральной нервной системы в регуляции ответных реакций организма на воздействия стресс-факторов, а сам *стресс рассматривается им в основном в рамках биологии и медицины, не затрагивая психической составляющей.*

Современные исследования показывают, что на механизмы активации систем организма и сопротивления на стадии адаптации влияют не только гормоны стресса, но и другие структуры и элементы, в регуляции которых ведущую роль играет центральная нервная система.

Над входом в Международный институт стресса начертаны следующие слова: «Ни престиж предмета твоих исследований, ни мощь твоего инструментария, ни степень твоей эрудиции, ни точность твоего планирования не смогут заменить оригинальности твоего подхода и остроты твоего наблюдения».

Именно оригинальность того подхода к жизнедеятельности, который отстаивал Ганс Селье и о котором он стремился

поведать читателю в своей книге «От мечты к открытию», обусловила его выдающийся вклад в науку XX в.

Список литературы

1. Селье, Г. Очерки об адапционном синдроме / Г. Селье / [пер. с англ. В. И. Кандрора и А. А. Рогова] ; ред. и вступ. ст. М. Г. Дурмишьяна. – М. : Медгиз, 1960. – 254 с.
2. Селье, Г. На уровне целого организма / Г. Селье ; пер. с англ. И. А. Доброхотовой, А. В. Парина ; отв. ред. В. В. Парин. – М. : Наука, 1972. – 121 с.
3. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье / [пер. с англ. А. Н. Лука и И. С. Хорола] ; общ. ред. Е. М. Крепса. – М. : Прогресс, 1979. – 124 с.
4. Селье, Г. Стресс в моей жизни / Г. Селье. – М., 1983. – 251 с.
5. Селье, Г. От мечты к открытию : Как стать ученым / Г. Селье / [пер. с англ. Н. И. Войскунской] ; отв. ред. М. Н. Кондрашовой, И. С. Хорола. – М. : Прогресс, 1987. – 366 с.
6. Симонов, П. В. Эмоциональный мозг : физиология. Нейроанатомия. Психология эмоций / П. В. Симонов. – М. : Наука, 1981. – 214 с.
7. Selye, Hans. Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents // Nature. – № 3479. – Vol. 138. – July 4. – 1936.

Лекция 3

Психофизиологическая модель стресса в современной науке

Учебные вопросы:

- 3.1. Подходы к классификации стресса в психологической науке.
- 3.2. Психофизиологическая модель стресса.
- 3.3. Связь стресса с познавательной деятельностью, эмоциями и действиями человека.

3.1. Подходы к классификации стресса в психологической науке

Стресс нередко принято рассматривать как особое функциональное состояние и в то же время как психофизиологическую реакцию организма на воздействия среды, выходящие за границы адаптивной нормы.

Дальнейшее развитие учения Селье о стрессе сопровождалось активностью новых разработок в сфере психологии стресса. Данные разработки акцентировали внимание на происходящих изменениях в организме функций органов и систем на биологических, морфологических и физиологических уровнях под воздействием стресса, минимизируя роли когнитивных и внутренних (психологических) факторов в регуляции стрессовых реакций данной личности. Например, В. А. Бодров в своих исследованиях акцентирует внимание на выборе методологической основы при изучении состояний стресса у человека, его природы и механизмов развития, особенностей применения способов регуляции состояний и поведения человека в стрессовых ситуациях¹.

¹ Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. Саратов : Пер Сэ, Ай Пи Эр Медиа, 2019.

Рассмотрим ряд таких концепций и теорий:

1. *Генетически-конституциональная теория стресса.*

Суть теории заключается в том, что способность организма сопротивляться стрессу зависит от внутренних механизмов в виде защитных стратегий, предопределенных природой, вне зависимости от факторов внешней среды. Исследователи данного направления пытались выявить связи между генотипом (наследственностью) и физиологическими характеристиками организма, способными сопротивляться стрессу.

2. *Модель предрасположенности к стрессу.*

Данная модель основывается на взаимодействии наследственных и внешних факторов среды и определяет внезапно возникающие и сильные внешние факторы как механизмы формирования реакций стрессового напряжения.

Парадигма предрасположенности к стрессу заключается в том, что люди могут обладать предрасположенностью к развитию конкретного расстройства, которое затем делает их более уязвимыми к событиям, происходящим в окружающем мире (стресс).

Если человек имеет предрасположенность к расстройству (например, унаследовал от родителей какую-то биологическую дисфункцию), это не обязательно означает, что у него проявятся симптомы этого расстройства. Развитие болезни определяется стрессовыми обстоятельствами, например, последствиями психологической травмы.

Вполне достоверно установлено, что шизофрения имеет наследственную предрасположенность, в результате чего некоторые люди более склонны к развитию этого расстройства. Наличие или отсутствие симптомов определяется воздействием стрессовых обстоятельств, с которыми человек сталкивается в своей жизни.

Личность А уязвима перед слабым стрессом, личность Б – перед умеренным стрессом, а личность В – лишь перед сильным стрессом.

3. *Психодинамическая модель стресса.*

Истоки модели основываются на положениях теории З. Фрейда, раскрывающих зарождение тревожных состояний, проявления беспокойства в условиях стресса:

а) сигнальная тревога (возникает в виде реакций в случаях формирования и предвосхищения образа реальной внешней опасности);

б) травматическая тревога (формируется в виде внутреннего источника, на уровне бессознательного).

Причиной возникновения такой тревоги являются подавленные сексуальные влечения и агрессивные инстинкты, что в последующем может проявляться в виде психопатий.

4. *Теории конфликтов.*

Данная модель объясняет конфликтное поведение субъектов из-за возникающих напряженных отношений между людьми. Причины напряжения они объясняют существующими требованиями к членам общества подчиняться принятым социальным нормам.

Один из подходов в данной теории рассматривает в качестве профилактики стресса создание благоприятных условий для жизни в обществе и свободного развития личности, для выбора жизненных установок.

В качестве причин стресса в данной теории выделяют устойчивость и стабильность социальных отношений в обществе, справедливое распределение всех благ и услуг, межличностные отношения основаны на согласии и взаимодействии уровней властных структур.

В эту группу входят такие теории, как экологическая, эволюционная, жизненных изменений – они говорят, что основные условия стрессоустойчивости лежат в социальных аспектах общественной жизни.

5. *Модель стресса Д. Механика (D. Mechanic).*

Данная модель связывает стресс с понятием адаптации и ее механизмами. В процессе адаптации человек, попадая в определенную стрессовую ситуацию, ищет варианты решения, борясь со своими чувствами. И они направлены на преодоление (*coping* – борьба с ситуацией) или защиту (*defence* – борьба с эмоциями, чувствами). Преодоление стресса (т. е. совладение ситуацией) происходит через целенаправленное поведение, принятие адекватных и верных решений при встрече с жизненными проблемами и трудностями.

6. *Стресс как поведенческие реакции на социально-психологические стимулы.*

В основе модели Б. Доренвенда (B. Dohrenwend) лежит концепция Селье. По его мнению, стресс – это реакция организма (адаптивная, неадаптивная) на социальные стресс-факторы (объективные экономические ситуации, кризис), семейные события (неудачи) и т. д., которые разрушительно или угрожающе воздействуют и влияют на жизнь человека, но могут и не быть обязательно негативными.

7. *Системная модель стресса.*

В данной модели все строится на понимании механизмов управления процессами адаптации, поведения и т. п. через способности к саморегуляции, в целях соответствия требуемым нормативным значениям.

8. *Интегративная модель стресса.*

Ключевое положение в модели занимает проблема принятия решения, необходимость которого возникает под воздей-

ствием на человека стимулов в ходе его деятельности. При возникновении трудностей в ее решении возникает состояние напряженности в функционировании организма. В том случае, если проблема не будет решена, напряжение, нарастая, приведет к стрессу. Необходимо учесть, что способности человека в решении возникающих перед ним проблем зависят от нескольких факторов самого человека:

а) ресурсы (физиологические, психологические, профессиональные и др. возможности по разрешению проблем);

б) потенциал (личностный, необходим для решения конкретной проблемы);

в) происхождение проблемы (фактор времени, степень неожиданности и др.);

г) установки (психологическая и физиологическая, связанные с конкретной проблемой);

д) реакция (тип выбранного реагирования и поведения: защитный или агрессивный).

9. *Концепция стресса как взаимосвязь стресс-фактора и стрессовой реактивности* (Дж. Мэйсон, Д. Гринберг).

Мэйсон рассматривает понятие стресса с разных позиций:

а) как стимул. В рамках такого понимания стресс сводится к единственному явлению: стимулу, вызывающему соответствующие ответные реакции организма, направленные на адаптацию к этому воздействию. То есть здесь стресс – это то, что мы называем стрессором;

б) реакция. В этом случае к явлению стресса относят только саму реакцию организма, направленную на адаптацию к определенному стимулу. Это соответствует нашему пониманию стрессовой реакции;

в) взаимодействие стимула и реакции, т.е. стрессора и стрессовой реакции. В содержание понятия «стресс» включены

все факторы, так или иначе определяющие особенности стимула (стрессора), стрессовой реакции и характер их взаимодействия.

Также у исследователей данного подхода есть другая точка зрения, согласно которой стресс характеризуется ими разностью между действием стрессора и адаптивностью, т. е. способностью человека адаптироваться к данному воздействию: стресс = давление – адаптивность.

10. *Теория развития стресс-реакции по Г. Н. Кассилью.*

Исследуя эмоциональный стресс, Г. Н. Кассиль отмечает, что возбуждение коры головного мозга передается в высший регулятор нейроэндокринной системы, где осуществляется выработка норадреналина (НА) из нервных клеток и его переход в свободную, активную форму. Активируя норадренэргические элементы (НАЭ) лимбико-ретикулярной системы, норадреналин активизирует симпатические центры и тем самым усиливает ее функции. Это ведет к усиленному выбросу адреналина (А) из надпочечников. Кровь насыщается адреналином, который через гемато-энцефалический барьер (ГЭБ) проникает в определенные участки лимбико-ретикулярной системы и гипоталамуса. Происходит активация адренэргических элементов (АЭ) центральной нервной системы и одновременно возбуждение серотонинэргических (СЭ) и холинэргических (ХЭ) элементов мозга.

Активность данных элементов стимулирует (+) образование рилизинг-фактора (Р), который через гипофиз поставляет в кровь адренокортикотропный гормон (АКТГ). Благодаря этому кора надпочечников начинает усиленно вырабатывать кортикостероиды (КС); содержание их в крови нарастает.

Далее кортикостероиды попадают в гипоталамус, преодолевая гемато-энцефалический барьер и тормозят (–) формирование рилизинг-фактора, из-за чего их содержание в крови уменьшается.

Если же стресс-факторы оказывают длительное воздействие и угрожают жизни, то кортикостероиды связываются с транскортином (Т) – особым белком крови. Таким образом соединение кортикостероидов + Т задерживается гемато-энцефалическим барьером.

При этом мозг перестает получать информацию о содержании кортикостероидов в крови, что нарушает закон обратной связи и приводит к расстройству регуляции функций.

Здесь нужно задать вопрос: когда же и почему наступает третья стадия стресса – стадия истощения?

Уже давно известно, что при повторяющихся однотипных состояниях стресса, например, при волнениях, связанных с выполнением служебных обязанностей сотрудников ОВД, при бытовых неурядицах, при напряженной работе, при вновь и вновь возникающих опасностях, образование и выделение катехоламинов в организме уменьшается. Он как бы привыкает к определенному виду стресса. Кортикостероиды, накопившиеся в крови и обеспечившие приспособление организма к тому или другому стрессору, сигнализируют в гипоталамус о своем присутствии, проникая в его клетки через гемато-энцефалический барьер. Получение соответствующей информации включает «рубильник» обратной связи – и это ведет к снижению образования рилизингов, ослаблению активности гипофиза, падению уровня кортикостероидов в крови. Обычно химическая буря, возникшая под ударами стрессора не слишком сильного и длительного, постепенно затихает. Зыбкое, постоянно колеблющееся равновесие в организме возвращается к исходной, более или менее устойчивой, наиболее приемлемой и выгодной для данной ситуации величине.

Однако если сила стрессора перешла физиологические границы, когда он длится слишком долго и страдание становится

невыносимым, а болезнь неизлечимой, наступает момент, когда организм теряет способность справиться с лавиной возрастающих требований. Нарушается последовательность реакций, где-то рвется цепь: катехоламины – гемато-энцефалический барьер – рилизинги – АКТГ – кортикостероиды. В каком-то месте не срабатывает обратная связь, разлаживается взаимодействие между нервными и химическими механизмами. Тогда-то и начинается третья фаза стресса – стадия истощения. Здесь кроется начало так называемой болезни адаптации. Истощение распространяется постепенно на нервную и эндокринную системы, на сердце, сосуды, легкие, органы пищеварения, и это станет непосредственным источником разных болезней.

3.2. Психофизиологическая модель стресса

Причиной стресса человека могут стать как биологические стрессоры (например, вирус), окружающая среда (например, температура воздуха) и т. п., так и психологические стрессоры: проблемы снижения самооценки, потеря любимого человека, одиночество, подготовка к экзамену и другие стрессоры такого рода.

В обоих случаях они воспринимаются нашим сознанием и преобразуются в мозге, а мозг, в свою очередь, приказывает всему организму справиться с данным стрессором.

Изучая анатомию и физиологию центральной нервной системы, мы узнали, что *промежуточный мозг* отвечает за множество функций, включая и регуляцию эмоций. Он состоит из таламуса и гипоталамуса. Таламус передает сенсорные импульсы из других частей нервной системы в кору мозга. Гипоталамус – ключевая структура стрессовой реактивности, главный активатор автономной нервной системы, которая контролирует такие основные физиологические процессы, как гормональный баланс, температура тела, сужение и расширение кровяных сосудов.

Как отмечает Дж. Гринберг, «лимбическая система – это седалище эмоций». Она состоит из таламуса и гипоталамуса (т. е. промежуточного мозга) и других структур, играющих важную роль в психологии стресса.

Лимбическая система связана с промежуточным мозгом и несет первичную ответственность за эмоции и их проявление в поведении. Она отвечает за проявление таких эмоций, как страх, тревожность и радость в ответ на физические и психофизиологические раздражители»¹.

Изучая индивидуальную устойчивость к стрессу, Б. Б. Велличковский дает многомерную оценку эмоциональным реакциям, контролируемым нервной системой, объясняя их происхождение, прежде всего, гормональным. Так, например, гнев активизирует реакции парасимпатической нервной системы, страх воздействует на функции симпатической нервной системы, а при эмоции, вызванной отвращением, активизируется деятельность и той, и другой систем.

Дж. Гринберг отмечает: «*Кора головного мозга* (называемая серым веществом) контролирует абстрактные функции высшего порядка – речь и рассуждение. Кора мозга также регулирует деятельность низших структур мозга. Например, промежуточный мозг передает страх, а кора включает функцию рассуждения, чтобы распознать стимул и убедиться в его безопасности и таким образом преодолеть страх.

Наконец, существует еще так называемая *ретикулярная формация* (РФ). Исследователи мозга пришли к убеждению, что между корой и подкоркой существуют нервные связи, по которым информация передается в обоих направлениях. Эту нерв-

¹ Гринберг Дж. Управление стрессом / [пер. с англ. Л. Гительмана, М. Потаповой]. 7-е. изд. М. : Питер, 2002. С. 22.

ную сеть, которая называется РФ, по праву можно считать связующей нитью между телом и сознанием»¹.

Еще одной важной системой стрессовой реактивности нашего организма является *эндокринная система* (железы внутренней секреции, отвечающие за выделение гормонов: гипофиз, эпифиз, щитовидная железа, надпочечники, поджелудочная железа, яичники, тимус).

При стрессовой реактивности начинают вырабатываться важнейшие глюкокортикоидные и минералокортикоидные гормоны *кортизол* и *альдостерон*.

Гормон стресса кортизол увеличивает уровень сахара в крови, чтобы подготовить нас к борьбе или бегству, т. е. к борьбе со стрессором.

Другая функция кортизола – снижение количества лимфоцитов (уничтожителей инородных субстанций), что ухудшает деятельность иммунной системы, а это, в свою очередь, влияет на риск заболеваемости.

Другой гормон – альдостерон влияет на деятельность сердечно-сосудистой системы путем повышения артериального давления (происходит увеличение всего объема крови, кислород и питательные вещества в ускоренном режиме доставляются к нашим органам-исполнителям, конечностям. Под воздействием альдостерона показатель верхнего давления (сиастолы) может повыситься до 18–20 мм рт. ст.

При стрессовой реактивности другой орган – мозговое вещество надпочечников – вырабатывает катехоламины: адреналин и норадреналин. Под их воздействием:

- 1) учащается сердцебиение;

¹ Гринберг Дж. Управление стрессом. С. 23.

2) происходит расширение бронхов и усиление потребления кислорода;

3) увеличивается выброс крови из сердца;

4) расширяются коронарные сосуды;

5) происходит ускорение метаболизма;

6) кровеносные сосуды сужаются в мускулах.

Щитовидная железа под воздействием гормона гипофиза ТТГ активируется и начинает вырабатывать *тироксин*.

Под воздействием тироксина:

1) учащается метаболизм;

2) учащается дыхание и сердцебиение, что приводит к повышению артериального давления;

3) происходят изменения в желудочно-кишечном тракте;

4) увеличивается содержание свободных жирных кислот;

5) увеличивается биосинтез глюкозы;

6) усиливается тревожность.

Таким образом, после активизации основных систем эндокринной системы под влиянием гормонов стресса организм мобилизуется для активного физического действия в сложившейся ситуации.

3.3. Связь стресса с познавательной деятельностью, эмоциями и действиями человека

У человека и высокоорганизованных животных состояние стресса равнозначно состоянию отрицательных эмоций, протекающих на фоне повышенной физиологической активности. Аналогичное понимание стресса наблюдается у многих авторов, предлагающих свои толкования понятия «стресс», которых объединяет наличие в трактовке негативных стимулов в развитии защитных реакций организма.

Так, Ю. Г. Чирков (1988) указывает на то, что стресс – это угроза, беда, напасть; Р. Лазарус (1966) расценивает угрозу как предвосхищение человеком будущего столкновения с какой-то опасностью и считает ее ключевым механизмом развития эмоционального стресса; В. В. Суворова (1975) определяет стресс как чрезвычайное состояние, которое необходимо преодолеть, из которого надо выйти; Ю. Б. Абрамов и М. А. Уколова (1973) считают, что стресс – это приспособительная реакция по отношению к сильным угрожающим жизни раздражителям, и возникает он в конфликтных ситуациях, в которых животное и человек не имеют возможности удовлетворять свои потребности; А. В. Вальдман с соавторами (1979) склонны понимать эмоциональный стресс как реакцию организма на угрозу, которая воспринимается дистантно, вызывает соответствующее эмоциональное отношение к данному воздействию, что является запускающим процессом подготовки организма к возможным последствиям, а также как личную реакцию на аверсивный (негативно оцениваемый) сигнал, имеющий вид целостной, динамично развивающейся функциональной системы.

Доктор Харольд Вольф, проводя исследования среди военнопленных в период Второй мировой войны, обнаружил такую закономерность: в германских концлагерях из 100 военнопленных лишь один умирал до освобождения, тогда как в японских лагерях из 100 военнопленных 33 человека до освобождения не доживали. Несмотря на то, что условия содержания военнопленных в концлагерях были приблизительно одинаковыми, Вольф обнаружил преобладание уровня эмоционального стресса в японских лагерях, отметил, что условия японских лагерей были более ужасными и деморализующими из-за постоянных издевательств над пленными, что порождало сильнейший эмоци-

ональный стресс. Этим и объяснялась существенная разница в смертности у заключенных.

Стрессовые реакции связаны с познавательной деятельностью, эмоциями и действиями человека. Поведение человека в стрессовой ситуации зависит от многих условий, но прежде всего – от его психологической подготовки, включающей умение быстро оценивать обстановку, навыков мгновенно ориентироваться в неожиданных обстоятельствах, волевой собранности и решительности, опыта поведения в аналогичных ситуациях. Стресс может оказывать как мобилизующее, так и угнетающее влияние.

Согласованность эмоциональных и когнитивных элементов психики предполагает высокий уровень осознанности собственных состояний и последующую регулятивную деятельность, обеспечивающую волевой выбор соответствующей стратегии поведения.

В первой лекции Р. Лазарус назван нами основоположником когнитивной теории стресса. В основе данного подхода лежит субъективная познавательная оценка существующей или предполагаемой угрозы, возможных неблагоприятно воздействующих стресс-факторов, а также наличие ресурсов к преодолению стресса. В данном случае угроза проявляется в виде ожидания или предположения человеком вредного или нежелательного влияния внешних факторов и негативных стимулов.

Негативные свойства стимула, способные нанести вред организму, как отмечает Р. Лазарус, оцениваются по таким параметрам, как интенсивность, степень неопределенности и неизвестности стимула, время воздействия, ресурсы, которые характеризуют основные структурные компоненты личности и возможности преодоления стрессовых ситуаций¹.

¹ Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л. : Медицина, 1970. С. 141.

Р. Лазарус высказал предположение о том, что «адаптация к среде определяется эмоциями. Качество и интенсивность эмоции и результирующее поведение зависят от когнитивной оценки значимости реального или антиципирующего взаимодействия со средой, определяемой исходя из благополучия личности»¹.

В ходе поиска отличительных признаков психологического стресса от физиологического Р. Лазарус обращает внимание на то, что «психологические механизмы должны иметь отличный характер от физиологических, относясь к психологическим, а не физиологическим процессам. Мы можем искать формальные параллели и взаимосвязи, но процессы не являются тождественными, и мы не можем объяснить зависимость в одной системе, используя понятия, изобретенные в другой»².

Когнитивные процессы, имеющие психологическую основу, детерминируют стресс-реакции. Например, оценка человеком мнимой, не существующей угрозы, которая может представлять собой предвосхищение возможных и опасных последствий конкретной ситуации.

Оценка угрозы посредством анализа ее значения для ситуации, отношения к ней имеет достаточно сложный характер, так как осуществляется как на уровне простых перцептивных функций, так и на уровне когнитивных процессов.

Угроза как главный источник психического стресса в концепции Р. Лазаруса появляется в трудных и экстремальных условиях деятельности. Механизм действия начинается в тот момент, когда угроза запускает защитный механизм, вызывающий у человека разные эмоциональные состояния. Такие механизмы, как отрицание, преодоление или принятие, призваны

¹ Лазарус, Р. Совладание (coping) // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб. : Питер, 2003. С. 11–22.

² Там же.

регулировать вредоносные воздействия угрозы и опасности. Это зависит от двух факторов: ситуационных (стимулы, время и т. д.) и личностных (интеллектуальные способности, мотивы и цели, наличие опыта защитных стратегий и реакций, намерения, убеждения, сдерживающие от принятия решений, и т. д.). В то же время в своей теории Р. Лазарус не раскрывает механизмы осуществления этой зависимости, не говорит об условиях возникновения ситуации, в которых включается защитный механизм. Другой значимой частью его концепции является ориентированность на экзистенциальные основы личности, ее неповторимость, личностные особенности, индивидуальные свойства и качества при оценке факторов риска и угрозы.

Рассмотрев данную теорию, можно сделать два вывода:

1) одно и то же внешнее событие для одних людей может быть стрессовыми, а для других – нет. Это зависит от того, как они в умственном плане оценивают влияние внешних событий. От этого и зависит значимость стрессового события;

2) одно и то же событие для людей в одном случае может быть стрессовым, а в другом – обычным. Это зависит от физиологических изменений в организме или от психического статуса человека.

Выделяя ведущую роль когнитивных процессов в развитии стресса, можем отметить ключевые моменты теории Р. Лазаруса:

1) развитие стрессовых механизмов зависит от самой личности, когнитивных процессов в организме, от субъективной оценки психического отражения факторов стресса;

2) способность с позиций прошлого опыта к оценке и преобразованию информации в зависимости от ее значимости, неопределенности факторов, интенсивности воздействия;

3) индивидуальные и личностные различия людей определяют их различную оценку опасности и степени угрозы стресс-стимулов.

Как отмечает Р. Лазарус, когнитивная теория строится на основе отношений между здоровьем субъекта и стрессом, которые тесно взаимосвязаны и зависят друг от друга.

Резюмируя вышесказанное, нужно отметить, что:

1) у человека, находящегося в определенных стрессовых ситуациях и разных адаптационных условиях, постоянно будет меняться взаимодействие с окружающей средой;

2) данная взаимосвязь становится стрессовой тогда, когда у субъекта высока мотивация и заинтересованность в достижении личных целей, что имеет большое значение при достижении результатов;

3) причиной психологического стресса становится то, *как* субъект оценивает внешние воздействующие факторы, вызывающие чрезмерное напряжение его сил, и сопоставляет возможности своих ресурсов.

Когнитивный субсиндром стресса характеризуется определенными, в зависимости от стадий развития стресса, изменениями познавательных процессов (восприятие, внимание, мышление и др.), а также процессов самосознания (Я-образа, самооценки), осмысления действительности, памяти и т. д.

Список литературы

1. Александров, Ю. И. Психофизиология / Ю. И. Александров. – СПб., 2006. – 326 с.

2. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров ; Российская академия наук, Институт психологии. – М. : Ипран, 1995. – 136 с.

3. Величковский, Б. Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Б. Б. Величковский. – М., 2007. – 27 с.
4. Гринберг, Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг ; [пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова]. – 7-е. изд. – М. : Питер, 2002. – 495 с.
5. Кассиль, Г. Н. Внутренняя среда организма / Г. Н. Кассиль. – М. : Медицина, 1983. – 224 с.
6. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса : психологическая антропология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Академический проект, 2009. – 943 с.
7. Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process / R. S. Lazarus. – New York : McGraw-Hill, 1966. – 466 p.

Лекция 4

Стресс и профессиональная деятельность. Подходы к систематизации стрессоров

Учебные вопросы:

- 4.1. Понятие о профессиональном стрессе.
- 4.2. Профессиональный стресс и причины его развития у сотрудников ОВД.
- 4.3. Феномен профессионального выгорания.

4.1. Понятие профессионального стресса

Стресс применительно к профессиональной деятельности определяют как одно из множества состояний физического или психологического напряжения в ответ на неблагоприятные условия и факторы профессиональной деятельности.

Так, к примеру, профессиональный стресс сотрудника ОВД будет зависеть от его стрессоустойчивости, а также психических состояний в процессе выполнения им служебных задач.

При этом особое внимание стоит уделять организации и условиям профессиональной деятельности, формам ее осуществления, социально-психологической структуре группы, содержательной стороне выполняемых задач и особенностям профессии. К примеру, есть такие профессии, которые изначально являются стрессогенными.

Как было сказано выше, стресс является не только ответной реакцией на физические факторы, но и результатом взаимодействия личности с окружающей социальной средой. В этом смысле мы рассматриваем его в рамках когнитивных процессов, связанных с оценкой, в том числе собственных ресурсов, прогнозированием, мыслительными процессами, степенью владения знаниями, навыками и умениями, выбором решения в области стратегии поведения.

Проблема психологического стресса в профессиональной деятельности и социальной жизни человека особенно активно стала изучаться у нас в стране и за рубежом в конце прошлого столетия. Это связано с рядом обстоятельств:

1) с распространением концепций биологического стресса и появлением фундаментальных и обзорных работ по проблемам влияния экстремальных факторов деятельности на функциональное состояние и работоспособность человека;

2) непрерывно возрастающим вниманием к изучению человеческого фактора, особенностей психических процессов, свойств и состояний личности специалистов ответственных, вредных и опасных профессий в связи с усложнением техники и содержания профессиональных задач, условий и организации трудового процесса и относительным увеличением роли психологических причин в снижении эффективности и безопасности труда, сокращении профессионального долголетия и возникновении психосоматических заболеваний;

3) существенным повышением уровня общей тревожности, напряженности, беспокойства у значительных категорий людей под влиянием природных бедствий (землетрясений, наводнений и т. п.), техногенных катастроф (взрывов, аварий на транспорте, промышленных объектах), региональных и межнациональных конфликтов, локальных войн и террористических актов, связанных с гибелью людей, массовым физическим и психическим травматизмом.

Данные обстоятельства приводят к различным нарушениям психического состояния как под непосредственным воздействием на человека, так и при предположении возможности такого воздействия, а также последствий.

Всемирная организация здравоохранения считает профессиональный стресс болезнью XXI в., объясняя это тем, что

стресс проявляется уже во многих «опасных» профессиях и принимает во всем мире характер глобальной эпидемии.

В последние годы стресс в профессиональной деятельности становится все более актуальной темой психологических и медицинских наук. Накопленные научно-теоретические исследования и практический опыт в области стресса жизни, посттравматических расстройств, профессиональной деятельности и т. п. характеризуются зачастую противоречивостью, многоаспектностью теорий, сложностью методологии, иногда недостаточностью системного и концептуального подхода к изучению данного психологического феномена.

Негативное влияние стресса на профессиональную деятельность (нарушения в трудовой деятельности, сложности социально-психологической адаптации и адаптации к профессии), развитие различных видов девиантного поведения (делинквентное, аддиктивное, иногда патопсихопатологическое), профессиональная и личностная деформация, проблемы, связанные с физическим и психическим здоровьем, стали основными разработками и научными изысканиями многих ученых, которые были направлены на разработку методик, техник и программ по формированию стрессоустойчивости, регуляции негативных эмоциональных состояний, выработке эффективных стратегий поведения. Этим объясняется прикладной характер многих исследований профессионального стресса.

Таким образом, профессиональный стресс предлагается рассматривать как многообразный феномен, проявляющийся в различных видах реакций (в виде психических и физических) на сложные, трудные и экстремальные ситуации деятельности человека.

В Международной классификации болезней¹ имеется отдельная рубрика, посвященная профессиональному стрессу.

В новой редакции МКБ-11 (11-го пересмотра) синдром профессионального выгорания под кодом QD85 «Переутомление» выделен также в отдельный подкласс «Факторы, влияющие на состояние здоровья» и, особо отметим, в блок «Проблемы, связанные с занятостью и безработицей»². Он характеризуется тремя измерениями: чувство истощения или снижения энергии; увеличение умственной отстраненности от работы или чувства негативизма или цинизма; снижение профессиональной эффективности.

Основными причинами профессионального стресса многие специалисты считают ненормированный рабочий день и перегрузку на работе, размытость и недостаточно четкую регламентированность должностных обязанностей, нетактичность и конфликтность в отношениях с сотрудниками, монотонную и однообразную деятельность, отсутствие перспектив служебной карьеры. Есть и другая сторона, способная приводить к стрессовому состоянию сотрудников: недостаточная занятость, отсутствие четких целей и возможностей в реализации способностей и профессионального потенциала.

Немаловажное влияние на формирование профессионального стресса оказывают физические условия деятельности: низкое качество освещения, отсутствие вентиляции, температурный режим, отсутствие удобств в помещении, посторонние шумы и др. Косвенное или прямое влияние будут оказывать также

¹ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (принята 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения (МКБ-10). URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71479>.

² Там же.

чрезмерный избыток информации или, наоборот, ее нехватка, отсутствие времени (на принятие решения, выполнение задач) и др.

В своих исследованиях психологи Манчестерского университета выявили риск возникновения психических заболеваний и алкоголизма у испытуемых от профессиональных стрессов, на основе чего составили шкалу стресса.

Уровень развития стресса они определяли по сердечно-сосудистым и другим психосоматическим заболеваниям, проявлению алкоголизма, частоте разводов в семьях, попаданию в аварии и дорожно-транспортные происшествия людей разных профессий. Максимальная шкала опасности профессионального стресса составляла 10 баллов.

В итоге, по влиянию и степени факторов риска на первой позиции профессионального стресса оказались шахтеры – 8,2 балла, у полицейских этот показатель составил 7,8 балла.

Летчики и пилоты самолетов, журналисты – по 7,5 балла, строители – 7,4 балла. Также достаточно высокий показатель риска развития физических и психических заболеваний оказался у политиков, актеров и общественных деятелей.

Специалистами, страдающими алкоголизмом, по исследованиям стали врачи и журналисты. Наименее стрессовая профессия оказалась у сотрудников библиотек – 2 балла.

У американских исследователей в области стрессогенных профессий наиболее склонными к заболеваниям оказались люди обычных профессий, такие как секретари, руководители и менеджеры, различные инспекторы, лаборанты и др. Отсутствие в этом списке стрессогенных профессий (таких как полицейские, пожарные, шахтеры) объясняется, прежде всего, тем, что данные категории работников реже жалуются на свои проблемы на работе и дома.

Интересны также показатели степени риска развития стресса профессиональной деятельности в исследованиях, проведенных Американским институтом исследования стресса: лидирующие позиции занимают учителя, полицейские и шахтеры.

Такие различия в показателях объясняются возрастанием уровня профессионального стресса из-за нескольких факторов:

- 1) постоянного психологического давления.
- 2) отсутствия возможности свободы выбора, альтернативных возможностей в принятии решений;
- 3) материальной и моральной неудовлетворенности своей профессией, невозможности самореализации.

Определить, что сотрудник в ходе выполнения своих функциональных обязанностей находится в состоянии стресса, можно через эмоциональные, физические и поведенческие признаки (табл. 4.1).

Таблица 4.1

**Эмоциональные, физические
и поведенческие признаки стресса**

Эмоциональные	Физические	Поведенческие <i>(проявляются при взаимодействии человека с окружающим миром)</i>
Тревожность; агрессивность; беспокойство; раздражительность; плаксивость; состояние апатии; вялость; повышенная утомляемость; потеря контроля	Слабость; хроническая усталость; нарушение сна; проблемы дыхания; повышенная потливость (сухость кожи); аллергические реакции	Нарушения в концентрации (внимания, выполнении действий); ослабление памяти сложности сосредоточения; сложности в принятии решений

Окончание табл. 4.1

Озабоченность; повышенная возбудимость; чувство беспомощности; нервозность	Ослабленный иммунитет; отсутствие аппетита; изменения веса; нарушения артериального давления; нарушения частоты сердечного ритма; болевые ощущения; психосоматические болезни	Злоупотребление алкоголем, табакокурением; невнимание к своему внешнему виду; навязчивые движения
---	--	--

Таким образом, стресс, оказывая влияние на наше физическое и психическое здоровье, эффективность деятельности, может привести к негативным последствиям в виде:

- 1) снижения работоспособности и ухудшения показателей;
- 2) снижения адаптационных возможностей и дезадаптации организма;
- 3) деформации личности (девиации в поведении сотрудника, переживания одиночества, депрессивные состояния, хроническая усталость, профессиональное выгорание);
- 4) проблем физиологических механизмов и психосоматики (гипертоническая болезнь, сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт, инсульт), язвенная болезнь желудка, раковые болезни и др.). Связь между стрессогенными факторами и возникновением болезней, связанных с ними, детально изучается в рамках психосоматики (более подробно в лекции 6).

Многообразие теорий и концепций профессионального стресса в психологии требует от исследователя выбора определенной позиции в понятии стресса и его операционализации.

Всестороннее изучение ныне существующих теорий профессионального стресса позволяют объединить их в три направления для анализа и дальнейшего исследования (рис. 4.1).

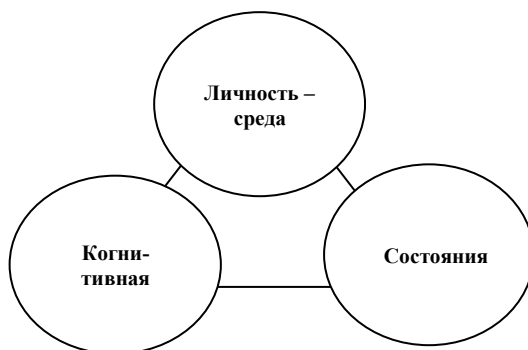


Рис. 4.1. Теории профессионального стресса

Концепция *личность – среда* предлагает рассматривать стресс через нарушения гомеостаза (баланс между стресс-факторами и личностными ресурсами).

В *когнитивном подходе* стресс рассматривается как причина формирования индивидуально-личностных особенностей адаптации к сложным, трудным, а также экстремальным условиям деятельности путем оценки ситуации и распределения внутренних ресурсов в преодолении затруднений (стресс-преодолевающее поведение, копинг-стратегии).

Подход *парадигма состояний* рассматривает стресс как особое состояние организма человека, связанное с изменениями в деятельности и поведении посредством механизмов регуляции.

Среди исследований жизненных событий как факторов стресса и типов стрессогенных профессий появляются исследования и ролевого стресса. Классический пример исследования специфического стресса рабочего места – работы А. М. Роуза по изучению профессии авиадиспетчеров. Задачи слежения

за мониторами вызывают значительный стресс, поскольку требуют больших усилий для поддержания бдительности. Подобные исследования сосредотачивались на изучении роли окружающей среды как источника стресса, независимо от характеристик и жизненных обстоятельств индивида.

Более поздние работы в исследовании профессионального стресса продолжали концентрироваться на теориях, основывающихся на взаимодействии между личностью и средой. Хорошим примером такого исследования является работа С. Каррере о деятельности водителей городских автобусов с выявлением у них высокого уровня стресса. Водителю не только приходится ежедневно иметь дело с напряженным городским движением и транспортными пробками, но и вступать в контакт с часто враждебной и даже опасной публикой, при этом соблюдать очень жесткое расписание с суровыми штрафами за опоздание. Не все водители реагировали на стресс одинаково – в частности, личности с поведением типа А воспринимали свое рабочее окружение как более стрессовое и имели более высокие уровни гормона стресса и катехоламинов в моче.

Центральным в литературе о профессиональном стрессе является понятие контроля (т. е. оценки и коррекции) способов и результатов деятельности. В работах Р. А. Карасик, посвященных созданию общей теории стресса рабочего места, на основании исследований проблемы контроля выдвинута гипотеза о том, что переживание стресса возникает при взаимодействии между двумя факторами – ответственностью и контролем («широта работы» и «психологические требования»). Высокую напряженность несет такая работа (профессия), в которой индивид при большой ответственности имеет недостаточный контроль за способами и результатами выполнения заданий. Исследователь считает, что «активные» профессии предъявляют

бóльшие требования, но также дают бóльшую степень контроля (врачи, адвокаты, руководители). Есть профессии с высоким уровнем контроля, но относительно низкими требованиями (или требованиями с отставленной реализацией) – ученые, архитекторы, ремонтники – они считаются наименее стрессовыми. Пассивные профессии (сторожа, вахтеры) дают мало возможностей для контроля, но предъявляют и низкие психологические требования к работнику.

Подводя итог, нужно отметить, что протекание стресса как эмоционального и психофизиологического феноменов неразрывно связано также с профессиональной деятельностью личности сотрудников ОВД. Стрессовые состояния существенно влияют на эффективность деятельности сотрудников ОВД в ходе выполнения ими служебных задач, способствуют возникновению негативных эмоциональных и депрессивных состояний, различных психосоматических заболеваний, что может привести к профессиональному выгоранию.

4.2. Профессиональный стресс и причины его развития у сотрудников органов внутренних дел

Основная часть существующих теорий и подходов к исследованию профессионального стресса предлагает рассматривать его через психологические факторы (выраженность и степень проявлений профессионального стресса у конкретного сотрудника в эмоционально-волевой сфере в зависимости от личностного опыта) и факторы социальной природы (организационное взаимодействие, межличностные отношения сотрудников в ОВД). Данные факторы позволяют нам классифицировать профессиональные стрессы по ряду оснований:

1. Производственные (условия труда, обеспеченность материальными и техническими средствами, освещение и др.).

2. Функциональные (цели и мотивы деятельности, уровень профессиональной подготовленности, наличие опыта, занимаемая должность, ролевой статус, морально-психологический климат, социальная ответственность и др.).

3. Организационно-структурные (организация управления, структура отдела или подразделения, основные функции, субординации, кадровая политика, разделение труда, межличностные отношения начальника с подчиненными, конфликты).

4. Личностные (мотивация, целеустремленность, удовлетворенность результатами труда, особенности психических свойств и состояний сотрудника, эмоциональная устойчивость, личностная самооценка и др.).

Ю. В. Щербатых факторы стресса разделяет на *объективные* и *субъективные*¹. Объективные связаны с условиями деятельности, производственной средой, чрезвычайными ситуациями на работе. Данные факторы способны развивать биологический стресс, который в определенный момент может перейти в психологический. Например, у сотрудников ОВД, выполняющих служебные задачи в зоне специальной военной операции. Вторая группа – субъективные факторы, которые состоят из двух основных разновидностей стрессов: *межличностные* и *внутриличностные*. Источниками стресса, возникающими в межличностных отношениях, могут быть вертикальные (субординация) и горизонтальные отношения. К внутриличностным Ю. В. Щербатых относит стрессы самой личности сотрудника, профессиональные, а также стрессы, связанные со здоровьем сотрудника, его хроническими заболеваниями.

¹ Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб. : Питер, 2006.

Б. В. Овчинников и А. И. Колчев в профессиональном стрессе выделяют четыре универсальные группы факторов: физиолого-гигиенические, коммуникативные, информационные, эмоциогенные¹ (табл. 4.2).

Таблица 4.2

Факторы стресса

Факторы	Рассматриваемые позиции	Краткая характеристика
<i>Физиолого-гигиенические</i>	Обитаемость; ритмичность	Вредные факторы служебной деятельности. Соотношение функций вегетативной нервной системы с биоритмами организма
<i>Коммуникативные</i>	Вертикальная структура; горизонтальная структура	Формальные отношения в системе подчиненности. Неформальные отношения с сотрудниками и клиентами
<i>Информационные</i>	Алгоритмизация; эвристичность	Последовательность и упорядоченность операций. Объем творческого компонента труда
<i>Эмоциогенные</i>	Ответственность; опасность	Мера влияния на судьбы других людей. Степень риска для своего здоровья и жизни

¹ Овчинников Б. В., Колчев А. И. Профессиональный стресс и здоровье // Психология профессионального здоровья : учебное пособие / под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Речь, 2006.

Стрессоры, непосредственно или косвенно участвующие в организации эмоционально-стрессовой реакции у человека, разделяются на четыре группы:

1. Стрессоры активной деятельности:

а) экстремальные (опасные условия служебной деятельности, служебно-оперативные действия, связанные с риском, космические полеты, подводные погружения, прыжки с парашютами и т. п.);

б) производственные (высокая ответственность, временные требования, сложные технологии);

в) личностные мотивы (сдача экзаменов, ответственный доклад, конкурсы и соревнования).

2. Стрессоры оценок (оценка предстоящей, настоящей или прошедшей деятельности):

а) «старт»-стрессоры и стрессоры памяти (предстоящие состязания, медицинские процедуры, воспоминание о пережитом горе, ожидание угрозы);

б) стрессоры побед и поражений (победа в соревновании, успех в искусстве, любовь, поражение, смерть или болезнь близкого человека);

в) стрессоры зрелищ.

3. Стрессоры рассогласования деятельности:

а) стрессоры разобщения (конфликты в семье, на работе, в квартире, угроза или неожиданное, но значимое известие);

б) стрессоры психосоциальных и физиологических ограничений (сенсорная депривация, мускульная депривация, заболевания, ограничивающие обычные сферы общения и деятельности, родительский дискомфорт, голод).

4. Физические и природные стрессоры: мышечные нагрузки, хирургические вмешательства, травмы, темнота, сильный звук, качка, высота, жара, землетрясение.

Н. В. Самоукина предлагает рассматривать профессиональную деятельность в связи с информационными (например, лимит времени, недостаточность информации для принятия решения), эмоциональными (наличие реальной или мнимой опасности) и коммуникативными (конфликтные взаимоотношения, неконструктивное общение) стрессами¹.

Кроме того, частыми причинами профессиональных стрессов Н. В. Самоукина называет:

- 1) стремление к достижениям;
- 2) конкурентную рабочую среду;
- 3) страхи и переживания за совершаемые ошибки;
- 4) когнитивные и языковые особенности, способности в коммуникативной сфере и др.

Из зарубежных теорий и исследований моделей профессионального стресса можно выделить Мичиганскую модель, разработанную в Институте социальных исследований Мичиганского университета США.

Эта модель стресса, вызванного социальным окружением, отражает особенности восприятия человеком факторов этого окружения и его реакций, а также возможные последствия влияния этого состояния на здоровье индивида. Индивидуальные различия и элементы социального окружения могут изменять эти отношения (*рис. 4.2*).

Другая известная модель профессионального стресса предложена Дж. Э. Макгратом (США).

Согласно этой модели источником стресса, как и в модели социального окружения, является объективная (реальная) ситуация, которая посредством механизма ее оценки воспринимается как субъективно отраженная. Эта оценка переходит в фазу принятия решения о проявлении специфической реакции, которой

¹ Самоукина Н. В. Психология профессиональной деятельности : учебное пособие. 2-е изд. СПб. : Питер, 2003.

является, главным образом, сознательное поведение, а не сочетание поведенческих, физиологических и психологических реакций, как в модели социального окружения. Хотя эти две модели согласуются между собой, они отличаются типом конечных результатов (рис. 4.3).

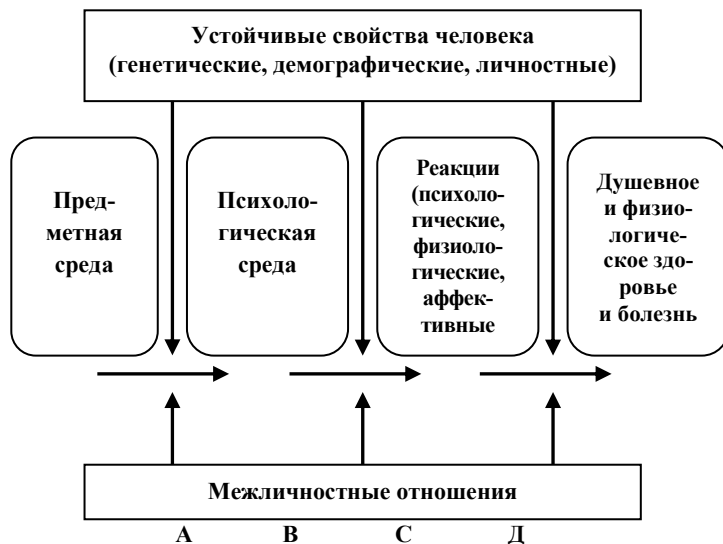


Рис. 4.2. Мичиганская модель стресса

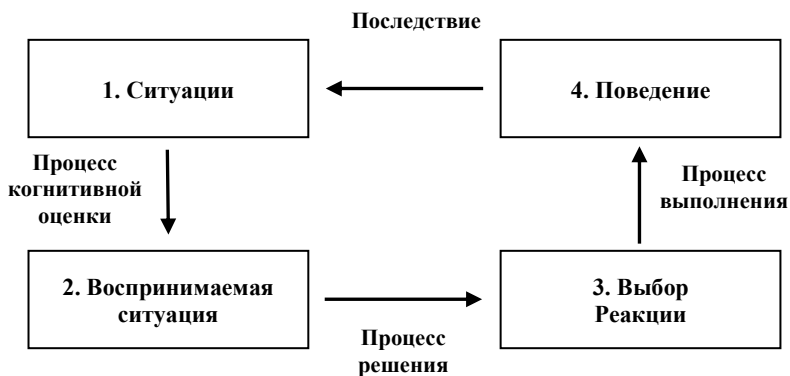


Рис. 4.3. Модель профессионального стресса, предложенная Дж. Э. Макграфом

В русле когнитивного подхода наиболее характерную модель профессионального стресса предложил Глин Хоки (Великобритания). Рассогласование между требованиями деятельности и когнитивными ресурсами субъекта инициирует активность одного из управляющих контуров, обеспечивающих уменьшение рассогласования.

Первый контур включает такие стратегии, как «работать напряженнее» (в краткосрочном, оперативном плане) или приобретение новых навыков (в долгосрочном плане). Это попытки активной адаптации, так как они направлены на снятие рассогласования с помощью управляющего решения усилить использование когнитивных ресурсов.

Два других контура также направлены на снятие рассогласования, но путем изменения оценки уровня требований и (или) целей деятельности (второй контур) или управления внешними условиями труда (третий контур). Последнее возможно только для тех видов трудовой деятельности, где высок уровень субъективного контроля.

Все эти три варианта регуляции стресса характеризуются различными уровнями затрат ресурсов.

В первом случае (прямой когнитивный контроль) деятельность сохраняется на должном уровне ценой возросшего усилия и физиологической активности.

Во втором (когнитивная переоценка) стабильность психического состояния индивида достигается ценой снижения эффективности деятельности.

В третьем (косвенный когнитивный контроль) эффективная деятельность может быть сохранена без дополнительных усилий путем, например, более целесообразного планирования или лучшей организации труда.

Разработка концепции профессионального стресса как проблемной ситуации дана в работах В. Шонпфлуга и рассмотрена А. Н. Занковским. Эта концепция включает два основных компонента: ориентацию и управление.

Представители другого подхода предлагают рассматривать профессиональный стресс через систему оценки профессионального стресса (*Occupational Stress Evaluation Grid*), куда входят такие уровни, как социокультурный, организационный, рабочий, межличностный, психологический, биологический, физический. Такая система позволяет определить формальное и неформальное влияние стрессоров на каждом из перечисленных уровней (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Система оценки профессионального стресса (СОПС, OSEG)

Уровень	Стрессоры	Формальное влияние	Неформальное влияние
<i>Социокультурный</i>	Расизм, сексизм, экологическая нестабильность, экономические кризисы, политические изменения, военные кризисы	Выборы, лоббизм/ политическая деятельность, общее образование, ассоциации предприятий	Искоренение, петиции, демонстрации, миграции, воздействие супруга(и)
<i>Организационный</i>	Налоговая полиция, закрытие предприятий, сокращения, перемещения, автоматизация, перемены на рынке, переподготовка, приоритеты организации	Совместное решение, реорганизация, новый способ управления, консультирование по управлению (на месте работы, переобучение)	Общественная работа, соревнования, стимулы, наем менеджера и связь с сотрудниками, продолжение образования, лунное освещение

Продолжение табл. 4.3

<i>Рабочий</i>	Задача (время, скорость, самостоятельность, креативность), супервизия, сотрудники, эргономика, участие в принятии решений	Встречи с супервизорами, обсуждения, касающиеся здоровья/ безопасности, конфликт в объединении, найм новых сотрудников, уровни качества, перестройка работы, обучение без отрыва от производства	Замедление или ускорение: пересмотр задач, поддержка других рабочих, саботаж, воровство, увольнение, смена работы
<i>Межличностный</i>	Развод, разрыв, проблемы/ в браке, конфликты в семье или с друзьями, смерть или болезнь одного из членов семьи, конфликт поколений, проблемы с финансами или законом, раннее рождение ребенка	Юридическая и финансовая службы, разрешение взять отпуск, консультирование, психотерапия, страхование, семейная терапия, ссуды и кредиты, ежедневная помощь	Поиск социальной поддержки/ совета, поиск правовой/ финансовой помощи, группы самопомощи, каникулы/ больничные, забота о ребенке
<i>Психологический</i>	Неврозы, психические заболевания, беспокойства, аффекты, познавательная деятельность, поведение, неэффективные стратегии копинга	Помощь новым сотрудникам (на дому/ передача дел на месте), консультирование, психотерапия, медикаменты	Поиск поддержки от друзей, семьи, церкви, группы самопомощи, чтение соответствующей литературы

Окончание табл. 4.3

<i>Психологический</i>	Неблагополучная Я-концепция, ограниченность возможностей общения, зависимости	Тренинг супервизорства, группы по управлению стрессом	Самолечение, восстановление, отдых, сексуальная активность, дни «здоровья»
<i>Биологический</i>	Заболевания, инвалидизация, сон, перебои аппетита, химическая зависимость, биохимический дисбаланс, беременность	Обследование при переезде, консультирование, медикаментозное лечение, ликбез по здоровью, помощь новым сотрудникам, декретный отпуск	Смена распорядка сна/ пробуждения, плохое питание, самолечение, косметика, диеты, физические упражнения, консультация врача
<i>Физический (окружающая среда)</i>	Загрязненный воздух, климат, шум, токсические вещества, плохое освещение, радиация, плохое оборудование, плохо спроектированное здание	Защитная одежда/ оборудование, контроль климата, комитет по здоровью и безопасности, внутренняя обстановка, конфликт в объединении	Собственное оборудование и декорирование рабочего места, плейер, радио, консультация личного врача, жалобы

4.3. Феномен профессионального выгорания

С понятием «профессиональный стресс» часто коррелируют такие понятия, как «выгорание», «эмоциональное выгорание», «профессиональное выгорание», «психическое выгорание». В рамках такого многообразия подходов значимым для сотрудника является понятие «профессиональное выгорание», связан-

ное с профессиями экстремального характера, вызывающими истощение организма на таких уровнях, как физический, эмоциональный и когнитивный.

Профессиональное выгорание наступает в результате длительного воздействия на сотрудника негативных эмоций и факторов стресса, что, перейдя в хроническое состояние, приводит к истощению его психологических и энергетических ресурсов.

Опасность выгорания состоит в том, что это не кратковременный преходящий эпизод, а долговременный процесс «сгорания дотла». «Выгорающий» человек начинает испытывать чувство неуверенности в себе и неудовлетворенность личной жизнью. Не находя достаточных оснований для самоуважения и укрепления позитивной самооценки, развития позитивного отношения к собственному будущему и теряя, таким образом, смысл жизни, он старается найти его через самореализацию в профессиональной сфере.

Х. Фреденберг (1974) рассматривает выгорание (*burnout*) как состояние истощения и невозможности, наряду с ощущением бесперспективности на работе и бесполезности.

Сам термин *синдром выгорания* был введен К. Маслах, которая определяла его как «ответную реакцию на длительные профессиональные стрессы, возникающие в межличностных коммуникациях и включающих три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений»¹ (рис. 4.4).

Эмоциональное истощение проявляется через чрезмерное перенапряжение, эмоциональные срывы, приводящие к опустошенности эмоциональных ресурсов.

¹ Серебрякова Т. А. Психология стресса : учебное пособие. Н. Новгород : ВГИПУ, 2007.



Рис. 4.4. Синдром выгорания по К. Маслах

Деперсонализация характеризуется утратой чувств и эмоций, бездушностью в отношениях, ощущением оторванности от происходящего вокруг, потерей собственного «Я».

Редукция личных достижений у сотрудника может проявляться в виде снижения чувства собственной компетентности, неудовлетворенности результатами своей работы, бездеятельности и безразличия к служебной деятельности.

Во многих исследованиях делается акцент на зависимость эмоционального и профессионального выгорания от выбора жизненных стратегий сотрудником.

Высокий уровень выгорания отмечается при наличии у людей пассивных тактик сопротивления стрессу, а личности, занимающие активную жизненную позицию по отношению к стресс-факторам, демонстрируют низкие показатели выгорания.

Исследователями также отмечается, что профессиональному выгоранию способствует экстернальный локус контроля индивидуума, т. е. перенесение ответственности за свою жизнь на внешние факторы.

Симптомы, составляющие синдром профессионального выгорания, условно можно разделить на три основные группы: психофизические, социально-психологические и поведенческие.

К *психофизическим симптомам* профессионального выгорания относятся следующие:

1) чувство постоянной, непроходящей усталости не только по вечерам, но и утром, сразу после сна (симптом хронической усталости);

2) ощущение эмоционального и физического истощения;

3) снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию);

4) общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимии крови и гормональных показателей);

5) частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;

6) резкая потеря или резкое увеличение веса;

7) полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, начиная с четырех часов утра или, наоборот, неспособность заснуть вечером до двух-трех часов ночи и тяжелое пробуждение утром, когда нужно вставать на работу);

8) постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;

9) одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;

10) заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений;

11) возможно, профессиональное выгорание является одной из причин снижения продолжительности жизни, особенно мужчин, в России.

К *социально-психологическим симптомам* профессионального выгорания относятся такие неприятные ощущения и реакции, как:

- 1) безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности);
- 2) повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;
- 3) частые нервные «срывы» (вспышки немотивированного гнева или отказы от общения, «уход в себя»);
- 4) постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности);
- 5) чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);
- 6) чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или человек «не справится»;
- 7) общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «как ни старайся, все равно ничего не получится»).

К *поведенческим симптомам* профессионального выгорания относятся следующие поступки и формы поведения работника:

- 1) ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее – все труднее и труднее;
- 2) заметные перемены в рабочем режиме дня сотрудника (рано приходит на работу и поздно уходит либо, наоборот, поздно приходит на работу и рано уходит);
- 3) постоянное взятие сотрудником вне зависимости от объективной необходимости работы на дом, но ее невыполнение;

4) отказ руководителя от принятия решений, формулирование различных причин для объяснений себе и другим;

5) чувство бесполезности, неверие в улучшения, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;

6) невыполнение важных, приоритетных задач и концентрация на мелких деталях, не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или неосознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;

7) дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;

8) злоупотребление алкоголем, резкое возрастание количества выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств.

Нужно отметить, что особо опасно выгорание в начале своего развития, так как «выгорающий» сотрудник, как правило, не осознает его симптомы. Однако выгорание в этот период легче заметить со стороны.

Как и любую болезнь, выгорание легче предупредить, чем лечить, поэтому важно обращать внимание на определение факторов, способствующих развитию этого явления:

1. Переживание несправедливости как фактор выгорания. Ожидание справедливого отношения к себе, своему вкладу в деятельность компании в сравнении с оценкой вклада других работников.

2. Неудовлетворенность работой как фактор риска выгорания. Привлекательность работы в организации, организационная культура являются сдерживающими факторами в процессе развития синдрома выгорания, ориентируют сотрудника более позитивно по отношению к клиентам. При низкой лояльности к собственной компании она начинает рассматриваться как

противник и происходит дистанцирование работника от организации, в которой он трудится.

3. Возраст, стаж работы, карьерные устремления. Можно отметить следующую зависимость стажа и риска профессионального выгорания: чем выше первый, тем ниже второй. При проведении наблюдения был отмечен следующий факт: большой стаж при неудовлетворенности карьерным ростом приводит к неудовлетворенности работой и, как следствие, способствует развитию профессионального выгорания. Следовательно, большой стаж работы должен положительно соотноситься с возможностью карьерного роста во избежание развития выгорания сотрудника. Влияние возрастной составляющей на процесс выгорания неоднозначно.

4. Личностные факторы риска выгорания. Среди личностных факторов, способствующих выгоранию, можно отметить поведение человека типа «А», предпочитаемые стратегии преодоления кризисных ситуаций. Использование активной стратегии избегания кризисной ситуации соотносится с эмоциональным истощением и деперсонализацией, а использование пассивной стратегии – с развитием эмоционального истощения и редуцией личных достижений. При этом, чем больше степень выгорания, тем чаще применяются пассивные, агрессивные модели преодолевающего поведения.

Умение управлять эмоциональными проявлениями – необходимый навык работников коммуникативных профессий. Однако очень часто стратегия преодолевающего поведения в условиях стресса, частью которой может являться и такое умение, как управление и подавление собственных эмоций, может служить одним из факторов, определяющих вероятность развития психосоматических заболеваний. Для развития синдрома выгорания важно, как работник справляется со стрессом.

Наиболее уязвимыми оказываются те, кто реагирует на стрессовую ситуацию агрессивно, несдержанно, стремясь противостоять во что бы то ни стало, идя на соперничество. Они имеют тенденцию недооценивать сложность стоящих задач и фактор времени.

Стрессогенный фактор способствует развитию у них чувства уныния, подавленности из-за неудачи в достижении желаемого – поведение типа «А». Личностям этого типа характерны две особенности: высокая степень соревновательности и постоянное пребывание в режиме аврала или цейтнота:

1. Ожидания как фактор выгорания. Наиболее подвержены синдрому выгорания молодые, малоопытные сотрудники, завышающие ожидания от профессиональной деятельности. Более старшие по возрасту и опытные сотрудники способны изменить свои ожидания, чтобы они соответствовали реальной ситуации, например, снизив ожидания, касающиеся благодарности клиентов или организационных ресурсов компании.

Последствия синдрома выгорания оказывают влияние на смысл дальнейшей профессиональной деятельности сотрудника, он теряет ощущение смысла жизни и способность к самореализации. В определенных условиях зачастую это может привести и к суицидальным попыткам сотрудника ОВД.

Поэтому важно понимать, что при работе с такими сотрудниками необходимо проявлять сопереживание, эмоциональную эмпатию и поддержку, которые препятствуют деперсонализации, будут дополнительным ресурсом для предотвращения профессионального выгорания.

Список литературы

1. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – Саратов : Пер Сэ : Ай Пи Эр Медиа, 2019. – 528 с.
2. Бойко, В. В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / В. В. Бойко. – СПб., 2009. – 278 с.
3. Бурлачук, Л. Ф. Психология жизненных ситуаций : учебное пособие / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. – М. : Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
4. Караваев, А. Ф. Основы психопрофилактики профессиональной деформации личности сотрудников органов внутренних дел : учебное пособие / А. Ф. Караваев, М. И. Марьин, В. Е. Петров. – Омск, 2007. – 168 с.
5. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса: психологическая антропология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Академический проект, 2009. – 943 с.
6. Леонова, А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. – 2000. – № 3. – С. 4–21.
7. Майсак, Н. В. Профилактика личностных деформаций и деструкций специалистов стрессогенных профессий : учебно-методическое пособие / Н. В. Майсак. – М. : МПСУ, 2012. – 283 с.
8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (принята 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения (МКБ-10). URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71479>.
9. Овчинников, Б. В. Профессиональный стресс и здоровье / Б. В. Овчинников, А. И. Колчев // Психология профессио-

нального здоровья : учебное пособие / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2006. – 480 с.

10. Самоукина, Н. В. Психология профессиональной деятельности : учебное пособие для студентов непсихологических вузов / Н. Н. Самоукина. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2003. – 219 с.

11. Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter. Job Burnout // Annual Review of Psychology. – 2001. – Vol. 52. – Ss. 1. – P. 397–422.

Лекция 5

Личностные корреляты стрессовой реактивности. Проявление стресса в жизни и деятельности

Учебные вопросы:

- 5.1. Стрессовая реактивность в психологии: сущность и содержание.
- 5.2. Роль личностных факторов в негативных последствиях стресса.
- 5.3. Динамика стрессовой реактивности и ее влияние на деятельность и личность.

5.1. Стрессовая реактивность в психологии: сущность и содержание

Одни стресс-факторы профессиональной деятельности или ситуаций, в которых мы оказываемся, воздействуют на наши физиологические системы (например, жара, чрезмерная физическая нагрузка, едкий запах дыма и гари при пожаре), другие влияют на когнитивные процессы (снижение самооценки, депрессии, информационные перегрузки), третьи носят социальный характер (конфликты отношений, проблемы коммуникаций). Однако во всех случаях, по мнению Г. Селье, независимо от типа стресс-фактора наш организм реагирует однотипно, по определенному алгоритму: происходит активизация деятельности таких систем, как гипоталамус, гипофиз, щитовидная и паращитовидная железы, надпочечники, ретикулярной формации, а также других зон головного мозга.

Многие ситуации воздействия стрессоров требуют немедленной физической реакции, чтобы избежать вреда или травмы. Наш организм в процессе эволюции научился реагировать на стрессоры мгновенным изменением психологического состояния, повышением скорости деятельности и приливом сил. Ко-

гда мы сталкиваемся с символическими стрессорами, в нашем организме происходят те же изменения, хотя мы и не пользуемся измененным состоянием психики для дальнейших действий. Однако мы производим так называемую стрессовую продукцию – изменение артериального давления, учащение мышечных сокращений, повышение уровня холестерина в крови и соляной кислоты в желудке. Сигналы от организма мы игнорируем. Результат такой стрессовой реакции, которая становится хронической или затяжной, – различные заболевания.

Как отмечает американский физиолог Уолтер Кэннон, который ввел понятия «стресс» и «гомеостаз» в медицину и психологию, реакция «бей или беги» запускается при активации симпатической нервной системы. Чтобы сделать нас более внимательными и готовыми к действию, эта система заставляет наш организм мобилизовать все имеющиеся энергетические ресурсы.

Реакцию борьбы или бегства также принято называть *стрессовой реактивностью*. Она заключается в увеличении мышечного напряжения, учащении сердцебиения, повышении артериального давления и нервного возбуждения, уменьшении слюноотделения, увеличении содержания натрия, усилении потоотделения, увеличении содержания глюкозы в сыворотке крови, увеличении секреции соляной кислоты в желудке, изменении волновой активности мозга и частых позывах к мочеиспусканию. Такая реакция готовит к быстрым действиям. При этом наш организм вырабатывает вещества, которые в дальнейшем не используются, а это в дальнейшем сказывается на нашем здоровье: чем дольше мы находимся в измененном физиологическом состоянии (длительность) и чем больше это изменение отличается от нормы (степень), тем больше вероятность, что такая стрессовая реактивность обернется для нас болезнью.

Из этих двух показателей – длительность и степень – длительность является наиболее важным. Например, если вы проснулись и обнаружили, что будильник не прозвенел и не разбудил вас, и вы опаздываете на работу, то этот стрессор изменяет ваше физиологическое состояние. Если вы в спешке налили слишком много молока в свою кашу, то этот факт изменит ваше состояние еще больше. Затем вы садитесь в машину и понимаете, что бензин кончился. Череда таких ситуаций и определяет длительность вашего психологического и физиологического состояния.

Другой пример. Вид летящей на вас машины производит более сильное впечатление, чем какой-либо повседневный стрессор, например опоздание на работу. Однако значение имеет длительность временного промежутка, в течение которого тот или иной стрессор действует на вас. Именно этот показатель делает стрессоры наиболее вредоносными.

Определение стрессора является проблемой даже для экспертов в этой области. Так, Дж. Мэйсон описывает стресс, выделяя разные способы употребления самого слова «стресс».

1. Стимул. Это наше определение стрессора.
2. Реакция. Это наше определение стрессовой реактивности.
3. Весь спектр факторов взаимодействия.
4. Взаимодействие стимула и реакции.

Значимый вклад в исследование профессиональных стрессоров внесли зарубежные ученые, такие как И. Барак, А. Ахирон, З. Ротшейн, Ш. Елизар, Д. Хоффельд. Анализируя их исследования, а также другие существующие подходы, имеет смысл определять стресс как *комбинацию стрессора и стрессовой реактивности*. Без этих двух компонентов стресс не существует. Стрессор обладает лишь способностью возбуждать стрессовую реактивность.

Например, двух сотрудников уволили со службы по разным причинам. Для одного сотрудника это событие может стать катастрофой, крахом жизни, т. е. налицо дистресс: «Как и чем я смогу содержать семью? Чем оплачивать взятый кредит?»

Другой сотрудник воспринимает свое увольнение спокойно: «Конечно, несправедливо, что меня уволили. Но я сам уже хотел уволиться, так как несправедливость в отделе, служебная ненормированная нагрузка, отношения с начальством изматывают меня физически и психологически. У меня появится время для отдыха и принятия решения по трудоустройству в нормальной организации».

Как видно из примера, увольнение воспринято первым сотрудником негативно, он начинает переживать, формируя образ неблагоприятных перспектив будущего, тем самым инициируя физиологическое возбуждение.

Второй сотрудник столкнулся с этим же стресс-фактором, но воспринял его как данность и необходимость для отдыха, как мотиватор для поиска такой работы, которая будет приносить удовлетворение. В этом случае у сотрудника отсутствуют негативные эмоции, нет физиологического возбуждения, как при дистрессе.

Как отмечает Селье, стресс не всегда бывает вредным. Положительные ситуации и эмоции в нашей жизни вызывают «эустресс» (например, свадьба, покупка машины, получение нового специального звания сотрудником), который характеризуется позитивной динамикой жизни, приливом бодрости, мотивацией к новым успехам и достижениям.

5.2. Роль личностных факторов в негативных последствиях стресса

Каждый человек наделен множеством черт характера, и каждый характер хоть в чем-то отличается от другого. В то же

время характерологические особенности принято рассматривать через мужскую и женскую психологию, которая имеют особенности в физиологическом, эволюционно-генетическом уровнях развития (так, например, мужскому полу более характерны мужественность, лидерство, агрессивность, доминантность в отношениях, а женскому более типичны женственность, эмоциональность, покорность, сострадательность).

Кроме врожденных типологических особенностей, многие черты характера формируются в процессе обучения, воспитания и развития (социализации) личности.

О. С. Копина, Е. А. Сусллова, Е. В. Заикин, исследуя уровни психоэмоционального напряжения в ходе стресса у людей разных категорий и возрастов, выявили наиболее подверженных к такому воздействию лиц:

- 1) женский пол;
- 2) люди после развода;
- 3) люди в возрасте 40 лет и старше;
- 4) люди с начальным образованием;
- 5) люди пенсионного возраста;
- 6) безработные;
- 7) люди с низкой самооценкой своего здоровья.

Особый интерес представляют исследования организационного стресса, проведенные В. Зигертом и Л. Лангом. Они выделили особые симптомы стресса у сотрудников, связанные со страхами (*табл. 5.1*).

Таблица 5.1

Симптомы стресса, связанные со страхами

Страхи	Симптомы
<i>Совершить ошибку</i>	Неуверенность нового сотрудника на начальном этапе профессиональной деятельности; наличие психических комплексов; неудовлетворенность в отношениях с начальством

Окончание табл. 5.1

<i>Не справиться с работой</i>	<p>Деадаптация; неспособность к планированию и организации служебных дел; нерациональное использование времени; слабые навыки коммуникации и совместной деятельности; физическая усталость; негативные психические состояния</p>
<i>Отставать от других, боязнь быть обойденным</i>	<p>Критическое отношение к продвижениям по службе; несогласие с распределением обязанностей, дополнительными поручениями; уход от работы под разными причинами, бегство в болезнь; состояние апатии; работа с максимальной отдачей</p>
<i>Потерять работу</i>	<p>Отсутствие уверенности; пренебрежительное отношение к себе, не уважение; чувство бесперспективности; конфликты, натянутые отношения с начальством; наличие взысканий</p>
<i>Потерять собственное «Я»</i>	<p>Отчужденность от результатов своего труда; отрешенность от коллектива; безразличие; профессиональная обезличенность; чувство опустошенности</p>

Большой интерес вызывают исследования зарубежных и отечественных ученых, посвященные типам поведения людей (поведение типа «А» (ПТА), поведение типа «Б» (ПТБ) и др.

Это связано, в первую очередь, с тем, что ПТА считают фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (далее – ССЗ), наравне с такими классическими детерминантами, как нервно-психическое напряжение, нарушение липидного обмена, повышенное артериальное давление, курение, наследственная предрасположенность.

По наблюдениям американских кардиологов, если отсутствует поведение этого типа, ишемическая болезнь сердца (ИБС) до 70-летнего возраста встречается очень редко, хотя человек может курить, есть жирную пищу и не делать физических упражнений.

В настоящее время смертность от ССЗ превышает смертность от любых других болезней, включая злокачественные опухоли.

Понятия «личность типа «А» и «поведение типа «А» пришло в психологию личности из психосоматической медицины.

В 1959 г. американские кардиологи Р. Розенман и М. Фридман заметили, что пациенты с коронарной болезнью сердца во время приема, садясь на стул, присаживались на самый его край, при этом их поза демонстрировала стремление как можно быстрее закончить разговор с врачом и уйти. Специальный опрос таких пациентов показал, что торопливость, нетерпение и постоянное ощущение нехватки времени действительно являются стабильной особенностью их поведения. Подобный тип поведения коронарной личности Р. Розенман и М. Фридман назвали поведением типа «А», под которым они понимают «эмоционально-действенный комплекс, который можно наблюдать у человека, вовлеченного в хронический стресс, постоянную борьбу, чтобы достичь большего за короткий промежуток времени, и идущего наперекор другим людям».

Распространенность личностей типа «А» неодинакова в разных социокультурных популяциях и колеблется в пределах от 45 до 76 %. Таких людей больше в городах, чем в селах, их больше также в социально-экономически более развитых регионах (и странах), чем в менее развитых. Объединяя эти две тенденции, следовательно, можно говорить, что максимальная концентрация людей типа «А» будет наблюдаться в городах

социально-экономически более развитых стран, а минимальная – в селах, которые находятся к тому же в слабо развитых регионах.

Поскольку они могли наблюдать большое количество больных, то смогли установить сходство в поведении пациентов с ишемической болезнью сердца с осложнением в виде инфаркта миокарда.

У людей с типом поведения «А» характерологические особенности проявляются через:

- 1) непостоянство и изменчивость напряженного состояния;
- 2) обостренную нетерпимость;
- 3) беспокойство и состояние тревожности;
- 4) соперничество, споры;
- 5) конфликтность, конкурентность;
- 6) упрямство и упорство, стремление к достижению;
- 7) стремление к почестям, славе;
- 8) увлеченность работой (трудоголизм);
- 9) чрезмерную или сверхответственность;
- 10) нахождение в постоянном цейтноте;
- 11) агрессивные отношения;
- 12) повышенную реакцию на воздействующие факторы.

Личностям типа «А» присуща длительная борьба за достижение цели при значительном сопротивлении со стороны. Эти люди никогда не отступают от намеченной цели, несмотря на интенсивность борьбы и неоднократные поражения. Им свойственны отчаянное ощущение нехватки времени, деятельность на износ, перфекционизм, желание добиться успеха сразу во многих областях, неумение отдыхать. Человек с поведением типа «А» часто недоволен собой и строг к себе. Такие люди не обращают внимания на свои недомогания, если нужно, они работают даже тогда, когда плохо себя чувствуют. Им свойственны чрезмерное напряжение мышц лица, торопливость, взрывная речь.

Таким образом, лица с поведением типа «А» сами часто создают для себя эмоциогенные ситуации. Стрессовые ситуации у данных людей ведут к повышению тромбообразования, изменению состава крови (повышенной свертываемости), что увеличивает риск сердечно-сосудистой патологии. Также в состоянии эмоционального возбуждения учащается сердечный ритм, повышается артериальное давление, что приводит к более быстрому накоплению холестерина на сосудистых стенках, огрублению стенок сосудов, образованию склеротических бляшек.

Позже, уже в начале 70-х гг. М. Фридман и Р. Розенман получили доказательства, что поведение типа «А» является фактором риска таких заболеваний, как инфаркт миокарда, повторный инфаркт миокарда, стенокардия, атеросклероз. Они обследовали 3,5 тыс. человек и, определив у них типы поведения, в течение 10 лет следили за появлением новых случаев инфаркта миокарда и стенокардии. Когда зарегистрировали появление различных форм ишемической болезни сердца у 275 человек, оказалось, что 70 % из них относились к коронарному типу «А»¹.

По статистике, мужчины с поведением типа «А» в возрасте от 39 до 49 лет в 6,5 раз чаще, чем остальные, заболевают ИБС. Мужчины в возрасте 50–59 лет – в 2 раза чаще, мужчины в возрасте 25–35 лет – в 1,6 раз чаще (в том числе с осложнением в виде инфаркта).

Медицинские специалисты считают, что таким людям с коронарным типом поведения необходима психологическая помощь, переориентация на спокойный образ жизни и исключение перенапряжения, минимизация завышенных требований к себе.

¹ Friedman M., Roseman R. Association of Specific Overt Behaviour Pattern with Blood and Cardiovascular Findings // Journal of the American Medical Association. 1959. № 169. Pp. 1286–1296.

Тип поведения с противоположными характеристиками был назван *поведением типа «Б»*.

Многие современные специалисты предлагают отказаться от идеализации деловых качеств лиц с поведением типа «А» и рекомендуют им изменить поведение, приблизить его к типу «Б». Они отмечают, что поведение типа «Б» ни в коем случае не является негативной альтернативой поведению типа «А», т. е. отсутствие чрезмерной внешней активности у людей с поведением типа «Б» не отражается на суммарной эффективности и продуктивности деятельности и не свидетельствует о бездеятельности или лени.

Положительной особенностью типа «Б» является способность работать психологически более экономно, в соответствии со своими реальными возможностями, что и обеспечивает сохранение здоровья. Лиц с поведением типа «Б» следует отличать от людей с недостаточной требовательностью к себе и недостаточной целеустремленностью. Это люди, способные и к работе, и к отдыху, умеющие чередовать напряжение с расслаблением, восстановлением сил.

Отечественные ученые также внесли свой вклад в исследовании типов личности и их поведение.

Так, А. В. Либин выделяет следующие три типа поведения¹:

1) *синдром «С-типа»*, или «выносливый». Люди, относящиеся к этому типу, характеризуются высоким уровнем толерантности к действию стрессогенных факторов. Автор указывает три типа установок, которые позволяют справиться со стрессом: принятие изменений как вызов, а не как угрозу; концен-

¹ Либин А. В. Дифференциальная психология : учебник для вузов. 6-е изд., испр. и доп. М. : Юрайт, 2022.

трация на обязанностях, стремление разрешить проблемы; представление о том, что события контролируемы;

2) *синдром «Т-типа»*. Люди этого типа вовлекаются в разнообразные, имеющие высокую степень риска ситуации;

3) *конструктивный «Т-тип»* (риск связан с творчеством) и *деструктивный Т-тип* (человек, вовлекается в криминальную ситуацию).

С. Д. Положенцев и Д. А. Руднев определяют ПТА как «комплекс личностных и поведенческих характеристик, которые проявляются у индивида лишь под воздействием психоэмоциональных нагрузок и которыми индивид отвечает на различные меняющиеся требования внешней среды»¹.

Таким образом, в рассмотренных выше исследованиях многими учеными указываются факторы, объясняющие связь ПТА с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Частые психоэмоциональные перегрузки людей с ПТА приводят к сдвигам в гуморально-регуляторных системах, что способствует увеличению проницаемости сосудистой стенки, изменению процессов свертываемости крови. Все это, в свою очередь, повышает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

5.3. Динамика стрессовой реактивности и ее влияние на деятельность и личность

Природа стрессоров может быть различна, но они запускают в организме генетически детерминированную неспецифическую реакцию защиты (стрессовую реактивность), которая проявляется через активацию некоторых функций симпатической нервной системы и торможение парасимпатической, сердечно-сосудистой деятельности в виде повышения артериального дав-

¹ Положенцев С. Д., Руднев Д. А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). Л. : Наука, 1990. С. 93.

ления и учащения сердцебиения, в виде мышечного напряжения, усиления обменных процессов, изменений волновой активности мозга, перераспределении крови в организме.

Все эти изменения готовят организм к быстрым действиям и обусловлены выработкой биологически активных веществ, которые, если не используются, приводят к расстройствам здоровья.

Стрессовая реактивность тесно связана со *стрессоустойчивостью*, которая характеризуется индивидуальными особенностями организма по сохранению оптимального функционирования органов и системы органов во время действия стрессора, способностью совладать с негативными эмоциональными и психологическими состояниями.

Изучению стрессоустойчивости посвятили свои работы такие авторы, как В. Л. Марищук, А. А. Реан, Л. М. Баранов, Л. А. Попова, О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов, Е. П. Ильин, Л. А. Китаев-Смык.

Стрессоустойчивость как совокупность личностных качеств личности сотрудника ОВД позволяет ему выдержать как интеллектуальные, так и эмоционально-волевые нагрузки (перегрузки), обусловленные спецификой его профессиональной деятельности, без вредных последствий как для своего физического и психического здоровья, так и для деятельности других сотрудников ОВД.

Стрессоустойчивость в широком смысле необходимо рассматривать как функцию двух переменных – окружающей среды и внутренней структуры системы. На основе этого можно сделать вывод о том, что все существующие виды устойчивости являются неотъемлемыми компонентами такого целостного явления, как психическая устойчивость личности.

Так, О. В. Лозгачева под стрессоустойчивостью понимает «комплексное свойство человека, которое характеризуется не-

обходимой степени адаптации индивида к воздействию экстремальных внешних и внутренних факторов в процессе жизнедеятельности, обусловленное уровнем активации ресурсов организма и психики индивида, проявляющееся в показателях его функционального состояния и работоспособности».

П. Б. Зильберман предлагает рассматривать стрессоустойчивость как «интегративное и системное свойство личности, обусловленное взаимодействием эмоционально-волевых, интеллектуальных способностей и мотивационных компонентов психической деятельности личности, которые обеспечивают оптимальное и эффективное достижение цели в сложной эмоциональной обстановке»¹.

Один из ведущих специалистов в области стресса В. А. Бодров стрессоустойчивость представляет в виде «интегративного свойства человека, которое, во-первых, характеризует степень его адаптации к воздействию экстремальных факторов внешней (гигиенические условия, социальное окружение и т. п.) и внутренней (личной) среды и деятельности; во-вторых, определяется уровнем функциональной надежности субъекта деятельности и развития психических, физиологических и социальных механизмов регуляции текущего функционального состояния и поведения в этих условиях; в-третьих, это свойство проявляется в активации функциональных ресурсов (и оперативных резервов) организма и психики, а также в изменении работоспособности и поведения человека, направленных на предупреждение функциональных расстройств, негативных эмоциональных переживаний и нарушений эффективности и надежности деятельности»².

¹ Зильберман П. Б. Эмоциональная устойчивость оператора // Очерки психологии труда оператора. М. : Наука, 1974. С. 152.

² Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление С. 352.

Как видим, понятие «стрессоустойчивость» является очень сложным и системным качеством личности разноуровневого характера, объединяющим множественный комплекс личностных особенностей, широкий круг процессов и явлений.

В связи с этим стрессоустойчивость необходимо рассматривать как главный аспект готовности к профессиональной деятельности сотрудников ОВД. Наилучших результатов в работе достигают те сотрудники, которые обладают наивысшей психологической готовностью к экстремальным ситуациям и проявляют высокий уровень стрессоустойчивости.

Стрессоустойчивость сотрудников ОВД подвергается воздействию многих факторов, которые можно разделить на две основные группы:

1) факторы макросреды (деятельность вышестоящих органов и других органов управления МВД России; связь с территориальными органами государственной власти, общественными организациями и т. д.);

2) факторы микросреды (комплекс организационных, технических и технологических элементов, составляющих содержание деятельности ОВД; особенности взаимоотношений в коллективе; стиль руководства; уровень психологической совместимости работников коллектива; условия труда и быта и др.).

Стрессоустойчивость предполагает способность сотрудников ОВД к саморегулированию и быстрому восстановлению психологического равновесия. Можно сказать, она выражает запас прочности человека – тот диапазон, в котором организм может сохранять свою целостность, работоспособность и жизнестойкость.

Специфика среды функционирования сотрудников ОВД, множественность оказывающих влияние на деятельность деструктивных факторов, экстремальные условия, в которых приходится решать сложные и ответственные задачи, обусловли-

вают необходимость высокого уровня стрессоустойчивости как коллективов, так и каждого сотрудника ОВД.

Когда сотрудник сталкивается со стрессором, гипоталамус активирует эндокринную систему и вегетативную нервную систему. Эта активация может осуществляться как через нервные пути, так и гуморальным путем. От передней доли гипоталамуса по прямому нервному пути происходит активация гипофиза, который вырабатывает окситоцин и вазопрессин. Кроме того, эта доля гипоталамуса вырабатывает тиреотропный релизинг-гормон. Этот гормон, в свою очередь, оказывает действие на гипофиз, вырабатывающий адренотропный и тиреотропный гормоны. Последний гуморально активирует щитовидную железу, которая начинает производить тироксин, выбрасываемый в кровь.

Задняя доля гипоталамуса подает сигнал вегетативной нервной системе и активирует мозговое вещество надпочечников, которые начинают вырабатывать большие дозы адреналина и норадреналина, поступающие в кровь. Последние гормоны объединяются в группу метаболитических гормонов, так как непосредственно активируют клеточный метаболизм.

В целом метаболитические гормоны приводят к значительным физиологическим изменениям у сотрудника ОВД:

- 1) учащению сердцебиений;
- 2) увеличению силы сердечного сокращения;
- 3) расширению коронарных сосудов;
- 4) расширению бронхов;
- 5) ускорению основного ритма метаболизма;
- 6) увеличению потребления кислорода.

В свою очередь, тироксин, вырабатываемый щитовидной железой, вызывает:

- 1) учащение базального ритма метаболизма;
- 2) увеличение содержания свободных жирных кислот;

- 3) учащение дыхания;
- 4) учащение сердцебиения;
- 5) повышение тревожности;
- 6) уменьшение чувства усталости.

Из вышеперечисленного следует, что длительное и сильное воздействие стрессоров вызывает развитие дистресса, что может привести к срыву работы ослабленного или больного органа и вызвать то или иное заболевание.

Стресс протекает на неосознаваемом уровне, но последующее поведение может модулироваться после оценки мозгом стрессогенности фактора среды, возникновения эмоциональной реакции и принятия решения о выборе необходимой стратегии. Поэтому стрессовая реакция – это нормальная, неспецифическая, генетически детерминированная реакция, часть ответа организма в общем адаптационном синдроме.

В результате включения психофизиологических стрессовых механизмов (при которых анализаторы, воздействуя нейрогенным путем на нейроны гипоталамуса, а через него на голубое пятно заднего мозга, усиливают выделение релизинг-факторов и тонизируют кору) в организме человека происходят определенные физиологические изменения: учащение сердцебиения, дыхания, ускорение основного ритма метаболизма, повышение тревожности, уменьшение чувства усталости и т. д.

Таким образом, стрессоустойчивость – это физиологическая и психологическая готовность и способность организма сохранять функциональность и нормальную работоспособность под действием стресс-факторов профессиональной деятельности. Важным показателем при определении стрессоустойчивости человека является степень его латерализации.

Список литературы

1. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – Саратов : ПЕР СЭ : Ай Пи Эр Медиа, 2019. – 528 с.
2. Бодров, В. А. Информационный стресс : учебное пособие / В. А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
3. Зигерт, В. Руководить без конфликтов : пер. с нем. / В. Зигерт, Л. Ланг. – М. : Экономика, 1990. – 335 с.
4. Зильберман, П. Б. Эмоциональная устойчивость оператора / П. Б. Зильберман // Очерки психологии труда оператора. – М. : Наука, 1974. – 152 с.
5. Копина, О. С. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников / О. С. Копина, Е. А. Суслова, Е. В. Заикин // Вопросы психологии. – 1995. – № 3. – С. 119.
6. Кэннон, У. Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости / У. Кэннон ; под ред. Б. М. Завадского. – Л. : Прибой, 1927. – 175 с.
7. Либин, А. В. Дифференциальная психология : учебник для вузов / А. В. Либин. – 6-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2022. – 442 с.
8. Положенцев, С. Д. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С. Д. Положенцев, Д. А. Руднев. – Л. : Наука, Ленинградское отделение, 1990. – 170 с.
9. Friedman, M. Association of Specific Overt Behaviour Pattern with Blood and Cardiovascular Findings / M. Friedman, R. Roseman // Journal of the American Medical Association. – 1959. – № 169. – Pp. 1286–1296.

Лекция 6

Психофизиологические последствия стресса

Учебные вопросы:

- 6.1. Стресс и психосоматические болезни.
- 6.2. Основные заболевания человека, вызванные стрессом.

6.1. Стресс и психосоматические болезни

Стресс является тем внешним фактором, воздействие которого отражается на внутреннем состоянии организма, оказывая влияние на интегративные функции нервной и функциональных систем. Первичным звеном в развитии психического стресса выступает фрустрация – психическое состояние, которое возникает при блокаде удовлетворения значимых потребностей и проявляется ощущением неудовлетворенности и психического напряжения из-за невозможности достичь тех или иных целей.

Для развития психосоматических нарушений особенно важно, что при эмоциональном стрессе происходят изменения во всей многоуровневой системе регулирования психофизиологических соотношений. На разных уровнях этой системы регулирование осуществляется преимущественно или психологическими, или физиологическими механизмами.

Проблема эмоционального стресса и возникающих на его основе нервно-психических и психосоматических расстройств находится в центре внимания многих отечественных и зарубежных исследователей. В настоящее время установлено, что под действием различных эмоционально-стрессовых раздражителей у человека и животных в зависимости от целого ряда факторов происходит или формирование процессов адаптации, или нарушение саморегуляции основных физиологических систем организма, что в одних случаях приводит к появлению

психонейроэндокринных синдромов, а в других – к развитию психопатологических заболеваний.

Для формирования психосоматических расстройств при эмоциональном стрессе существенны изменения на каждом из взаимосвязанных уровней, а подходы к терапии психосоматических расстройств должны учитывать эти изменения.

В настоящее время установлено, что под действием различных эмоционально-стрессорных раздражителей у человека в зависимости от целого ряда факторов происходит или формирование процессов адаптации, или нарушение саморегуляции основных физиологических систем организма, приводящее в одних случаях к появлению психонейроэндокринных синдромов, а в других – к развитию устойчивых психопатологических состояний и психосоматических заболеваний.

Предпосылкой возникновения психосоматического заболевания является чрезвычайная реактивность вегетативной нервной системы.

Как отмечают В. Д. Тополянский и М. В. Струковская, «психовегетативный синдром есть патофизиологический процесс, формирующийся при чрезмерном для данного индивида слишком частом и длительном или постоянном аффективном напряжении. Хронические эмоциональные состояния обуславливают неизбежно хронифицирующиеся висцеро-вегетативные расстройства и становятся компонентом клинической картины астенодепрессивных и субдепрессивных состояний любого генеза»¹.

Как известно, вероятность развития психического стресса при повышении фрустрационной напряженности зависит также от особенностей личности, т. е. от устойчивости к психическо-

¹ Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986.

му стрессу. В предыдущей лекции мы отмечали, что ресурсы личности играют важную роль в мобилизации организма к интегрированному поведению в стрессовых условиях, помогают выдержать и не сходить с избранной линии поведения, контролировать и регулировать свою потребностно-мотивационную сферу в зависимости от влияния окружающей обстановки, сравнивать достигнутые результаты, анализировать возможные последствия поступков. Чем выше способность к интеграции поведения, тем успешнее преодоление стрессогенных ситуаций. Также исследования психологического стресса подтвердили те же физиологические изменения, происходящие в организме при физиологическом стрессе.

Данные обстоятельства подтверждают, что при эмоциональном стрессе влияние стрессогенной ситуации регулируется посредством психических и физиологических процессов. Они позволяют оценивать и сопоставлять стресс-факторы или стимулы с предыдущим опытом. Воздействующий стимул только тогда становится стрессором, когда в результате когнитивных оценок и переработки информации возникает ощущение мнимой или предполагаемой угрозы.

Субъективная оценка стимула и отношение к нему в зависимости от особенностей личности, наличия индивидуального опыта, развитости познавательных процессов, особого психического состояния является важным психологическим механизмом и позволяет определить индивидуальную важность и значимость стрессора, как угрожающего его жизни или здоровью.

С другой стороны, интенсивность стресса и вероятных клинических последствий связана с накоплением разнообразных жизненных событий (жизненных изменений) независимо от того, рассматривались ли они как благоприятные или неблагоприятные,

поскольку любые существенные изменения жизни ведут к изменению баланса между потребностями человека и его ресурсами.

Интерес представляет не столько объективная картина жизненных событий личности, сколько их субъективная оценка самой личностью. Так, у людей с невротическими и личностными расстройствами жизненных событий было больше, чем у здоровых. Это означает, что число и характер отмечаемых событий изменяются в зависимости от особенностей личности.

Также наибольшее число жизненных событий, в особенности нежелательных, отмечено у аффективно ригидных личностей. У гипертимных личностей, оптимистичных и деятельных, событий, фиксируемых при исследовании, оказалось достоверно меньше. Особенности личности не только влияют на субъективный отбор событий, но и могут увеличивать или уменьшать вероятность тех или иных событий, сказываясь на характере межличностного взаимодействия.

Вероятность возникновения связанных со стрессом физических болезней и психических расстройств, по мнению ученых, зависит от стрессоров, воздействовавших на субъект как в детском, так и в зрелом возрасте. Патогенетическая роль факторов, воздействующих в детстве, сохраняется в дальнейшем, негативный эмоциональный опыт реактивируется в сходных условиях. Недостаточность социальной поддержки в детстве нередко сочеталась с тем, что здоровье родителей воспринималось детьми как плохое.

Для формирования психосоматических расстройств важно, что нарушения взаимодействия в семейном и внесемейном окружении, отношения человека со значимыми лицами положительно коррелируют с физиологическими сдвигами. Эти сдвиги могут выступать уже при ожидании таких нарушений

и даже быть более выраженными, особенно в ситуациях неопределенности и непредсказуемости.

В медицинской науке распространено представление о множественности причин любого заболевания, из которого следует, что психологические факторы должны рассматриваться в ряду всех других причин, а их значимость определяться посредством статистических процедур.

Современное понимание взаимодействия психики и сомы, влияния психосоциальных факторов на развитие соматических болезней базируется на адаптационной теории стресса Селье.

Сегодняшний технологический прорыв, возрастание интенсивности и напряженности профессионального труда, постоянное увеличение потока информации – все это патологические факторы, провоцирующие зарождение психосоматических заболеваний.

Психосоматика является разделом общей патологии, исследующей заболевания и расстройства, появляющиеся при непосредственном воздействии или же косвенном влиянии эмоционального напряжения (например, различных психических воздействий, которым подвергался сотрудник ОВД).

В современной медицинской и психологической науках многие ученые, проводя психологические, клинические, лабораторные исследования психосоматических заболеваний, рассматривают влияние стресса на механизм зарождения и развития психогенных заболеваний, находят взаимосвязь характерологических и поведенческих особенностей человека со степенью его сопротивляемости к определенным видам соматических болезней, устанавливают вариативность реагирования пациента на болезнь в зависимости от его личностных особенностей, выявляют влияние определенных методик лечения (гемодиализ, хирургические операции и т. п.) на эмоциональное, психическое

самочувствие больных (Ю. Ю. Елисеев, А. Б. Смулевич, Г. В. Старшенбаум, Ю. Г. Фролова).

Рассмотрим классификацию психосоматических расстройств (по О. Блейлеру).

К *первой группе* расстройств относятся психосоматозы (болезни, обусловленные психогенными факторами), в основе которых лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с патологическими изменениями в органах. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять на выбор того или иного органа.

Первые проявления психосоматозов возникают в любом возрасте, но чаще они начинают фиксироваться уже в ранней юности у лиц с отчетливыми и постоянными определенными личностными характеристиками. После манифестации заболевание обычно приобретает хроническое или рецидивирующее течение, и решающим провоцирующим фактором возникновения очередных обострений является для больного психический стресс.

Исторически к этой группе относятся семь классических психосоматических заболеваний: эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и гипертиреоидный синдром (так называемая «чикагская семерка»).

Вторую группу составляют психосоматические функциональные синдромы – соматизированные формы неврозов (неврозы органов, системные неврозы или вегетоневрозы).

В отличие от психогенной конверсии, отдельные симптомы здесь не имеют специфического символического значения, а являются следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций или сравнимых с ними психических состояний. В частности, некоторые варианты эндогенных депрессий часто имитируют

какое-либо соматическое заболевание, как бы маскируются под него. Такие депрессии принято называть «маскированными» или соматизированными депрессиями. К группе функциональных психосоматических синдромов относят мигрень, различные отклонения деятельности сердечно-сосудистой системы (тахикардия, психогенные боли в сердце), желудочно-кишечного тракта (психогенные запоры и поносы), психогенные расстройства дыхания (бронхиальная астма), сексуальные расстройства и др.

Третью группу составляют расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения – склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, ожирение и др.). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья.

Например, склонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или заменой, компенсацией недовольства.

В качестве факторов, определяющих адаптивную или, напротив, патологическую направленность развития эмоционально-стрессорных реакций, наряду с параметрами самих стрессорных раздражителей (например, интенсивность, длительность, кратность, частота и т. д.), их биологической и социальной значимостью, Ф. З. Меерсон и М. Г. Пшенникова также выделяют индивидуальный статус, пол, возраст, влияние различных веществ экзогенной природы, включая прием фармакологических препаратов и алкоголя, а также активность стресс-лимитирующих систем¹.

¹ Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и нагрузкам. М. : Медицина, 1993.

Длительное состояние стресса может вызвать срыв адаптационных механизмов и развитие хронических патологий – гипертонии, ишемической болезни сердца, состояние иммунодефицита, а также спровоцировать депрессию и другие проблемы со здоровьем.

Среди них:

1) гипертоническая болезнь, аритмия, инфаркт миокарда (в особой группе риска находятся люди с уже имеющимися перечисленными заболеваниями, поскольку стресс, как показывают исследования, значительно ухудшает их течение);

2) приобретенный иммунодефицит – повышенная активность гормонов стресса, которые выделяются корой надпочечников, угнетает работу клеток иммунной системы;

3) синдром раздраженного кишечника, язвенный колит, гастрит;

4) псориаз, акне, алопеция (выпадение волос);

5) метаболический синдром – длительный гормональный дисбаланс может достигать таких масштабов, что вес невозможно самостоятельно контролировать даже с помощью диет;

6) депрессии, неврозы, когнитивные и поведенческие нарушения – гормоны активности подавляют стволовые клетки в гиппокампе, происходит нарушение связей между нейронами, а также процесса образования новых нервных клеток и работы нервных цепей;

7) алкогольная и наркотическая зависимость. Существует связь между состоянием постоянного стресса и злоупотреблением психоактивными веществами.

Рассмотрим некоторые из них.

Дыхательная система снабжает клетки кислородом и выводит из организма углекислый газ. Воздух поступает через нос и проходит через гортань в глотку, вниз через трахею и через

бронхи в легкие. Затем бронхиолы передают кислород эритроцитам для циркуляции.

Стресс и сильные эмоции могут проявляться респираторными симптомами, такими как одышка и учащенное дыхание, поскольку дыхательные пути между носом и легкими сужаются.

Для людей без респираторных заболеваний это, как правило, не проблема, так как организм может справиться с дополнительной работой, чтобы человек мог дышать комфортно. Однако психологические факторы стресса могут усугубить проблемы с дыханием у людей с ранее существовавшими респираторными заболеваниями, такими как астма, хроническая обструктивная болезнь легких, хронический бронхит.

Сердце и кровеносные сосуды представляют собой два элемента сердечно-сосудистой системы, которые работают сообща, обеспечивая питание и кислород для органов организма.

Активность этих двух элементов также координируется реакциями организма при стрессе. Острый стресс – мгновенный или краткосрочный стресс, например, публичное выступление, ссора или внезапное нажатие на тормоз, чтобы избежать аварии, вызывает учащение пульса и более сильные сокращения сердечной мышцы. При этом гормоны стресса адреналин, норадреналин и кортизол действуют как посредники этих эффектов.

К тому же кровеносные сосуды, которые направляют кровь к крупным мышцам и сердцу, расширяются, тем самым увеличивая количество крови, перекачиваемой в эти части тела, и повышая кровяное давление. Это также известно как реакция «бей или беги». После того как эпизод острого стресса прошел, организм возвращается в нормальное состояние.

Хронический или постоянный стресс, переживаемый в течение длительного времени, может способствовать долгосрочным проблемам с сердцем и кровеносными сосудами. Постоян-

ное и слишком сильное длительное увеличение частоты сердечных сокращений, а также повышенный уровень гормонов стресса и артериального давления могут сказаться на организме. Этот длительный постоянный стресс может увеличить риск гипертонии, провоцирует сердечный приступ или даже инсульт.

Повторяющийся острый и стойкий хронический стресс также может способствовать воспалению в системе кровообращения, особенно в коронарных артериях. Это один из путей, который, как считается, связывает стресс с сердечным приступом. Медики убеждены, что от характера реагирования на стресс меняется и уровень холестерина в крови.

Эндокринные расстройства возникают, когда организм воспринимает ситуацию как вызывающую, угрожающую или неконтролируемую. Мозг инициирует каскад событий, затрагивающих гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, которая является основным двигателем реакции на эндокринный стресс. В конечном итоге это приводит к увеличению выработки стероидных гормонов, называемых глюкокортикоидами, включающих кортизол, часто называемый гормоном стресса.

Во время стресса гипоталамус – зона, которая соединяет мозг и эндокринную систему – сигнализирует гипофизу о выработке гормона, который, в свою очередь, сигнализирует надпочечникам, расположенным над почками, увеличить выработку кортизола.

Кортизол увеличивает уровень доступной энергии за счет мобилизации глюкозы и жирных кислот из печени. Кортизол вырабатывается на разных уровнях в течение дня, обычно его концентрация повышается после пробуждения и медленно снижается в течение дня, обеспечивая ежедневный цикл получения энергии. Во время стрессового события повышение

уровня кортизола может дать энергию, необходимую для решения длительных или экстремальных проблем.

Глюкокортикоиды, включая кортизол, насколько известно, важны для регулирования иммунной системы и уменьшения воспаления. Хотя это важно во время стрессовых или жизнеугрожающих ситуаций, когда травма может привести к усилению активации иммунной системы, хронический стресс может привести к нарушению связи между иммунной системой и осью «гипоталамус – гипофиз – надпочечники». Это нарушение связи было связано с будущим развитием многочисленных проблем физического и психического здоровья, включая хроническую усталость, нарушения обмена веществ (например, диабет, ожирение), депрессию и иммунные нарушения.

В *желудочно-кишечном тракте* есть сотни миллионов нейронов, которые могут функционировать относительно независимо и постоянно взаимодействуют с мозгом. Стресс может повлиять на коммуникацию между мозгом и кишечником и вызвать боль, вздутие живота и другие неприятные ощущения. В кишечнике также обитают миллионы бактерий, которые могут влиять на здоровье самой кишки и работу мозга, что, в свою очередь, может повлиять на способность думать и выражать эмоции.

Стресс связан с изменениями в составе кишечных бактерий, от которых, в свою очередь, может зависеть настроение. Так, кишечные нервы и бактерии сильно влияют на мозг, и наоборот. Стресс в раннем детстве способен изменить развитие нервной системы, а также формировать реакцию на стресс. Данные изменения могут увеличить риск более поздних заболеваний или дисфункции кишечника.

Таким образом, стресс является причиной возникновения многих психосоматических заболеваний, психических и посттравматических стрессовых расстройств, которые мы рассмотрим далее.

6.2. Основные заболевания человека, вызванные стрессом

Артериальная гипертония (гипертензия, гипертоническая болезнь, эссенциальная артериальная гипертензия) – самое частое хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (далее – АГ), не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение артериального давления обусловлено известными и в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ). Развивается вследствие перенапряжения психической деятельности под влиянием воздействия психоэмоциональных факторов стресса, вызывающих нарушение корковой и подкорковой регуляции вазомоторной системы и гормональных механизмов контроля артериального давления.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выделяют ряд факторов риска распространения артериальной гипертонии: возраст, пол, малоподвижный образ жизни, потребление нездоровой пищи и соли, злоупотребление алкогольными напитками, гипокальциевая диета, курение, сахарный диабет, ожирение, повышенный уровень атерогенных липопротеидов и триглицеридов, наследственность и др. Полностью вылечить это заболевание невозможно, однако артериальное давление можно держать под контролем. Органами-мишенями при АГ являются: артериолы, мозг, сердце, почки, сетчатка глаза.

Как известно, повышенное давление является одним из трех факторов, вызывающих развитие *ишемической болезни сердца*, которые можно контролировать (риск в данном случае подразумевает не только то, как высоко поднимается давление, но и время, в течение которого наблюдается повышенное давление). Своевременный контроль над давлением поможет сни-

зитель риск заболеваний почек. Чем раньше вы выявили артериальную гипертензию и начали за ней наблюдать в динамике, тем меньше риск развития осложнений гипертонической болезни в будущем.

Ишемический инсульт (инфаркт мозга) – острое нарушение мозгового кровообращения с повреждением ткани мозга, нарушением его функций вследствие закупорки артерии и затруднения или прекращения поступления крови и кислорода к тому или иному отделу. Сопровождается размягчением участка мозговой ткани – инфарктом мозга. Причиной такой закупорки могут быть образование тромбов на атеросклеротической бляшке (тромбоз), попадание тромбов, которые образовались в другом органе (эмболия), расслоение (диссекция) церебральных артерий, артериит (воспаление стенок артерий).

Геморрагический инсульт (кровоизлияние) происходит при разрыве мозгового сосуда с пропитыванием излившейся кровью части мозгового вещества. Инсульт всегда внезапен и скоротечен, к нему нельзя быть готовым. Очаговые (нарушения движения, чувствительности, речи, координации, зрения) и общемозговые (нарушение сознания, тошнота, рвота, головная боль) неврологические симптомы ишемического инсульта возникают неожиданно и мгновенно, длятся более суток, могут стать причиной смерти.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – это поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока в коронарных артериях. Именно поэтому в медицинской практике нередко используют термин коронарная болезнь сердца. ИБС – это острое или хроническое заболевание, связанное с уменьшением или полной остановкой кровоснабжения мышечной ткани сердца. ИБС возникает в результате сужения просвета артерий сердца при появлении в них атеросклеротических бляшек (атеросклероз). Приток крови к сердцу и его питание уменьшается или прекра-

щается совсем, что приводит к развитию ишемии. Чаще всего болезнь проявляется приступом боли в области сердца (стенокардия) на фоне физической или эмоциональной нагрузки. Если нагрузка чрезмерна, может развиваться инфаркт (омертвление) миокарда.

ИБС представляет собой патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий. Оно обусловлено расстройством коронарного кровообращения, поражением миокарда, возникающим в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы. Иными словами, миокард нуждается в большем количестве кислорода, чем его поступает с кровью. ИБС может протекать остро (в виде инфаркта миокарда), а также хронически (периодические приступы стенокардии).

По утверждениям ВОЗ, смертность от заболеваний сердца и сосудов составляет 31 % и является самой частой причиной летальных исходов в мире. В Российской Федерации смертность от заболеваний сердца и сосудов составляет 57 %, из которых на долю ИБС выпадает 29 %.

Существуют изменяемые факторы, их устранение или коррекция значительно уменьшает риск возникновения и развития ИБС у людей:

1. *Курение.* Доказано, что курение увеличивает смертность от заболеваний сердца и сосудов (включая ИБС) на 50 %. Нужно отметить, что риск растет с возрастом и количеством выкуренных сигарет. Бензол, никотин, аммиак, угарный газ, содержащиеся в табачном дыме, вызывают артериальную гипертензию, тахикардию. Курение также усиливает свертывание крови и развитие атеросклероза, способствует развитию спазма сердечных артерий.

2. *Высокий уровень холестерина (гиперхолестеринемия).* Благодаря многочисленным исследованиям, проведенным в раз-

ных странах мира, установлено, что увеличение в крови уровня общего холестерина также является одной из причин развития ИБС как у мужчин, так и у женщин. У лиц с умеренным повышением уровня холестерина (5,2–6,7 ммоль/л) ИБС встречается в 2 раза чаще, чем у людей с нормальным уровнем холестерина крови (меньше 5,2 ммоль/л). При выраженном повышении холестерина (больше 6,7 ммоль/л) заболеваемость ИБС возрастает в 4–5 раз. На риск возникновения и развития ИБС наиболее сильное влияние оказывает холестерин низкой плотности.

3. *Артериальная гипертония.* Риск развития ИБС при стойком увеличении артериального давления повышается в 3 раза, особенно при наличии патологических изменений в органах-мишенях (например, в сердце и почках).

4. *Сахарный диабет.* Атеросклероз и ИБС у больных сахарным диабетом развиваются на 10 лет раньше по сравнению с людьми, не страдающими этим заболеванием.

5. *Снижение уровня холестерина высокой плотности (ХСЛПВП) и повышение содержания триглицеридов (ТГ) в крови.*

6. *Низкая физическая активность (гиподинамия).*

7. *Избыточная масса тела (ожирение).*

8. *Питание с излишней калорийностью и высоким содержанием животных жиров.*

9. *Стрессовые факторы и тип личности «А» (стресс-коронарный профиль).* Для людей с так называемым стресс-коронарным профилем (тип личности «А») характерны следующие черты: гнев, депрессия, ощущение постоянной тревоги, агрессивность. Психоземotionalный стресс в сочетании с указанными особенностями личности сопровождается высоким выбросом в кровь катехоламинов. Это увеличивает частоту сокращений сердца, вызывает повышение артериального давления и усиливает потребность сердечной мышцы в кислороде.

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки – это рана, изъязвление, т. е. глубокий дефект стенки двенадцатиперстной кишки или желудка. Поверхностная язва называется эрозией. Язвенную болезнь выявляют у 5–10 % взрослого населения.

Язва может добираться до глубоких слоев (может проникнуть в мышечный слой и даже глубже) стенки двенадцатиперстной кишки и желудка. Зачастую она осложняется кровотечением, а также прободением стенок двенадцатиперстной кишки и желудка, которое чревато серьезными последствиями.

Такое заболевание является хроническим, возникающим в результате образования на слизистой желудка одной или нескольких язв. Заболевание склонно к частым рецидивам, особенно осенью и весной. От язвы желудка страдает множество людей, причем у мужчин она встречается чаще, чем у женщин. Пик заболевания приходится у человека на период с 20 до 50 лет, т. е. на трудоспособный возраст.

В зависимости от причины выделяют:

1) стрессовые язвы (например, при инфаркте миокарда, распространенных ожогах, после нейрохирургических операций и т. д.);

2) медикаментозные язвы (прием нестероидных противовоспалительных средств, гормонов и других медикаментозных средств);

3) эндокринные язвы (при синдроме Золлингера–Эллисона, гиперпаратиреозе);

4) язвы при некоторых заболеваниях внутренних органов (болезни Крона, атеросклерозе ветвей брюшной аорты и др.).

Желудок каждого человека функционирует под воздействием защитных и агрессивных факторов, которые оказывают определенное влияние на слизистую оболочку.

К защитным факторам относят слизь, которая формирует слой, толщиной около 0,6 мм. Этот слой оберегает желудок от воздействия агрессивных факторов, таких как желудочный сок и инфекция хеликобактер. В случае, когда агрессивные факторы преобладают над защитными функциями слизистой оболочки желудка, может возникнуть язва. При этом большую роль в развитии заболевания играет распространенная инфекция хеликобактер. Она является одной из основных причин, по которой развивается не только язва желудка и двенадцатиперстной кишки, но и гастрит.

По статистическим данным, микроб хеликобактер возможно найти у 80 % жителей России. Но интересен тот факт, что не каждый зараженный человек начинает страдать от язвы. Инфекция хеликобактер вызывает воспалительные процессы в слизистой оболочке и дальнейшее ее изъязвление при определенных условиях.

Помимо инфекционного фактора на слизистую оболочку желудка могут влиять и другие неблагоприятные обстоятельства (факторы риска):

- 1) нервно-психический фактор (стрессы);
- 2) курение (курение также ухудшает заживление язв и повышает вероятность их повторного развития – рецидивов, степень риска при курении табака зависит от количества выкуриваемых в день сигарет);
- 3) наследственность;
- 4) нарушение режима и характера питания;
- 5) злоупотребление алкоголем.

Мигрень (лат. *hemicrania*) – неврологическое заболевание, наиболее частым и характерным симптомом которого являются эпизодические или регулярные сильные и мучительные приступы головной боли в одной (редко в обеих) половине головы. При этом отсутствуют серьезные травмы головы, инсульт, опу-

холи мозга, а интенсивность и пульсирующий характер болей связывают с сосудистой головной болью, а не с головной болью от напряжения. Головная боль при мигрени не связана с повышением или резким снижением артериального давления, приступом глаукомы или повышением внутричерепного давления.

Возникновению приступа мигрени способствуют следующие факторы: генетические факторы, стресс, нервное и физическое перенапряжение, пищевые факторы (сыр, шоколад, орехи, рыба), алкогольные напитки (чаще всего пиво и красное вино, шампанское), прием гормональных контрацептивов, сон (недостаток или избыток), погодные факторы (смена погоды, смена климатических условий).

Клинические исследователи не объясняют патофизиологию мигрени. Есть несколько гипотез ее возникновения:

1) сужение просвета артериол и уменьшение кровоснабжения головного мозга;

2) уменьшение реактивности сосудов головного мозга в отношении к диоксиду углерода, неравномерное расширение сосудов;

3) нейроваскулярные расстройства центральной нервной системы, которые служат пусковым механизмом изменений в вазомоторной регуляции;

4) системное нарушение метаболической регуляции с приступами, вторичными по отношению к внутрисосудистым изменениям, связанным с нарушением обмена серотонина.

В Международной классификации головной боли второго пересмотра (МКГБ-2), предложенной Международным обществом головной боли в 2004 г., различают 23 формы мигрени.

Рак (лат. *cancer*) – злокачественная опухоль, возникающая из клеток эпителия кожи, слизистых оболочек и паренхиматоз-

ных органов. Иногда термин «рак» используют для обозначения всех злокачественных новообразований.

Рак – собирательный термин, охватывающий широкую группу заболеваний, которые могут поражать любые органы и системы организма человека. Для обозначения этой категории заболеваний также используются такие термины, как «злокачественная опухоль» и «новообразование». Одной из характерных особенностей рака является быстрое размножение аномальных клеток, разрастающихся за пределы своих обычных границ и способных проникать в окружающие ткани, а также мигрировать в другие органы, т. е. метастазировать. Метастазы – основная причина смерти от рака.

Строение опухоли в значительной степени связано со структурно-функциональными особенностями клеток органа или ткани, из которых она развивается. В большинстве случаев в тканях, соприкасающихся с внешней средой (коже, красной кайме губ, слизистой оболочке полости рта, языка, гортани, пищевода, заднего прохода) и покрытых многослойным плоским эпителием, возникает плоскоклеточный (ороговевающий или неороговевающий) рак.

Он может также развиваться и в бронхах в результате метаплазии эпителия. Из эпителия желез исходит железистый рак – аденокарцинома. По степени дифференцировки принято выделять высоко-, умеренно-, мало- и недифференцированные варианты рака.

Опухоль возникает вследствие нарушения процессов обмена веществ в клетках и ослабления контроля за внутриклеточными процессами со стороны организма. В результате приобретения новых качеств и частичной независимости от регуляторных систем организма молодые делящиеся клетки теряют способность к дифференцировке – они не приобретают должных функций и не формируют нормально работающую ткань. Не участвуя в жизне-

деятельности организма, такие клетки становятся ненужными ему, лишними. Организм пытается избавиться от них при помощи иммунных реакций, которые не всегда оказываются эффективными.

Возникновение рака ВОЗ объясняет трансформацией нормальных клеток в опухолевые в рамках многоэтапного процесса, в ходе которого предраковое поражение обычно переходит в злокачественную опухоль. Эти изменения происходят в результате взаимодействия между генетическими факторами и тремя категориями внешних факторов, к которым относятся¹:

1) физические канцерогены, такие как ультрафиолетовое и ионизирующее излучение;

2) химические канцерогены, такие как асбест, компоненты табачного дыма, афлатоксины (в виде вредных примесей в составе пищевых продуктов) и мышьяк (в виде вредной примеси в составе питьевой воды);

3) биологические канцерогены, такие как инфекции, вызываемые некоторыми вирусами, бактериями или паразитами.

Избыток молодых, все время размножающихся, но не работающих клеток, к тому же требующих все большего количества энергетических и пищевых ресурсов, ведет к тому, что такие клетки нападают на породившую их ткань или орган. Эти клетки (они и называются опухолевыми) внедряются в ткани органа, инфильтрируют и разрушают их, захватывают кровеносные и лимфатические сосуды, по которым распространяются по организму – метастазируют.

К факторам риска развития рака относятся употребление табака и алкоголя, нездоровое питание, низкий уровень физической активности и загрязнение воздуха.

¹ Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

Аллергия – это острая реакция иммунной системы организма на обычно безобидные вещества. Аллергия может возникать на шерсть некоторых видов животных, различные продукты, пыль, лекарства, химические вещества, укусы насекомых и цветочную пыльцу. Вещества, которые вызывают аллергию, называются аллергенами. Они могут вызвать развитие таких болезней, как крапивница, бронхиальная астма, контактные дерматиты и др.

Ревматоидный артрит – это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Название болезни происходит от др.-греч. ῥεῦμα, что значит «течение», суффикс «оидный» означает «подобный», ἄρθρον переводится как «сустав» и суффикс -ит (гр. -itis) обозначает «состояние воспаления».

Рассмотрим взаимосвязь тела и психики на одном из заболеваний – *астме*.

Если сказать простыми словами, то во время обострения под воздействием аллергенов происходит приступ – человек не может полноценно дышать, потому что не может выдохнуть. О чем же так жестко пытается сказать тело человеку? О том, что человек не хочет жить полноценной жизнью, не хочет «дышать полной грудью», не хочет или считает, что не имеет право дышать и жить самостоятельно (особенно в случае постоянного использования ингалятора), о том, что человек берет много, а отдает с большим трудом (затрудненный выдох). Плюс еще наличие самого аллергена, который запускает приступ астмы, говорит о том, что человек что-то не выносит, протестует против каких-либо событий или действий, но не может или не дает себе волю этот протест выразить в силу воспитания, стереотипов, боязни мнения окружающих.

Именно постоянное игнорирование всех этих психологических факторов и стало причиной возникновения заболевания, и эти же факторы являются причиной его перехода в хроническую стадию. Подобным образом можно разобрать каждое заболевание.

Список литературы

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр. – М. : Эксмо-Пресс, 2000. – 352 с.

2. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров ; Российская академия наук, Институт психологии. – М. : ИПРАН, 1995. – 136 с.

3. Гринберг, Дж. Управление стрессом : пер. с англ. / Дж. Гринберг. – 7-е изд. – М. : Питер, 2002. – 495 с.

4. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса: психологическая антропология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Академический проект, 2009. – 943 с.

5. Меерсон, Ф. З. Адаптация к стрессорным ситуациям и нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. – М. : Медицина, 1993. – 256 с.

6. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т. 6. Диагностика болезней сердца и сосудов / А. Н. Окорочков. – М. : Медицинская литература, 2003. – 416 с.

7. Мельник, Е. В. Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление, профилактика : учебное пособие / Е. В. Мельник. – Челябинск : Активист, 2016. – 123 с.

8. Стресс жизни: понять, противостоять и управлять им / сост. Л. М. Попова, И. В. Соколов. – СПб. : Лейла, 2012. – 381 с.

9. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. – М. : Медицина, 1986. – 384 с.

10. Узеиров, А. А. Психосоматические расстройства : учебно-методическое пособие / А. А. Узеиров. – Ростов н/Д. : РостГМУ, 2016. – 227 с.

11. Федотов, А. Ю. Эмоциональные состояния, негативно влияющие на профессиональную деятельность сотрудников ОВД, и их преодоление : учебно-методическое пособие / А. Ю. Федотов, И. Н. Медведев. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2012. – 140 с.

Лекция 7

Профессиональные особенности проявления стресса в деятельности сотрудника органов внутренних дел

Учебные вопросы:

- 7.1. Методологические основы и подходы к исследованию проявлений стресса в деятельности сотрудников ОВД.
- 7.2. Особенности организации психологической работы при выполнении задач в особых условиях деятельности.

7.1. Методологические основы и подходы к исследованию проявлений стресса в деятельности сотрудника органов внутренних дел

Существующие сегодня концепции и теории сущности стресса, его природы и механизмов проявления имеют методологическую основу для понимания их влияния на человеческий организм, механизмов его регуляции и преодоления.

Одной из таких концепций является *системный подход*.

По мнению В. А. Бодрова, он «определяет иерархию взаимосвязей физиологических и психологических основ механизмов, регулирующих их функции в процессе формирования и развития субъект-объектных отношений, в том числе порождающих состояние стресса, проявлений системообразующих факторов жизни и деятельности, зарождение системных свойств субъекта труда (например, работоспособности, профпригодности, стрессоустойчивости), роль их структурно-функциональных особенностей в регуляции деятельности и функциональных состояний»¹.

¹ Бодров В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. М. : ИПРАН, 1995. С. 38.

Такой подход требует от исследователей изучения стресса во всех его видах и проявлениях, в том числе изучения способности сотрудника ОВД адекватно реагировать на стресс-факторы и принимать быстрые и эффективные решения, что характеризует качественные составляющие системных свойств личности, формирующихся в результате включенности его в профессиональную деятельность. Данные качества и способности выявляются в процессе оценки выполнения функциональных обязанностей, организации деятельности и ее контроля, плановости выполнения задач и этапов, своевременного внесения корректив, оптимальной организации процессов саморегуляции по формированию стрессоустойчивости.

Другая сторона связана с определением путей и методов достижения оптимального уровня психического состояния с учетом воздействующих внешних факторов и условий и применением механизмов психической регуляции стресса, способствующих взаимной компенсации и регуляции основных элементов физиологических и психологических систем для поддержания эффективной деятельности и необходимого уровня функциональной надежности.

Поэтому, его необходимо рассматривать, *во-первых*, в конкретном виде деятельности, в определенной организационной структуре, иерархической системе, где в специфических условиях деятельности проявляются различные виды и формы активности сотрудника ОВД. *Во-вторых*, как целостное проявление психического (на уровне индивида, индивидуальности, субъекта деятельности, личности). *В-третьих*, как многообразие психических явлений на разных уровнях системности (микро- и макроуровни) и свойств психики во множественных отношениях. *В-четвертых*, с точки зрения факторов и процессов, де-

терминирующих изменения психических регуляторов поведения в организме.

Теория о *деятельностном подходе* строится на положениях теории деятельности А. Н. Леонтьева и теории Б. Ф. Ломова о психическом отражении как регулирующей системе.

Данная концепция нацеливает на выявление причинно-следственных связей деятельности сотрудника ОВД на микро- и макроуровне, что позволит раскрыть сущность и определить влияние явлений и процессов профессиональной деятельности на формирование стресса и на основе этого найти механизмы регуляции для его преодоления.

В то же время данный подход позволяет выявить особенности и готовность функциональных систем сотрудника ОВД к мобилизации ресурсов и резервов организма в экстремальных условиях деятельности, адекватность психических и физиологических реакций на стресс-факторы, что, несомненно, связано с закономерностями психического отражения.

Концепция *личностного подхода* основной акцент делает на внутренние факторы личности и их значения в формировании особых свойств и состояний в условиях стресса.

Основываясь на теории деятельностного подхода С. Л. Рубинштейна и А. Н. Леонтьева, личность рассматривается как продукт общественного развития, а ее центром является иерархия системы потребностно-мотивационной сферы как основы побуждения к деятельности. Они придают личностный смысл деятельности (являются смыслообразующими), а также являются мотивами, стимулирующими выбор положительных или отрицательных побуждений.

Ученые, исследующие функциональную надежность человека (В. Д. Небылицын, 1961; Л. И. Анцыферова, 1980; Б. Ф. Ломов, 1981; К. А. Абульханова-Славская, 1991;

А. Ю. Федотов, 2020 и др.), отмечают, что она зависит от профессиональных и эмоционально-волевых качеств, а также мотивационных, когнитивных, психомоторных компонентов личности.

Поэтому при исследовании механизмов развития стресса и формировании стрессоустойчивости у сотрудников ОВД изучение функциональной надежности человека направлено на выявление и оценку основных систем организма, механизмов их функционирования, психических и физиологических ресурсов и резервов.

Динамический подход, разрабатываемый Л. И. Анцыферовой, ориентирован на изучение качественных изменений в личности и влияющих на это причин. Данный подход придает особую значимость активности личности для развития с учетом тех или иных событий жизненного пути, выбора направлений, форм и способов поведения¹.

Такие факторы способствуют выявлению особенностей регуляции физическими и психическими процессами, функциональными состояниями на различных этапах профессиональной деятельности на основе и в зависимости от индивидуальных различий, а также избирательности психических реакций на стресс-факторы при преодолении стресса.

Концепция *субъектно-деятельностного подхода* (Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, Б. Г. Ананьев, Б. Ф. Ломов, К. А. Абульханова-Славская и др.) в качестве важнейших положений данного подхода выделяет:

- 1) неразрывную связь между человеком и его деятельностью, взаимовлияющих друг на друга;
- 2) особый характер выполняемой деятельности (креативный, самостоятельный и т. д.);

¹ Анцыферова Л. И. О динамическом подходе к психологическому изучению личности // Психологический журнал. 1981. Т. 2. С. 8–18.

3) осознание своего места в деятельности и ее понимание (с точки зрения целей, сознательного отношения, преобразующей деятельности внешнего мира и самого себя);

4) всестороннее формирование и развитие личности (субъекта деятельности) и преобразование самой деятельности.

Основываясь на рассмотренных подходах и концепциях, необходимо отметить, что феномен стресса является системной категорией. Он детерминирован взаимосвязанными свойствами и качествами личности и опосредован ее деятельностью.

7.2. Особенности организации психологической работы при выполнении задач в особых условиях деятельности

Рассматривая профессиональный стресс в лекции 4, мы отметили, что это совокупность психических и физиологических реакций организма в ответ на трудные и экстремальные ситуации служебной деятельности сотрудников полиции.

В качестве стрессогенных ряд авторов рассматривают также экстремальные условия деятельности с такими признаками, как «сложные», «особые», «критические», «опасные», «эмоциогенные»: К. К. Платонов, Ю. В. Мойкин, Т. Томашевский, В. Л. Марищук, Л. А. Китаев-Смык, А. Ю. Федотов и др.

А. М. Столяренко в качестве экстремальных признает ситуации, которые «ставят перед человеком большие объективные и психологические трудности, обязывают его к полному напряжению сил и наилучшему использованию личных возможностей для достижения успеха и обеспечения безопасности»¹, и различает следующие ситуации:

¹ Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие. М. : Юнити-Дана, 2002. С. 88.

1. *Нормальные* – повседневные, комфортные, которые не представляют особых трудностей и сложностей в деятельности человека, когда отсутствует опасность, активность умеренная и все завершается благополучным результатом, т. е. в данных ситуациях отсутствуют признаки экстремальной деятельности.

2. *Параэкстремальные* – ситуации, более схожие с экстремальными, которые могут завершиться неудачами; у человека в такой ситуации, как правило, присутствует сильное напряжение.

3. *Экстремальные* – характеризующиеся достаточно предельным состоянием напряжения организма в физическом и психологическом плане. Для данной ситуации характерны возможные срывы осуществления действий, что может привести к нежелательным последствиям.

4. *Гиперэкстремальные* – приводящие к возрастанию внутренних нагрузок и превышающие возможности человека, с которыми не способны справиться многие люди, к разрушению функций вегетативной нервной системы, соблюдению норм поведения или действия в процессе профессиональной деятельности, которые зачастую завершающиеся опасными последствиями.

Многими специалистами в профессиональной деятельности рассматривается ряд главных источников стресса сотрудников:

1) *режим служебной и профессиональной деятельности* (негативные условия службы, интенсивный и ненормированный регламент деятельности, недостаточность времени и т. д.);

2) *выполняемая роль (должность) и занимаемая позиция сотрудника в организации* (чрезмерная ответственность, конфликты интересов, недостаточность полномочий и др.);

3) *особенности построения коммуникаций* (факторы соподчиненности, отсутствие возможности делегирования полномочий);

4) *сложности и трудности служебной карьеры* (отсутствие карьерного роста, страх увольнения, высокий уровень притязаний);

5) *факторы организационной культуры и морально-психологического климата* (несоответствие ожиданий сотрудника, отсутствие служебной дисциплины, низкое морально-психологическое состояние коллектива, негативные установки, отсутствие индивидуальной свободы);

6) *бытовые, внеорганизационные факторы* (семейные конфликты, обязательства и долги, болезни родных и близких, жилищные проблемы).

Приведенный перечень уже сам по себе свидетельствует о том, что для описания анализируемых ситуаций сегодня не существует единой терминологии.

В. А. Бодров считает, что внимание многих исследователей сводится лишь к проблеме выделения факторов, которые называются экстремальными, созданию их классификации, анализу влияния и возможности предотвращения их деструктивного воздействия на результаты труда, психическое и соматическое здоровье человека¹.

Как известно, в отличие от многих других профессий деятельность сотрудника полиции протекает в условиях достаточно высокой степени риска в ходе выполнения служебных задач, особенно в особых условиях деятельности.

В ряде случаев это негативно сказывается на физиологическом и психологическом состояниях сотрудников, вызывает у них развитие неврозов, сопровождающихся эмоциональными переживаниями, нарушениями когнитивных функций, неспо-

¹ Бодров В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы.

способностью реально оценивать ситуацию и находить рациональный выход из нее, серьезные психические расстройства.

У человека, перенесшего угрожающий жизни стресс, меняются взгляды на жизнь, мировоззрение, планы и перспективы, может произойти переоценка ценностей (табл. 7.1).

Таблица 7.1

Положительные и негативные последствия стресса

Положительные тенденции и проявления	Негативные тенденции
<p>Активизация служебных мотивов, долга, ответственности; мобилизация психологических возможностей; возникновение возбуждения и готовности к деятельности; азарт; активация когнитивных функций; радость или гнев; творческие способности; готовность к смелым и решительным поступкам; выносливость, терпимость; обострение порогов ощущений; возрастание темпов реакций; снижение утомляемости, усталости</p>	<p>Состояние растерянности; дезорганизация когнитивных процессов; повышенные тревожность, беспокойство; слабость, усталость; – неуверенность; страх; фрустрация, оцепенение, ступор; обостренность инстинктов самосохранения; отсутствие самоконтроля; панические атаки; острые реактивные психозы; отсутствие мотивации; ошибочные действия</p>

Например, у сотрудников ОВД, выполнявших оперативно-служебные задачи в зоне специальной военной операции, вооруженного конфликта, контртеррористической операции, после того как они оказались между жизнью и смертью, резко изменилось отношение к жизненным ценностям и ее перспективам, к вопросам материального благополучия, духовным ценностям.

В связи с увеличением негативных дисфункций, стрессовых состояний сотрудников в особых условиях деятельности остро встает вопрос об эффективной и целенаправленной организации работы психологов ОВД с такими категориями сотрудников. Согласно приказу МВД России от 25 декабря 2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» психологическая работа – это вид морально-психологического обеспечения, представляющий собой деятельность, направленную на формирование у сотрудников профессионально значимых психологических качеств личности, психологической устойчивости и надежности, а также готовности к эффективному выполнению оперативно-служебных задач.

Задачами психологической работы в период подготовки к действиям и при выполнении задач в особых условиях являются:

1. Осуществление профессионально-психологического отбора сотрудников ОВД к выполнению задач в особых условиях.
2. Формирование функциональных групп и служебных коллективов с учетом индивидуальных особенностей, профессионально значимых качеств и психологической совместимости сотрудников.
3. Проведение мероприятия по формированию и сплочению служебных коллективов и функциональных групп.
4. Участие в проведении занятий (на специально оборудованных полигонах) по подготовке сотрудников к выполнению задач в особых условиях, осуществление поддержки сотрудников в проявлении морально-психологической устойчивости, нацеленности, активности, настроенности и мобилизованности на преодоление трудностей.
5. Определение сотрудников, функциональных групп, подразделений, в наибольшей степени подверженных психотравми-

рующему воздействию изменяющейся обстановки, организация и проведение дополнительной психологической работы с ними.

6. Проведение работы по психологическому просвещению сотрудников в области:

а) деструктивного информационно-психологического воздействия незаконных вооруженных формирований, экстремистских, националистических и террористических групп на психическое состояние сотрудников и эффективных методов противодействия этому воздействию;

б) психологии стрессовых и кризисных психических состояний; психотравмирующих факторов особых условий деятельности, негативно влияющих на личный состав (разрушений и человеческих жертв, безвозвратных потерь; физического, морального и психологического напряжения; длительного пребывания в экстремальных ситуациях и т. п.); методов и приемов предупреждения стресса, страха и паники.

7. Проведение психофизиологических тренингов, применение методов саморегуляции, направленных на формирование стрессоустойчивости и совершенствование у сотрудников навыков преодоления стрессовых реакций и посттравматических стрессовых расстройств, оказание ими взаимопомощи в экстремальной обстановке.

Обобщая исследования и практику действий сотрудников ОВД, военнослужащих в зоне специальной военной операции, можно обосновать зависимость между интенсивностью психической напряженности (напряжением) и успешностью действий в ходе выполнения служебных и оперативно-боевых задач.

Как отмечает А. М. Столяренко, «пока психическая напряженность не превышает предела полезности, она носит характер слабой и оптимальной, благоприятствует действиям человека, которые становятся более энергичными, активными,

быстрыми; улучшается внимание, мысль работает четко и ускоренно, усиливается мотивация, проявляется решительность и смелость, испытывается подъем, ощущается сила, интерес»¹.

В когнитивных компонентах в период напряженности проявляются признаки ухудшения сосредоточенности, свойств внимания, сложности в принятии решения, переработке информации, выполнении операций, связанных с мышлением, забыванием.

На физическом уровне тревожность и напряженность проявляются в виде тремора, ухудшения, замедления и скованности двигательных реакций, нарушения координации движений, что приводит к снижению эффективности деятельности более чем на 50 %.

Если в ходе выполнения задач у сотрудника ОВД перенапряжение продолжает увеличиваться и дальше переходит критическую точку «К», наступает запредельное напряжение и происходит срыв психической деятельности – потеря способности понимать окружающее и отдавать отчет в своем поведении.

Срыв может выражаться в тормозной форме (ступор, психологический шок, оцепенение, безразличие, полная пассивность и равнодушие, потеря сознания и др.) или истерической (паническое состояние, бессмысленное, хаотическое поведение и др.).

Отрицательные явления возникают и в недостаточно подготовленных группах и подразделениях: нездоровые и пессимистические настроения, слухи, недовольство, отрицательные мнения, ослабление дисциплины, нарушение уставных и служебных норм поведения, склонность к неумеренному употреблению спиртного, конфликты во взаимоотношениях, паника.

Выполнение задач в зоне боевых действий, в особых условиях (например, специальная военная операция, контртеррори-

¹ Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика.

стическая операция) с точки зрения экстремальных условий, вызывающих возникновение нарушений психической деятельности, объединяют, по существу, психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам.

Опыт выполнения служебных и оперативных задач свидетелствует, что подразделения ОВД наряду с неизбежными физическими несли ощутимые психологические потери. Они связаны с получением сотрудниками боевых психических травм, которые, в свою очередь, приводят к расстройствам психической деятельности, полной или временной потере боеспособности.

Под *боевой психической травмой* понимаются переживания большой силы, вызванные кратковременным или достаточно длительным воздействием психотравмирующих факторов боевой обстановки, приводящие к психическим расстройствам в форме психогений.

В отличие от непатологических реакций психопатологические психогенные расстройства являются болезненными состояниями, выводящими человека из строя, мешающими возможности его продуктивного общения с другими людьми и целенаправленных действий. При этом в ряде случаев имеют место расстройства сознания, возникают психопатологические проявления, сопровождающиеся широким кругом психических расстройств. В настоящее время психогении при экстремальных условиях принято разделять на невротические психозы и аффективно-шоковые реакции.

Оценивая травмирующее воздействие на психическую деятельность человека различных неблагоприятных факторов, возникающих в описанных условиях, следует отличать непатологические психоэмоциональные реакции (*пограничные психические состояния*) человека на экстремальную ситуацию от патологических состояний (*психогений*). Для первых характерна прямая зависимость от ситуации, как правило, небольшой продолжи-

тельности, сохранение работоспособности (может быть снижена), возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения.

Пограничные психические состояния граничат с болезненно дезадаптированным состоянием психики. Это проявления ослабления нормальной психической деятельности, обнаруживающей отдельные болезнеподобные признаки. Обычно кратковременный эпизод в состоянии психики здоровых людей, возникающий не только вследствие тяжелых переживаний, длительных перенапряжений, но и при хроническом недосыпании, переутомлении. Достаточно такому человеку отдохнуть, выспаться, отвлечься от мучительных мыслей как болезнеподобные признаки исчезают.

Психогении – отклонения от здоровой нормы, болезненные расстройства психики, состояния ее психически ненормальной дезадаптации, возникающие под влиянием полученных психических травм. Среди них выделяются реактивные психические состояния и неврозы.

Реактивные психические состояния (психогенные, реактивные, острые психозы) – функциональные психические расстройства, возникшие в одномоментной или относительно кратковременной психотравмирующей ситуации, которые по истечении довольно короткого времени обычно проходят.

Их формы – ступорозная (полная заторможенность, безразличие к происходящему, обездвиженность, оцепенение, отключение от общения, эмбриональная поза); истерическая (бурная, хаотическая активность, двигательное буйство, бегство, крики, плач, агрессия и пр.); футиформная (сумеречное состояние сознания, неузнавание окружающих, бессвязная речь, непонимание окружающего и собственных действий, тошнота, головокружение, головная боль, галлюцинации, бред).

Неврозы – устойчивые психические расстройства, возникающие, как правило, в результате длительных чрезмерных психических нагрузок, нарушения значимых для личности отношений в жизни. Как отмечают специалисты, условием их возникновения всегда выступают недостатки прижизненного формирования личности, ее воспитания, подготовки к реальным трудностям жизни и деятельности. Невроз проявляется в виде таких форм, как:

1) *неврастения* (неустойчивое настроение – часто пониженное, раздражительность, временами тревога и страх, нетерпеливость, расстройства сна);

2) *истерия* (несдержанность, жестикуляция, выкрики, истерическая глухота, нарушения речи и координации движений, ориентированная на окружающих склонность к демонстрации переживаний);

3) *невроз навязчивых состояний* (постоянное, навязчивое возвращение к волнующим, тревожным мыслям, воспоминаниям, мысленным картинам, представлениям; различным устойчивым страхам – фобиям: пребывание на открытом месте – агрофобия, в замкнутом пространстве – клаустрофобия; к страху смерти, громких звуков и криков и др.).

Таким образом, находясь под интенсивным воздействием психотравмирующих факторов экстремальной ситуации, сотрудник ОВД может получить расстройства психики различной степени тяжести. Это, как правило, ведет к частичной или полной потере работоспособности. Причем количество сотрудников, пострадавших таким образом, оказывается достаточно большим (при длительном воздействии стресс-факторов – до 30 % от всего личного состава). Эта цифра может колебаться в зависимости от времени нахождения под воздействием стресс-факторов и их интенсивности.

Среди психогенных расстройств можно выделить также и посттравматические стрессовые реакции (посттравматические стрессовые расстройства). Более подробно о них будет рассмотрено в последующих лекциях.

Оценка психического состояния сотрудников ОВД и выявление у них нервно-психических расстройств представляют определенные трудности, которые зависят от этапов проведения психологической диагностики и контингента обследуемых. В значительной степени затрудняет выявление нервно-психической патологии латентность течения расстройств, их скрытые формы, смещение в структуре психических расстройств, диссимулятивное поведение сотрудников ОВД, стремление скрыть болезненную симптоматику.

Основные признаки проявления нервно-психической неустойчивости сотрудников ОВД можно зафиксировать посредством регистрации:

1) функционирования различных физиологических систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, двигательной и др.);

2) изменений в продуктивности основных психических процессов (восприятия, памяти, внимания, мышления) и регуляции психических состояний и, как следствие, снижение эффективности деятельности, появление частых ошибок, отказ от выполнения обязанностей и др.;

3) выраженности субъективных переживаний (усталости, вялости, бессилия, раздражения и т. д.);

4) изменений в межличностных отношениях (излишней конфликтности, агрессивности, необщительности, раздражительности, лживости) и результатах профессиональной деятельности (снижения ее эффективности, частых ошибок, отказов от ее выполнения и пр.);

5) нарушений в соблюдении нравственных и дисциплинарных норм, субординации; употребления алкоголя, наркотиков и токсических веществ, суицидальных попыток и др.

В работе психолога с такими сотрудниками ОВД согласно приказу от 25 декабря 2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» профилактика нервно-психической неустойчивости сотрудников должна строиться на идеях индивидуального подхода и включать: проведение бесед с применением методов поддержки и подбадривания, психологических тренингов; соблюдение режима службы и отдыха; психологическую и социальную реабилитацию; оказание психологической и медицинской помощи; применение административных мер в сочетании с постоянным контролем; проведение психодиагностических обследований.

Для руководителей подразделений также рекомендуется соблюдение основных мер по профилактике нервно-психической неустойчивости у сотрудников полиции:

1) внимательное, чуткое отношение к подчиненным, уважение к их чувствам, мыслям, суждениям, предложениям, недопущение в их адрес резких оскорбительных высказываний, несправедливости;

2) создание оптимального морально-психологического климата в служебных коллективах и атмосферы уважительности, доброжелательности и взаимопомощи;

3) создание комфортных условий и здорового быта;

4) предупреждение конфликтных и исключение других психотравмирующих ситуаций;

5) ограничение физической нагрузки для уставших и ослабленных сотрудников;

б) временное, полное или частичное освобождение от исполнения обязанностей службы, перевод в подразделения, занимающиеся выполнением второстепенных задач или хозяйственных работ;

7) разъяснение необходимости проявления навыков самоконтроля, коррекции, саморегуляции своих негативных эмоциональных состояний и др.

В связи с этим существует необходимость выбора объективных и релевантных методов и методик психодиагностики стрессовых состояний, позволяющих еще на начальном этапе выявить у сотрудников ОВД психические отклонения.

В качестве основных методов, применяемых для выявления и оценки нервно-психической неустойчивости у сотрудников ОВД в особых условиях, применяются: психологический анализ результатов деятельности и поведения сотрудника, наблюдение за поведением сотрудника в ходе выполнения оперативно-служебных задач, индивидуальные беседы, психологическое тестирование и др.

В диагностический комплекс для оценки психического состояния сотрудников, отбираемых для выполнения оперативно-служебных задач, а также находящихся в командировке в особых условиях деятельности, рекомендуется включить следующие тесты и методики:

1) цветовой тест Макса Люшера (позволяет высчитывать показатель суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО) и вегетативный коэффициент (ВК);

2) методика Ч. Д. Спилбергера (оценка ситуационной тревожности);

3) методика оценки общего уровня тревожности;

4) опросник травматического стресса И. О. Котенева;

5) многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (методика оценки уровня развития адаптационных способностей личности);

6) тест Лири;

7) стандартизированная беседа Н. В. Тарабриной;

8) методика диагностики самочувствия, активности, настроения (САН);

9) методика измерения эмоциональной напряженности по суммарной активации полушарий головного мозга и др.

Другим немаловажным направлением психологической работы психолога в особых условиях деятельности является проведение мероприятий по профилактике отклоняющегося поведения сотрудников ОВД. Отклоняющееся поведение сотрудника – это изменение профессиональных возможностей и личности сотрудника в асоциальную сторону, возникающее в результате негативных особенностей содержания, организации и условий служебной деятельности.

Начало проявлений отклоняющегося поведения лежит в *эмоциональной сфере* за счет огрубления чувств, развития черствости, конфликтности, раздражительности, потери способности управлять своими чувствами и эмоциями, нарастания внутренней неуравновешенности, дискомфорта, немотивированной тревожности и др.

В *интеллектуальной сфере* происходит постепенная потеря способности самостоятельно мыслить, принимать верные решения в незнакомой, нестандартной (или экстремальной) ситуации, нешаблонно действовать; пропадают желание и способность самостоятельно учиться, повышать свой профессиональный уровень; растет потребность мелочной регламентации своих действий со стороны руководства; падают и пропадают инициати-

ва, элементарная активность. Одновременно наблюдается явное преувеличение своего профессионального опыта.

В *нравственной сфере* происходят следующие изменения: сотрудник теряет истинное представление о нравственном смысле профессиональной служебной деятельности, перестает уважать себя, воспринимает эту деятельность как средство достижения личных (корыстных) целей. Следствием этого становится карьеризм, стремление к власти, формализм в работе, желание переложить ответственность с себя на других, отказ от выполнения задачи или, наоборот, неуверенность в себе, обособление, стремление подменить реальные профессиональные действия формальными.

Одна из главных особенностей отклоняющегося поведения сотрудников – *утрата способности к адекватной самооценке*. Нередко это сопровождается обостренной тягой к внешней атрибутике, особенно к авторитету любой ценой, власти над людьми любыми путями, стяжанию денег любыми способами.

Не следует забывать о связи отклоняющегося поведения с личностными особенностями. И если сотрудник ОВД нравственно опустошен, то это может привести к злоупотреблению служебным положением, нарушению законности. Получая различного рода информацию, такой человек может использовать ее в личных целях, поэтому нравственная надежность играет важную роль.

Профилактика отклоняющегося поведения включает в себя широкий спектр предупредительных мер непсихологического и психологического характера.

К первой группе мер можно отнести *организационно-управленческую и психолого-педагогическую работу* в подразделениях территориальных органов, осуществляемую преимущественно сотрудниками подразделений по работе с личным составом, руководителями в рамках воспитательной работы.

Психологическая профилактика подразумевает превентивную деятельность, направленную на предотвращение проявлений рассматриваемого явления. Субъектами психологической работы выступают психологи ОВД.

Меры психопрофилактического характера могут осуществляться в процессе индивидуального консультирования и коррекции, проведения психотренировок и социально-психологических тренингов, а также путем проведения лекций-бесед с личным составом о предпосылках, сущности и последствиях отклоняющегося поведения, психологической поддержки семей сотрудников, стимулирования профессионально-личностного развития сотрудников, обучения приемам и методам психической саморегуляции. При этом реализация индивидуальных психопрофилактических мероприятий должна основываться на методах психологической диагностики как информационной подсистеме, позволяющей получать достоверные сведения о степени профессиональной деформированности личности конкретного сотрудника органа внутренних дел.

Особое значение отводится *психокоррекционному направлению*, которое может включать:

- 1) психологическое консультирование сотрудников, нуждающихся в коррекции состояний и поведения;
- 2) дебрифинг стресса с сотрудниками, находившимися в экстремальных ситуациях;
- 3) использование тренинговых и игровых психотехнологий для профилактики отклоняющегося поведения;
- 4) активный отдых с частичным или полным изменением социального окружения, санаторно-курортное оздоровление;
- 5) экстренную психологическую помощь сотрудникам в экстремальных ситуациях (в том числе для профилактики суицидальных попыток);

б) рекомендации к применению восстановительно-стимулирующих препаратов в сочетании с оздоровительными процедурами;

7) регулярную психологическую работу с семьями сотрудников, профилактику внеслужебных конфликтов.

При этом психологами может осуществляться психокоррекция социально-психологической деформации, коррекция негативных стереотипов обыденного сознания и неадекватных механизмов психологической защиты, формирование профессиональной мотивации и адаптивных механизмов саморегуляции.

Список литературы

1. Анцыферова, Л. И. О динамическом подходе к психологическому изучению личности / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1981. – Т. 2. – С. 8–18.

2. Берг, Т. Н. Нервно-психическая неустойчивость и способы ее выявления / Т. Н. Берг. – Владивосток : Морской государственный университет, 2005. – 63 с.

3. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров ; Российская академия наук, Институт психологии. – М. : ИПРАН, 1995. – 136 с.

4. Громов, М. А. Особые условия как универсальное понятие для деятельности органов и подразделений МВД России: их виды, характеризующие признаки, классификация / М. А. Громов // Труды Академии управления МВД России. – 2013. – № 4 (28). – С. 5–7.

5. Крук, В. М. Психологическая работа в системе обеспечения надежности сотрудника : учебник / В. М. Крук, И. Н. Носс, А. Ю. Федотов ; под. ред. В. М. Крука. – М. : Мос-

ковский университет МВД России МВД России имени В.Я. Кикотя, 2016. – 623 с.

6. Кузнецов, Д. Ю. Теоретические и методологические основы исследования негативных эмоциональных состояний у сотрудников органов внутренних дел в опасных для жизни и здоровья ситуациях профессиональной деятельности : монография / Д. Ю. Кузнецов ; ВИПК МВД России. – Домодедово : ВИПК МВД России, 2012. – 90 с.

7. Приказ МВД России от 25 декабря 2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/400791288/> (дата обращения: 23.07.2024).

8. Психологическое обеспечение служебной деятельности : учебное пособие / [И. Ю. Кобозев и др.]. – СПб. : Санкт-Петербургский университет МВД России, 2021. – 140 с.

9. Столяренко, А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие для вузов / А. М. Столяренко. – М. : Юнити-Дана, 2002. – 607 с.

10. Човдырова, Г. С. Стрессовые расстройства у сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск и пути их профилактики : методическое пособие / Г. С. Човдырова. – Домодедово : ВИПК МВД России, 2004. – 378 с.

РАЗДЕЛ 2

ПРОБЛЕМА ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СТРЕССА

Лекция 8

Психологическая профилактика негативного влияния профессионального стресса на деятельность и личность

Учебные вопросы:

- 8.1. Стрессоустойчивость: деятельностный и личностный аспект.
- 8.2. Психологическая профилактика негативных последствий профессионального стресса сотрудников ОВД.
- 8.3. Профессионально-психологический отбор и его роль в профилактике негативных последствий профессионального стресса.

8.1. Стрессоустойчивость: деятельностный и личностный аспект

Стрессовое воздействие профессиональной среды является неизбежным феноменом профессиональной деятельности. Несение сотрудником полиции службы является выполнением служебного долга, требует от него организованности, высокой дисциплинированности, решительности и инициативы. Неподготовленность и некомпетентность могут привести к дезориентации, что незамедлительно скажется на выполнении служебных обязанностей. В связи с этим каждый сотрудник должен быть подготовлен к адекватному восприятию требований среды, пониманию особенностей профессии и экстремальных ситуаций, осознанию необходимости формирования стрессоустойчивости, которая зависит от опыта, развития способности к внутренней саморегуляции сотрудника.

По мнению А. П. Катунина, «стрессоустойчивость является одним из важных психологических факторов обеспечения надежности, эффективности и успеха профессиональной деятельности как на индивидуальном уровне, так и в ходе совместной деятельности»¹.

В основу метода оценки индивидуального уровня устойчивости к стрессу может быть положена схема, включающая в себя измерения двух типов: с одной стороны, измерений когнитивной оценки жизненных ситуаций, с другой – измерений ресурсов совладания, понятых в широком смысле, в частности как уровень доступных психофизиологических ресурсов. Данные измерения входят в модель в двух взаимосвязанных формах – диспозиционной и ситуативной, из которых первая описывает тенденцию реагировать на жизненные стрессы определенным образом, а вторая указывает на интенсивность таких реакций.

Сегодня подходы к понятию «стрессоустойчивость» представлены в разных понятиях: эмоциональная устойчивость, психологическая устойчивость, морально-психологическая устойчивость, устойчивость личности, психофизиологическая устойчивость, эмоционально-волевая устойчивость.

В рамках психологического подхода устойчивость отражает функциональные характеристики профессионально значимых психических процессов, качеств и свойств личности, а также степень адекватности психологической системы деятельности человека профессиональным требованиям, конкретным ситуациям. Поэтому стрессоустойчивость является сложным и емким качеством личности, в котором объединен целый комплекс способностей, широкий круг явлений разного уровня, и требует

¹ Катунин А. П. Стрессоустойчивость как психологический феномен // Молодой ученый. 2016. № 9. С. 243.

системного подхода как в ее изучении, так и при проведении психопрофилактики.

Рассматривая подходы к исследованию стрессоустойчивости, можно выделить несколько определений.

С. В. Субботин, например, характеризует стрессоустойчивость как «индивидуальную психологическую особенность, заключающуюся в специфической взаимосвязи разноуровневых свойств интегральной индивидуальности, результатом чего является биологический, физиологический и психологический гомеостаз системы и оптимальное взаимодействие субъекта с окружающей средой в различных условиях жизнедеятельности и деятельности»¹.

Наиболее системно понятие стрессоустойчивости как интегративного свойства личности рассматривает В. А. Бодров² через:

1) степень его адаптации к воздействию экстремальных факторов внешней среды и деятельности;

2) уровень функциональной надежности субъекта деятельности и развития его психических, физиологических и социальных механизмов регуляции;

3) функциональные ресурсы организма и психики, проявляющиеся в изменениях работоспособности и поведения человека, направленных на предупреждение функциональных расстройств и негативных эмоций, снижении эффективности деятельности.

Профессиональная деятельность, в условиях которой находится сотрудник ОВД, является предиктором разного рода та-

¹ Субботин С. В. Устойчивость к психическому стрессу как характеристика метаиндивидуальности учителя : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Пермь, 1992. С. 7.

² Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. С. 302.

ких психотравмирующих ситуаций, которые не вписываются в рамки простого человеческого опыта.

М. В. Понамарев относит к ним следующие детерминанты стрессоров:

1) ситуации, угрожающие сохранности жизни человека, способные привести к серьезной физической травме или ранению;

2) ситуации, связанные с восприятием устрашающих картин смерти и ранений других людей, имеющих отношение к насильственной или внезапной гибели близкого человека;

3) ситуации, имеющие отношение к воздействиям губительных факторов внешней среды;

4) ситуации, связанные с собственной виной за смерть или тяжелую травму другого человека;

5) ситуации, при которых возникает экстренная необходимость решать задачу самостоятельно, выбирать лучший способ действия из нескольких возможных;

6) ситуации, включающие в себя сложность, высокие требования к соблюдению временных и иных показателей;

7) ситуации передвижения на местности в экстремальных условиях, при строгом соблюдении правил безопасности;

8) ситуации необходимости строгого выполнения нормативов, требований в профессиональных действиях;

9) ситуации опасности для собственной жизни и жизни других людей.

Перечисленные обстоятельства профессиональной деятельности сотрудников правоохранительных органов предъявляют высокие требования к их стрессоустойчивости, выдержке в ситуациях высокого психического напряжения.

Таким образом, можем дать определение понятию «профессиональная стрессоустойчивость».

Под *профессиональной стрессоустойчивостью* понимаются особенности и свойства личности сотрудника полиции, позволяющие ему выдержать значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки и даже перегрузки, вызванные особенностями его профессиональной деятельности, без ощутимых вредных последствий для его профессиональной деятельности, собственного здоровья и здоровья окружающих людей. Профессиональная стрессоустойчивость необходима не только для обеспечения общественного порядка и безопасности жизнедеятельности населения в экстремальных условиях, но и для его собственной жизнестойкости и социальной адаптации. Поэтому психологическая работа, направленная на формирование высокого уровня стрессоустойчивости сотрудников полиции, является важной задачей психологов ОВД.

Как отмечает В. А. Бодров, существуют органические предпосылки психологической устойчивости, но преимущественно данная характеристика вырабатывается в течение жизни, формируется в период профессиональной активности, в ходе выполнения учебных, служебных задач. В ходе ее формирования и развития необходимо учитывать еще один важный фактор, опосредующий влияние стресса и определяющий стрессоустойчивость сотрудника полиции, – ресурсы этой стрессоустойчивости.

По мнению В. А. Бодрова, «ресурсы являются теми физическими и духовными возможностями человека, мобилизация которых обеспечивает выполнение его программы и способов (стратегий) поведения для предотвращения или купирования стресса»¹. Н. Е. Водопьянова в качестве ресурсов личности рассматривает «внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуаци-

¹ Бодров В. А. Информационный стресс. С. 81.

ях: эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкторы, которые человек актуализирует для адаптации к стрессогенным ситуациям повседневной и профессиональной деятельности»¹. В качестве таких ресурсов у исследовательницы выступают знания и навыки, умения и способности, наличие опыта, определенных моделей поведения, помогающие сотруднику быть более устойчивым к стресс-факторам, а психологическими условиями формирования стрессоустойчивости являются:

1) научно-теоретические знания о стрессе, применение обоснованных методов его преодоления;

2) совершенствование навыков саморегуляции негативных психических состояний;

3) накопление опыта и обобщение моделей оптимального и эффективного поведения в стрессовых состояниях;

4) развитие копинг-стратегий посредством рационального мышления и др.

Таким образом, работа психолога по формированию стрессоустойчивости у сотрудников ОВД должна опираться на существующие научно обоснованные подходы с учетом определенных этапов и особенностей личности сотрудника полиции.

8.2. Психологическая профилактика негативных последствий профессионального стресса сотрудников органов внутренних дел

Как было отмечено, стрессовое воздействие профессиональной среды является неизбежным феноменом профессиональной деятельности. В связи с этим каждый сотрудник должен быть подготовлен к адекватному восприятию требований

¹ Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. М., 2009. С. 290.

среды, пониманию особенностей экстремальности профессии, осознанию необходимости формирования стрессоустойчивости, которая зависит от опыта человека, развития способности к внутренней саморегуляции.

Комплексная психодиагностика стресса является важным звеном в исследовании его многоаспектных причин и негативных последствий, а также важной частью при определении и выборе технологий управления стрессами.

Как отмечает А. Б. Леонова, «стресс-менеджмент стал «печальной необходимостью» для современных управленцев, понимающих значение сохранности кадрового потенциала, личного здоровья и зависимости «здоровья» организации в целом от умения управлять корпоративными или организационными стрессами»¹.

Управление стрессами и его психопрофилактика могут осуществляться различными видами и способами.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет первичную, вторичную и третичную виды профилактики².

Первичная профилактика направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определенное явление, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов.

Задача *вторичной профилактики* – раннее выявление и реабилитация негативного влияния стрессогенных факторов профессиональной деятельности и работа с группой риска.

Третичная профилактика решает такие специальные задачи, как восстановление здоровья, сопровождающееся нарушениями поведения. Третичная профилактика также может быть

¹ Леонова А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса // Психологический журнал. 2004. Т. 24. № 2. С. 75–85.

² Всемирная организация здравоохранения // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

направлена на предупреждение рецидивов у лиц с заболеваниями стрессовой этиологии. Основными способами третичной психологической профилактики профессионального стресса сотрудников являются обучение базовым активным (адаптивным) копинг-стратегиям, специфическим копинг-стратегиям, использование пассивных копинг-стратегий (более подробно проблемы копинга будут рассмотрены в лекции 9).

Сегодня традиционно в управлении стрессами выделяются три направления: организационное, медицинское, психологическое. По своему содержанию психологическое направление нужно рассматривать с двух позиций:

1. Психопрофилактика. Она представляет собой консультативную работу, направленную на снижение уязвимости к стресс-факторам служебной деятельности и повышение стрессоустойчивости сотрудников полиции.

2. Психологическая помощь. Направлена на преодоление стрессовых состояний, коррекцию личностных деформаций, работу с заболеваниями стрессогенного происхождения (психологическая коррекция, психотерапия, психологическое сопровождение, психологическая реабилитация).

Психопрофилактика стресса ориентирована, прежде всего, на предупреждение, а также устранение потенциальных источников стресса не только во внешнем, но и во внутреннем мире человека. Особое значение здесь имеет обучение навыкам психической саморегуляции, которые при комплексном и грамотном применении позволяют повысить общий уровень работоспособности человека и эффективно восстановить затраченные ресурсы в ситуациях повышенного напряжения.

Важным аспектом профилактической работы является обучение сотрудников ОВД методам, позволяющим правильно анализировать и интерпретировать ситуации жизненных и про-

фессиональных стрессов, давать им реалистические оценки, расширять репертуар конструктивных копинг-стратегий и повышать мотивацию к личностному росту в аспекте жизненной стойкости и противостояния различным видам стресса.

Одной из составляющих профилактики стресса (консультативной поддержки) является персональная психодиагностика нервно-психической напряженности (стрессовых состояний) и стрессоустойчивости сотрудников полиции, разработка индивидуальных рекомендаций по снижению уязвимости к стрессу с учетом личностных, социально-демографических и других особенностей и специфики профессиональной деятельности.

Психологическая коррекция личности сотрудника для преодоления стресс-синдромов и негативных стрессовых состояний в большей степени связана с оптимизацией существующего дисбаланса между стресс-воздействиями и личностными ресурсами. Она осуществляется с помощью специализированных программ обучения и психологических тренингов. Коррекционная работа предполагает глубинную проработку восприятия (субъективной репрезентации) и способов преодоления стрессов в социальных, профессиональных и жизненных ситуациях.

А. Б. Леонова и А. С. Кузнецова отмечают, что «профилактика и коррекция отрицательных функциональных состояний, в том числе стрессовых состояний, важны по следующим причинам»¹.

Во-первых, функциональные состояния напрямую связаны с эффективностью деятельности человека, под которой понимается не просто результативность, но и оптимальность поставленной перед субъектом деятельности цели. Переживание острых и хронических стрессовых состояний приводит к ухудшению

¹ Леонова А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса. С. 75–85.

таких характеристик труда, как надежность, продуктивность, быстроедействие, качество работы, а иногда может быть причиной аварий и травм.

Во-вторых, профилактика и коррекция стрессовых состояний важна для сохранения профессионального здоровья. В условиях сверхнагрузок, вызванных разными причинами, затраты внутренних ресурсов могут быть слишком высокими, что отрицательно сказывается на психосоматическом и психосоциальном здоровье человека. Постоянное влияние неблагоприятных стрессовых состояний способствует личностным изменениям (деструкциям, деформациям).

Рассматривая синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях, Н. Е. Водопьянова, например, утверждает, что «хронические стрессовые состояния формируют такие качества, как нерешительность, тревожность, апатичность, повышенную истощаемость и др.»¹.

Психотерапия представляет собой систему комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека при различных заболеваниях (психических, нервных, психосоматических). Основной своей задачей психотерапия ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Важно учесть, что в психологической модели психотерапии психотерапевт лишь сопровождает клиента в проблему, в глубину переживаний, помогает человеку найти ресурс изменения и решения своих проблем. В медицинской же модели основной

¹ Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика : практическое пособие. 3-е изд., испр. и доп. М. : Юрайт, 2017. С. 443–462.

упор делается на знание нозологии, синдромологии, клинической картины расстройств сотрудника.

Несмотря на кажущуюся разность между медицинской и психологической моделями психотерапии, их объединяет ориентация на помощь клиенту.

Психологическое сопровождение – это комплекс психологических мероприятий, направленных на оценку, прогнозирование динамики и коррекцию психического состояния сотрудников, социально-психологических процессов и боеспособности подразделений в различные периоды профессиональной деятельности.

Психологическая реабилитация – это комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление и коррекцию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социального статуса раненых, инвалидов, лиц, перенесших заболевание, получивших психическую травму. Реабилитация предполагает устранение последствий психотравмирующих переживаний, неуверенности в себе, тревоги по поводу возможности ухудшения здоровья, потери социального статуса в подразделении и других социальных группах.

Организуемые специалистами, психологами и другими должностными лицами социально-психологические мероприятия реабилитации связаны с индивидуальными психическими особенностями личности сотрудника ОВД, ее гендерными и возрастными характеристиками, а также жизненной социальной ситуацией, в которой он оказался. Более подробно вопросы реабилитации будут рассмотрены в лекциях 11–13.

При диагностике стрессовых состояний выявляют его объективные и субъективные критерии.

К объективным критериям можно отнести следующие показатели стресса:

1. Физические симптомы (они практически одинаковы при любом стрессоре и могут отличаться индивидуальной интенсивностью): биохимические реакции, сердечно-сосудистые симптомы, болезни стресса (язва, астма, гипертония, боли в спине).

2. Поведенческие проявления (изменения в уровне работоспособности человека, конфликты и споры, изменение пищевых привычек, курение, употребление алкоголя, наркотиков, медикаментов).

3. Признаки психического неблагополучия (тревога и депрессия, гнев – враждебность, усталость – апатия – скука, бессонница и др.).

К субъективным критериям можно отнести следующие показатели стресса:

- 1) ощущение потери контроля над собой;
- 2) повышенная утомляемость;
- 3) раздражительность, снижение настроения;
- 4) переживание психического дискомфорта;
- 5) физический дискомфорт (неприятные ощущения, слабость, мигрень, боли в мышцах, повышенное артериальное давление);
- 6) нарушение когнитивных функций.

При организации психодиагностики стрессовых состояний Н. Е. Водопьянова предлагает учитывать три подхода¹.

Первый подход (основывается на концепции стресса Г. Селье) рассматривает стресс как ответную реакцию на вредное раздражающее воздействие, проявляющееся в виде психической напряженности, негативных эмоциональных состояний,

¹ Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика. С. 38–45.

защитных механизмов, состояний дезадаптации, а также патологических изменений в организме.

В данном подходе психодиагностика стресса в целях стресс-менеджмента должна быть сфокусирована на оценке степени психической напряженности, определении стрессовых состояний, препятствующих или способствующих сохранности продуктивной профессиональной деятельности, здоровья как отдельных работников, так и состояния здорового социально-психологического климата в коллективе.

Представители *второго подхода* (Дж. Вайтц, М. Франкенхойзер) описывают стресс как факторы окружающей среды, которые способны вызывать беспокойство и раздражение или разрушающие механизмы адаптации.

Третий подход (Т. Кокс и Дж. Макэй, Р. Лазарус) рассматривает стресс как реакцию организма на возникшее противоречие соответствия ресурсов личности и ее возможностей к требованиям окружающей среды. При таком подходе, с их точки зрения, стресс рассматривается как последствия и свершившийся результат, образованный от воздействующих факторов внешнего мира.

Таким образом, психопрофилактика стресса направлена на формирование и укрепление способности к действиям, обучение техникам, позволяющим улучшить самоконтроль, уменьшить человеческие страдания и ограничения, помочь людям увеличить возможности их личного поведения, мыслей, чувств и предупреждения нежелательных способов реагирования.

Основные задачи психопрофилактики стресса в органах внутренних дел решаются через формирование личностного адаптационного потенциала сотрудников, навыков адекватного реагирования, формирование у них конструктивных способов совладания со стрессом, развитие стрессоустойчивости.

8.3. Профессионально-психологический отбор и его роль в профилактике негативных последствий профессионального стресса

Эффективное проявление личности сотрудника в профессиональной деятельности реализуется через его потенциальные возможности, т. е. его профессиональную пригодность. В связи с этим встает вопрос определения психодиагностических критериев профессиональной пригодности сотрудников ОВД в процессе профессионально-психологического отбора.

Сущность профессионального психологического отбора А. Г. Маклаков определяет как комплекс мероприятий, направленных на обеспечение качественного отбора персонала организации на основе оценки соответствия уровня развития необходимых психофизиологических (индивидуальных) качеств и свойств личности требованиям профессиональной деятельности¹.

Это предполагает выявление и оценку характерных для человека устойчивых психофизиологических, психических и социально-психологических свойств и качеств, а также соотнесение их с возможностями и ресурсами для успешного овладения конкретной профессиональной деятельностью и последующего эффективного выполнения должностных обязанностей.

Сегодня в системе МВД России сложилась многоуровневая структура профессионального психологического отбора. Этот отбор представляет собой комплекс научно-методических, организационных и практических мероприятий, направленных на социально-психологическое изучение личности, активное выявление и оценку индивидуальных особенностей психического и физического развития сотрудников полиции.

¹ Маклаков А. Г. Профессиональный психологический отбор персонала. Теория и практика : учебник для вузов. СПб. : Питер, 2008. С. 69.

В настоящее время профессионально-психологический отбор (ППО) сотрудников на службу регламентируется специальным постановлением Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1259 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации»¹.

Подбор и формирование кадрового состава ОВД основывается на отборе граждан, пригодных по своим индивидуально-психологическим, нравственным и физическим качествам к несению военизированной службы, к деятельности, сопряженной с риском для жизни.

Целью профессионально-психологического отбора является обеспечение качественного комплектования ОВД, профилактика преждевременной утраты здоровья и отклоняющихся форм поведения личного состава под влиянием различных негативных стрессовых факторов профессиональной деятельности.

Для достижения этой цели решаются следующие основные задачи:

- 1) выявление среди кандидатов на службу, учебу, сотрудников при должностных перемещениях лиц с нервно-психической неустойчивостью или находящихся в состоянии дезадаптации;
- 2) оценка психологической пригодности к тем или иным видам деятельности кандидатов на службу, сотрудников при перемещении и прогноз успешности профессионального обучения кандидатов на службу;
- 3) оценка профессиональной адаптации кандидатов на службу, сотрудников при перемещении после прохождения испытательного срока;

¹ НПП «Гарант-сервис». URL: <https://base.garant.ru/70276070/>.

4) выявление лиц с асоциальными установками, корыстно-утилитарной мотивацией, а также употребляющих психоактивные вещества.

Как определено в п. 10 приказа МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации», в первоочередном порядке мероприятия психологической работы проводятся психологом ОВД:

- 1) при проведении профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации;
- 2) формировании кадрового резерва;
- 3) назначении сотрудников на вышестоящие руководящие должности;
- 4) переводе сотрудников из других органов, организаций, подразделений системы МВД России.

Профессионально-психологический отбор осуществляется поэтапно.

Первым этапом профессионального отбора является социально-правовой этап, заключающийся в проверке соответствия кандидата определенным социально-демографическим (возраст, образование, служба в армии, место проживания и т. п.), правовым и морально-этическим нормам (лояльность к выбранной профессии, отсутствие негативных биографических данных, компрометирующих поступков, связей и др.). На этом этапе кадровые аппараты, прежде чем начать формальное изучение социально-демографических и биографических данных, в процессе собеседования интуитивно оценивают личность кандидата и могут принять решение о его непригодности к службе в ОВД.

Вторым этапом профессионального отбора является медицинский отбор, направленный на выявление явной или скрытой патологии, препятствующей осуществлению профессио-

нальной деятельности в ОВД. В медицинском отборе в связи с его особой значимостью выделился психиатрический аспект, заключающийся в углубленном исследовании психической сферы кандидата с целью выявления в основном скрытых, стертых форм нервно-психической патологии. Медицинский отбор осуществляется военно-врачебными комиссиями (ВВК МВД России, ГУВД, территориальных УВД).

Третьим этапом профессионального отбора является психологический отбор, который в основном призван ориентировать кандидатов, прошедших предыдущие этапы отбора на те специальности и должности в органах внутренних дел, к которым у них имеется психологическая предрасположенность.

Основными целями психологического отбора являются:

- 1) прогнозирование профессиональной пригодности к обучению по данной специальности;
- 2) прогнозирование профессиональной пригодности к специфической деятельности по конкретной специальности;
- 3) прогнозирование профессиональной пригодности к управлению и руководству другими людьми.

При организации и проведении психологического отбора необходимо учитывать основные принципы психологического отбора, его обоснованность, которая рассматривается в двух аспектах:

- 1) обоснование необходимости проведения самого психологического отбора, поскольку он целесообразен лишь для определенного круга видов деятельности, предъявляющих специальные требования к оператору;
- 2) выбор и обоснование необходимых методик психологического отбора, адекватных характеру решаемой задачи.

При проведении психологического отбора могут использоваться различные психологические методы исследования: опрос, беседа, экспертные оценки, регистрация трудовых действий и др.

При проведении экспертизы предъявляются более жесткие требования к репрезентативности и защищенности от фальсификации психодиагностических технологий.

Психолог не должен применять методики и их модификации, не прошедшие перепроверку надежности, валидности и репрезентативности, на новой популяции или в новых целях.

Только в исключительных случаях допускается использование методики, не отвечающей полностью указанным требованиям, при соблюдении двух условий: положительном отзыве специалистов о ее адекватности конкретным целям и при сочетании с другими методами, направленными на изучение тех же психологических или психофизиологических качеств.

Для получения корректных данных о физиологических резервах организма, психофизиологических, психологических и социально-психологических особенностях личности психолог должен соблюдать ряд правил, основанных на знании свойств измеряемых качеств и инструментов, этических и профессиональных норм психодиагностической работы.

Основные требования к измерительному инструментарию (технологии) и их применению психологом, другим специалистом представлены ниже (*табл. 8.1*).

Таблица 8.1

**Основные требования к измерительному инструментарию
(технологии) и их применение в психодиагностике**

Психолог, специалист	Измерительная технология (метод, методика, способ, тест)
<p align="center"><i>Должен:</i></p> <p>знать и применять общие теоретико-методологические принципы психодиагностики; владеть основами дифференциальной психометрии; обосновывать решения в соответствии с репрезентативностью и прогностической валидностью тестов, отвечать за сделанные выводы; обеспечивать необходимый уровень надежности психологического диагноза; при формировании батареи тестов руководствоваться требованием максимальной надежности диагностики при минимуме временных и экономических затрат; анализировать эффективность измерительной технологии в заданной области; обеспечивать соблюдение стандартных условий обследования, подсчета показателей и интерпретации; обеспечивать конфиденциальность полученной информации, предупреждать испытуемого о цели обследования; хранить профессиональную тайну, не раскрывать сущность технологии, обеспечивающую ее валидность; препятствовать некорректному и неэтичному применению технологии</p>	<p align="center"><i>Должна иметь:</i></p> <p>однозначную формулировку цели, предназначения, предмета и области применения; статистическое обоснование тестовых шкал, проверенных на репрезентативной выборке; статистические показатели надежности и валидности в заданной области применения; описание контингента, на котором проводилась ее разработка; инструкцию для специалиста в виде однозначного алгоритма; понятную стандартную инструкцию для испытуемого; стимульный материал, ключи для его обработки и описание этой процедуры; средства контроля за достоверностью результатов; однозначную формулировку выводов и интерпретации результатов измерения</p>

Список литературы

1. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – Саратов : ПЕР СЭ : Ай Пи Эр Медиа, 2019. – 528 с.
2. Бодров, В. А. Информационный стресс : учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
3. Величковский, Б. Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Б. Б. Величковский. – М. : ИПРАН, 2007. – 27 с.
4. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб. : Питер, 2009. – 336 с.
5. Водопьянова, Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях / Н. Е. Водопьянова // Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : СПбГУ, 2000. – С. 443–463.
6. Дербин, П. А. Социально-психологические технологии формирования стрессоустойчивости у военнослужащих / П. А. Дербин // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 6. – С. 213–214.
7. Катунин, А. П. Стрессоустойчивость как психологический феномен / А. П. Катунин // Молодой ученый. – 2016. – № 9.
8. Леонова, А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса / А. Б. Леонова // Психологический журнал. – 2004. – Т. 24. – № 2. – С. 75–85.
9. Маклаков, А. Г. Профессиональный психологический отбор персонала. Теория и практика : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. – СПб. : Питер, 2008. – 480 с.
10. Матвеев, В. Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии : учебное пособие для медицинских училищ /

В. Ф. Матвеев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1989. – 176 с.

11. Носс, И. Н. Профессиональная психодиагностика: психологический отбор персонала : учебно-методическое пособие для студентов и практических психологов / И. Н. Носс. – М. : Психотерапия, 2009. – 460 с.

12. Носс, И. Н. Личностно-профессиональная диагностика сотрудников органов внутренних дел : учебно-методическое пособие для студентов (курсантов) вузов: в 2 ч. / И. Н. Носс. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018.

13. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1259 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70276070/> (дата обращения: 24.07.2024).

14. Приказ МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 24.07.2024).

15. Човдырова, Г. С. Стрессовые расстройства у сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск и пути их профилактики : методическое пособие / Г. С. Човдырова. – Домодедово : ВИПК МВД России, 2004. – 67 с.

Лекция 9

Модели стресс-преодолевающего поведения в процессе выполнения профессиональных задач

Учебные вопросы:

- 9.1. Понятие и сущность психической адаптации.
- 9.2. Стресс-преодолевающее поведение и копинг-стратегии.
- 9.3. Содержание и формы стресс-преодолевающего поведения сотрудников ОВД в процессе выполнения служебных задач.

9.1. Понятие и сущность психической адаптации

Проблема адаптации человека в сложной и многоуровневой системе жизнедеятельности зависит от социально-экономических условий, от выполняемых задач, эмоциональных и информационных нагрузок в ходе профессиональной деятельности, а также от его физических возможностей, личностных особенностей и его психических ресурсов, которые способствуют адаптации в изменяющихся условиях.

Биопсихосоциальная система организма гибко и относительно устойчиво способна к адаптации в процессе развития и является важным механизмом в деятельности человека.

Однако хронические стрессы, возникающие в ходе профессиональной деятельности, могут привести к истощению психофизиологических и адаптационных ресурсов личности, нарушению механизмов деятельности функциональных систем, что приводит к дезадаптации человека. В связи с этим становится важным и ключевым диагностика маркеров дезадаптации, физических, психических и психосоматических симптомов.

С другой стороны, дезадаптация и нарушения в функциональных системах зависят от влияющих стресс-факторов (био-

логических, психических, социальных, профессиональных), это значит, что и от выбора приспособительных стратегий поведения (успешных – неуспешных), и от развития адаптационных механизмов зависит благополучие человека и успешность его деятельности.

Поэтому сегодня многие зарубежные и отечественные исследования в психологической науке посвящены механизмам психологической адаптации и психологической защиты личности, выбору стрессоустойчивого, совладающего поведения (копинг-поведения), основным копинг-стратегиям и ресурсам.

Феномен адаптации описывается в работах Г. Селье, И. П. Павлова, И. М. Сеченова, Ф. Б. Березина, А. Г. Маклакова, Д. А. Леонтьева, И. Б. Ушакова и др.

Адаптация в психологии характеризуется как система, которая через приспособительные динамические процессы подводит организм к изменившимся внешним условиям. Основное предназначение такой системы – сохранение гомеостаза.

Как только в системе «организм – среда» нарушается баланс, начинают включаться процессы адаптации, направленные на поддержание максимальной эффективности физиологических, психологических и поведенческих реакций, т. е. на поддержание динамического равновесия между ними.

Обычно выделяют *биологический* (психофизиологический), *социальный* (социально-психологический) и *психологический* аспекты адаптации, причем качественное своеобразие адаптационных процессов у человека состоит в их активном, личностно и социально опосредованном характере, дающем возможность произвольного (сознательного) контроля, в том числе ряда психофизиологических адаптационных реакций.

Еще одним аспектом адаптации рассматривают и *профессиональную адаптацию* – как приспособление человека к но-

вым для него условиям деятельности. Такой процесс для сотрудника ОВД происходит в тот период его жизни, когда он активно и сознательно включается в новую для него сферу правоохранительной деятельности и соответствующую социальную (и профессиональную) среду, условия, нормы, правила и привычки профессионального поведения в которой ему предстоит усвоить.

При этом процессы собственно профессиональной и социально-психологической адаптации, обладая относительной самостоятельностью, протекают во взаимодействии и взаимовлиянии друг на друга.

Рассматривая профессиональную адаптацию как динамическое, комплексное, системное явление, можно выделить следующие взаимосвязанные и взаимообусловленные компоненты этого процесса:

- 1) адаптация к содержанию профессиональной деятельности;
- 2) адаптация к условиям реальности;
- 3) адаптация к служебному коллективу;
- 4) адаптация к отношениям с руководством;
- 5) включение в первичную (малую) группу сослуживцев;
- 6) включение в процессы профессионального саморазвития (развитие мотивации, целеобразования, перестройка самоидентичности, овладение профессиональными знаниями, становление профессиональных умений, навыков и т. д.).

Понятие *социально-психологическая адаптация* подразумевает приспособленность человека к гармоничной жизнедеятельности в обществе, которая объединяет необходимость соответствовать требованиям социума и собственные потребности, мотивы, интересы.

Под социально-психологической адаптацией принято понимать процесс приобретения людьми определенного социально-психологического статуса, овладения теми или иными социально-

психологическими функциями. При этом статус социальной личности определяется местом, которое индивид занимает в социальной системе, характеризуется определенным набором его прав и обязанностей. Это также система межличностных отношений, определяющая права и обязанности личности, ее привилегии. Как известно, пребывая в различных социальных группах, человек может занимать разные позиции, иметь разный статус.

Приспособление психической деятельности человека к меняющимся условиям окружающей среды в целях сохранения гомеостаза называют психической адаптацией. Такое понимание предполагает рассмотрение психической адаптации как целостной, взаимосвязанной и многоуровневой системы биологических, личностных и средовых (социальных) компонентов и подразумевает установление оптимального соответствия личностных особенностей требованиям окружающей среды в ходе осуществления профессиональной деятельности.

Ф. Б. Березин, рассматривая адаптацию на психологическом и психофизиологическом уровнях, понимает под ней процесс сохранения не только физиологического, но и психического гомеостаза; оптимальное постоянное взаимодействие человека с окружающей средой и установку наиболее эффективного соответствия между физиологическими и психологическими факторами, в процессе формирования относительно стабильных психофизиологических отношений¹.

А. Г. Маклаков в своих исследованиях рассматривает адаптацию и как процесс, и как свойство организма. Что касается человека, отмечает он, «адаптация будет зависеть от его психо-

¹ Березин Ф. Б. Психологическая и психофизическая адаптация человека. Л. : Наука, 1988.

логических и когнитивных особенностей, например, от уровня самооценки»¹.

Он выделяет ряд особенностей, которые характеризуют адаптационный личностный потенциал: нервно-психическая устойчивость, самооценка личности, ощущение социальной поддержки, особенности построения контакта с окружающими, опыт социального общения, моральная нормативность личности и др.

Если уровень нервно-психического напряжения высокий, но человек не ощущает социальной поддержки, то уровень адаптационного потенциала личности не будет высоким. Другими словами, необходимо системное рассмотрение данных характеристик, для того чтобы понимать общий уровень адаптационного личностного потенциала.

Построение сбалансированной самооценки, приобретение опыта общения с людьми сопровождаются психологическим стрессом, но могут сопровождаться и психологическим кризисом.

Роль тревоги как сигнала неблагополучия и опасности заключается в том, что она активизирует механизмы психической адаптации. Психическая адаптация понимается не как пассивное приспособление, а как активный физиологический и психический процесс, который позволяет удовлетворять основные, жизненно важные потребности, поддерживать здоровье на должном уровне, а также регулировать поведение, деятельность и психические функции человека, приспособлять их к требованиям окружающей среды.

Как было отмечено выше, нарушение гомеостаза запускает механизмы адаптации при следующих условиях:

¹ Маклаков А. Г. Профессиональный психологический отбор персонала. Теория и практика.

- 1) внезапное и резкое изменение условий среды (это может оказать влияние на механизмы и эффективность адаптации);
- 2) переоценка и изменение целей, потребностей;
- 3) истощение физических и психических ресурсов.

Можно выделить два аспекта реализации психической адаптации, которые можно рассматривать соответственно двум типам преодоления стрессовых ситуаций:

1. Целенаправленные действия позволяют изменить стрессогенную ситуацию или выйти из нее, обеспечив осуществление потребностей в иных условиях. Это дает возможность снизить напряжение, не меняя сложившейся системы потребностей.

2. Уменьшить или устранить несоответствие между актуальными потребностями и возможностями их реализации возможно путем переориентации человека, трансформации системы потребностей, изменения их абсолютной или относительной значимости. Если этот процесс интрапсихической адаптации оказывается достаточно эффективным, то снижение психического напряжения возможно даже без преобразования среды.

Интрапсихическая адаптация реализуется при участии механизмов психологической защиты, позволяющих устранять или уменьшать тревогу путем изменения восприятия и оценки ситуации, в которой она возникает, поэтому наиболее значимыми индикаторами стресса являются показатели психической адаптации.

Деадаптивное состояние организма проявляется также на уровне негативных эмоций в результате восприятия ситуации как непреодолимой. Поэтому адаптивность тесно связана с готовностью организма к воздействию стресс-факторов, аффекта и фрустраций через интериоризацию, т. е. формирование ее посредством социального и личного опыта.

В своих исследованиях Ю. А. Александровский, Ф. Б. Березин, Ф. З. Меерсон, подтверждая теорию Селье об истощении

адаптационных ресурсов организма человека, связывают это и с нарушениями психической адаптации. Это приводит к дезадаптации и к срыву деятельности функциональных систем, выражается не только в физиологических болезнях, но и в психических и психосоматических расстройствах различной степени.

Именно поэтому очень важно изучить и выявить основные факторы риска психической дезадаптации, т. е. определить «маркеры» психологической уязвимости личности сотрудника ОВД.

Психологическим феноменом, который представляет собой обратную сторону адаптации, является дезадаптация, под которой подразумевается краткосрочное состояние индивида, когда он находится под воздействием новых факторов, в результате чего нарушен баланс между психикой и новыми требованиями окружающей среды.

Под *дезадаптацией* (от лат. *dis* – «отсутствие», *adaptatio* – «приспособление») понимается нарушение процессов приспособления к условиям среды, обусловленное психологическими проблемами. Это психическое состояние, как правило, наблюдается у индивидов, впервые оказавшихся в стремительно изменяющихся, опасных по природе ситуациях (т. е. экстремальных).

Причиной могут служить раздражители, длительно действующие на организм и превосходящие по параметрам пороги приспособительных возможностей организма при стресс-преодолевающем поведении.

Преодолевающее поведение и стресс – два нераздельных для человека процесса.

Это во многом связано со слабой сформированностью преодолевающего поведения, выбором неадекватных копинг-стратегий и слабостью психологических копинг-ресурсов у различных слоев населения. Выбор стратегии преодолевающего поведения во многом зависит от личностных особенностей человека.

9.2. Стресс-преодолевающее поведение и копинг-стратегии

Изучая процессы адаптации и адаптационный потенциал личности, отдельные исследователи обращали внимание на возможности и механизмы преодоления стрессовых состояний – копинг-поведение (от англ. *coping* – совладание, преодоление).

В настоящее время выделяют несколько подходов к толкованию данного понятия.

Первый, наиболее ранний подход, развиваемый в работах представителя психоаналитического направления Н. Хаан (1965, 1974), трактует его в терминах динамики «эго» – как один из *способов психологической защиты*, используемой для ослабления психического напряжения.

Второй подход определяет *coping* в терминах *черт личности* (диспозиционные концепции копинга) – как относительно постоянную предрасположенность индивидуума, устойчивый стиль реагирования на стрессовые события определенным образом. Авторы утверждают, что выбор определенных копинг-стратегий на протяжении всей жизни является достаточно стабильной характеристикой, слабо зависящей от типа стрессора.

И, наконец, согласно *третьему* подходу, разработанному Р. Лазарусом и С. Фоклман (1984, 1987), *coping* понимается как *динамический процесс* и рассматривается как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса (транзакциональный подход, или ситуационный).

Начиная с 1960-х гг. понятие «совладание со стрессом» использовалось при описании механизмов психологической защиты.

Термин «защита» тогда впервые появился в работах З. Фрейда в ходе исследований им неврозов.

По представлению Фрейда, «психологическая защита является врожденной и выступает как средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. Цель защиты заключается в ослаблении интрапсихического конфликта (напряжения, беспокойства), обусловленного противоречием между инстинктивными импульсами бессознательного и интериоризированными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия»¹.

В качестве защитных механизмов им рассматриваются вытеснение, проекция, сублимация, замещение, рационализация, реактивное образование, регрессия, интеллектуализация, отрицание, которые способны регулировать и стабилизировать состояния личности через уменьшение тревоги, возникающей при внутриличностных конфликтах.

Е. С. Романова, рассматривая онтогенетические механизмы защиты, отмечает: «В широком психологическом контексте психологическая защита включается при возникновении негативных, психотравмирующих переживаний и во многом определяет поведение личности, устраняя психический дискомфорт и тревожное напряжение. По своим проявлениям она является формой бессознательной психической активности, формирующейся в онтогенезе на основе взаимодействия типологических свойств с индивидуальным, конкретно-историческим опытом развития личности в определенной социальной среде и культуре»².

Л. Мерфи рассматривает понятие *coping* (1962) применительно к поведению человека в условиях стресса, через врожденные (рефлексы и инстинкты) и приобретенные (сдержанность, владение собой) формы.

¹ Романова Е. С., Гребенников Л. Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи : Талант, 1990. С. 67–81.

² Там же.

Теоретические же положения концепции копинга разрабатываются в работе Р. Лазаруса *Psychological Stress and the Coping Process*. С этого момента копинг начинает рассматриваться как центральное звено стресса, в виде стабилизирующего фактора адаптации.

Копинг в понимании Р. Лазаруса означает «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия (как в ситуации, связанной с большой опасностью, так и в ситуации, направленной на большой успех), поскольку эти требования активируют адаптивные возможности»¹.

Сущность копинга заключается в деятельности личности по выбору определенной стратегии поведения, направленной на сохранение баланса, вызванной требованиями среды и личностными ресурсами.

Совладание со стрессом представляет собой динамический процесс выбора формы совладания в стрессовой ситуации или изменения своего отношения к стресс-фактору.

В работах Р. Лазаруса и С. Фолкман совладание рассматривается как «постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия, направленные на управление специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются с точки зрения соответствия ресурсам индивида»².

По их мнению, взаимодействие среды и личности регулируется двумя ключевыми процессами: когнитивной оценкой и копингом.

¹ Лазарус Р. Совладание (coping) // Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. 2-е изд. СПб. : Питер, 2003.

² Folkman S., Lazarus R. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo-Alto, CA. 1988.

В ходе стресса личность, по мнению Р. Лазаруса и С. Фолкман, осуществляет первичную и вторичную когнитивную оценку.

Первичную оценку стрессогенного воздействия необходимо произвести, задав вопрос: «Что это значит для меня лично?» Например, угроза, риск, увечье. Восприятие данных факторов может вызвать у нас различные эмоции (тревожность, злость, страх, подавленность).

Вторичная когнитивная оценка позволяет оценить свои собственные возможности по разрешению стрессовой ситуации. Она происходит при постановке вопроса: «Что я могу сделать?»

Структура копинг-процесса у Р. Лазаруса и С. Фолкман состоит из последовательности: «восприятие стресса – когнитивная оценка – возникновение эмоций – выработка стратегий преодоления – оценка результата действий»¹.

Как было отмечено выше, Р. Лазарус и С. Фолкман многообразие копинг-стратегий, выбираемых личностью, разделили на две категории: действия, направленные на себя, и действия, направленные на окружающую среду.

Группа стратегий, *направленных на себя*, состоит в большей степени из когнитивных и интрапсихических способов совладания:

1) *поиск информации*: сосредоточение внимания, визуализирование (представление и воображение), запоминание и т. д. В соответствии с характером стрессовой ситуации поиск информации может быть направлен на изучение всех характеристик события или на состояние человека, его возможностей для действия по воссозданию благополучия;

¹ Folkman S., Lazarus R. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo-Alto, CA. 1988.

2) *подавление информации*: наоборот, отвлечение внимания, постепенное исчезновение информации, поиск отвлекающих мыслей и занятий;

3) *переоценка*: изменение или замена оценок, сравнение с другими, нахождение нового представления (значения) относительно происходящих событий;

4) *смягчение*: смягчающие способы поведения, нацеленные на сглаживание эмоций через когнитивные усилия (самоупокоивание, *self-instructions*) или инструментальные (поведенческие) действия (эмоциональная разрядка при помощи курения, употребления наркотика, психотропных веществ, а также еды или алкоголя);

5) *самообвинение*: внутрикарательное когнитивное поведение, т. е. внутренняя активность, направленная на самообвинение, самокритику или жалость к себе. Самонаказание может происходить более или менее выражено, например, от легкой степени – принятие ответственности и достигать большей степени выраженности – аутоагрессивных фантазий;

6) *обвинение других* или экстрапунитивные (*extrapunitive*) реакции: агрессивное обвинение других людей или обстоятельств, проявление гнева.

Вторая группа стратегий представляет собой инструментальные попытки совладания, *направленные на окружающую среду*:

1. Стратегии совладания в условиях, создающих *угрозу психологическому благополучию* личности, и *неоднозначных ситуациях*:

а) *активное, инструментальное воздействие на стрессор*: попытки влиять или противостоять влиянию другого человека; в неоднозначных ситуациях – активное расследование (изучение) источника стресса (подвергая сомнению или обращаясь за разъяснениями и т. д.);

б) *уклончивое поведение*: уход или удаление от источника стресса;

в) *пассивное поведение*: колебание, ожидание или отставка (отказ от действий).

2. Стратегии совладания в ситуациях потери (например, потери отношений) или *неудачи*:

а) *действия, направленные на предотвращение* надвигающейся потери или отказа (неудачи);

б) *действия, направленные на переориентацию* со значимых объектов, поиск источников эквивалентной замены (заместителя);

в) *пассивное поведение*: ожидание, колебание или отставка.

Начиная с 1987 г. Р. Лазарус и С. Фолкман начинают рассматривать копинг-стратегии, исходя из двух основных функций копинга: с выделением *активного и пассивного типа поведения* (рис. 9.1).



Рис. 9.1. Копинг-стратегии

Кроме того, изучая различные ситуации, Р. Лазарус и С. Фолкман в 1988 г. разработали опросник для измерения видов копинг-стратегий (табл. 9.1).

Таблица 9.1

Опросник для измерения видов копинг-стратегий

№	Виды копинг-стратегий	Эмоциональная сфера	Поведение	Когнитивная сфера
1	<i>Конфронтация</i>	Возбуждение, агрессивность, злость, досада, настойчивость, прямолинейность, отсутствие гибкости	Усиление активности (импульсивность, непоследовательность, хаотичность)	Дезорганизация мыслительной деятельности, отсутствие плана действий
2	<i>Дистанцирование</i>	Сохранение равновесия, сознательные усилия по подавлению неприятных переживаний, стремление к эмоциональному отстранению от ситуации	Сохранение привычного поведения (на стереотипах, автоматизмах) переключение внимания на более актуальные виды деятельности	Отстранение негативных, пессимистических мыслей, отказ от размышлений и поиск положительных сторон
3	<i>Самоконтроль</i>	Подавление, сознательные усилия по сохранению самообладания, уверенности и оптимизма	Повышение контроля за действиями, высказываниями, проявление сдержанности в своих спонтанных проявлениях	Активация мыслительной деятельности, повышение внимательности и осторожности, продумывание действий, настороженность (бдительность) к внешним сигналам

Продолжение табл. 9.1

4	<i>Поиск социальной поддержки</i>	Эмоциональная включенность в ситуацию, сосредоточенность, обеспокоенность или угнетенность, потребность в защите и безопасности, сочувствии, принятии	Активное взаимодействие, общение с другими людьми	Активный сбор информации, восприятие чужого опыта, постоянное проговаривание ситуации с другими
5	<i>Принятие ответственности</i>	Чувство вины, депрессивные проявления, отчаяние, подавленность, угрызания совести	Неуверенность, непоследовательность действий, беспомощность, переход в зависимую позицию, попытки вызвать снисхождение	Растерянность, отсутствие плана, ориентация на внешнюю оценку, неустойчивость в представлениях, самообвинения в собственной некомпетентности застревание на ошибках

Окончание табл. 9.1

6	<i>Бегство-избегание</i>	Тревожность, эмоциональное напряжение	Снятия напряжения с помощью алкоголя, пассивность, отсутствие какой-либо деятельности по изменению ситуации, уход от активных действий	Избегание проблемы, отказ задумываться о своей роли в ней, отсутствие попыток решения, фантазирование о благоприятных вариантах развития ситуации
7	<i>Планомерное решение проблем</i>	Сосредоточенность, уравновешенность, самообладание	Активное взаимодействие с ситуацией, с людьми, попытки решения проблемы	Усилия по поиску способов решения проблемы, анализ ситуации, обращение к прошлому опыту
8	<i>Положительная переоценка</i>	Сохранение веры, надежда, оптимизм	Обычное, повседневное	Анализ ситуации, поиск ее позитивного смысла; переосмысление себя, своих отношений; сосредоточение внимания на выводах, нахождение пользы/выгоды из ситуации

Сегодня ряд исследователей (В. А. Абабков, Е. Р. Исаева, И. Б. Лебедев, Н. А. Сирота) предлагают рассматривать совладающее поведение через стратегии: ситуации; переоценки ситуации; снятия эмоционального напряжения.

9.3. Содержание и формы стресс-преодолевающего поведения сотрудников органов внутренних дел в процессе выполнения служебных задач

Одним из наиболее привлекательных подходов к изучению надежности субъекта деятельности является рассмотрение ее с точки зрения ресурсного подхода, количества, типа и степени истощения ресурсов.

Ресурсный подход является удобной метафорой для отражения цены деятельности и позволяет оценить как психические, психофизиологические, психологические «затраты» субъекта на достижение поставленных профессиональных целей, так и «доходы», степень реализации и субъективную значимость достигнутых целей с помощью профессиональной деятельности.

Поэтому такие ресурсы основываются на тех свойствах и характеристиках личности, которые способны обеспечивать психологические возможности стрессоустойчивого поведения, а также способствовать выбору оптимальных и эффективных вариантов совладания.

Поведение индивида, регулируемое и сформированное посредством использования копинг-стратегий с учетом копинг-ресурсов, определяется как *копинг-поведение*.

Ресурсы личности сотрудника ОВД в значительной степени определяют способность к построению интегрированного поведения при выполнении служебных задач, что позволяет даже в условиях фрустрации, психической напряженности сохранить устойчивость избранной линии поведения, соразмерно учиты-

вать собственные потребности и требования окружения, соотносить немедленные результаты и отставленные последствия тех или иных поступков.

Психическая устойчивость связывается с умением человека ориентироваться на определенные цели, характером временной перспективы, организацией своей деятельности.

По мнению многих психологов, успешность адаптации к жизненным стрессам во многом определяется эффективностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов. Так, например, С. Фолкман (1984) выделяет следующие виды копинг-ресурсов:

- 1) физические (здоровье, выносливость и т. п.);
- 2) психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль);
- 3) социальные (индивидуальная социальная сеть, социальные поддерживающие системы и т. д.);
- 4) материальные (деньги, оборудование и т. д.).

В настоящее время в исследованиях российских ученых встречаются такие понятия, как *адаптационный потенциал*, *личностный адаптационный ресурс* (А. Г. Маклаков, А. Г. Портнова, А. М. Богомолов).

К *личностным* (индивидуально-психологическим) *адаптивным ресурсам* (копинг-ресурсам) относят социально-нравственные качества (Я-концепция, мотивация, моральная нормативность); эмоционально-волевые качества (стрессоустойчивость, волевой контроль поведения, психологическая устойчивость личности, локус контроль, эмпатия, способность оказывать и воспринимать социальную поддержку), когнитивные качества (уровень когнитивного развития, резервы психических функций), типологические (тип ВНД, сила, уравновешенность, подвижность нервных процессов) и регуляторные

качества (уровень профессиональной подготовленности, знания, умения, навыки, опыт).

В качестве личностно-средовых дезадаптивных ресурсов рассматриваются нервно-психическая неустойчивость, низкий волевой контроль поведения, отсутствие социальной поддержки в виде социально поддерживающей сети, а также психологические особенности личности, не обеспечивающие стрессоустойчивость.

Еще одним подходом к преодолению стрессовых ситуаций в профессиональной деятельности сотрудника полиции является развитие навыков позитивного мышления, основанных на изменении отношения сотрудников к потенциально стрессогенной ситуации и переоценке возможностей справиться с ней.

Эмпирически установлено, что современные менеджеры часто прибегают к «нездоровым» формам поведения как способам преодоления профессионального стресса, например, к употреблению алкоголя и содержащих кофеин напитков, а также курению.

Весь характер профессиональной деятельности сотрудников ОВД включает в себя постоянное негативное воздействие криминальных структур, организованной преступности, высокой нервно-психической нагрузки, что обуславливает высокий уровень психосоматической и нервно-психической заболеваемости, профессиональной деформации личности в виде агрессивности, обеднения эмоциональной сферы, смещение мотивационных и морально-нравственных ценностей. Это, в свою очередь, приводит к снижению эффективности профессиональной деятельности.

Как отмечает И. Б. Лебедев, «эффективность профессиональной деятельности специалистов экстремального профиля в сложных, напряженных и, особенно, экстремальных ситуаци-

ях тесно связана и определяется сформированностью адаптивных стратегий копинг-поведения, которые имеют особенности проявления у сотрудников ОВД в различных стрессовых ситуациях, у лиц с различным опытом участия в боевых действиях, уровнем психосоматического здоровья, риска суицидов и ПТСР»¹.

Результаты обследования влияния негативных факторов стресса служебной деятельности на сотрудников ОВД позволили выявить наиболее часто проявляющиеся симптомы в виде невротических расстройств, психосоматических заболеваний, профессиональной деформации, истощения функциональных ресурсов, что приводит к неэффективному выполнению служебных обязанностей. Данный факт также характеризует несформированность у таких сотрудников адаптивных стратегий копинг-поведения.

В подтверждение этому И. Б. Лебедев отмечает, что «структура базисных копинг-стратегий различается у сотрудников ОВД с различным уровнем психосоматического здоровья, риска суицида и выраженностью посттравматических стрессовых расстройств. Для лиц, имеющих психосоматические заболевания, риск суицида и признаки посттравматических стрессовых расстройств характерно значительное превалирование стратегий «поиск социальной поддержки» и «избегание» при низкой степени выраженности стратегии «разрешение проблем»².

При нахождении в состоянии хронического стресса сотруднику полиции необходимо корректно оценивать ситуацию, в которой он находится, определиться и выбрать ту стратегию поведения, которая способна конструктивно разрешить нахож-

¹ Лебедев И. Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс-преодолевающего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2002.

² Там же.

дение в стрессовой ситуации, применяя для этого личностные и социальные ресурсы.

Список литературы

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

2. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 270 с.

3. Бурцев, А. О. Копинг-поведение в профессиональной деятельности руководителей территориальных органов МВД России : научно-практическое пособие / А. О. Бурцев. – М. : Академия управления МВД России, 2022. – 98 с.

4. Исаева, Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. – СПб. : СПбГМУ, 2009. – 136 с.

5. Крысько, В. Г. Словарь-справочник по социальной психологии / В. Г. Крысько. – СПб. : Питер, 2003. – 415 с.

6. Лебедев, И. Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс-преодолевающего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / И. Б. Лебедев. – М., 2002. – 30 с.

7. Маклаков, А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 16–24.

8. Сирота, Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 1994. – № 1. – С. 63–74.

9. Folkman, S. Stress, appraisal, and coping / S. Folkman, R. Lazarus. – New York : Springer, 1984. – 445 p.

10. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process / R. Lazarus. – New York : McGraw, 1966. – 466 p.

Лекция 10

Психологические средства ситуативной регуляции психического состояния и управления стрессом

Учебные вопросы:

10.1. Классификация методов оптимизации психических состояний в профессиональной деятельности сотрудников ОВД.

10.2. Оптимальное боевое состояние как психологическая основа стресс-преодолевающего поведения.

10.3. Психотехники управляемой саморегуляции негативных психических состояний и стрессов.

10.1. Классификация методов оптимизации психических состояний в профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел

Наличие опасных ситуаций, угрожающих жизни граждан и самих сотрудников, требует практически от каждого сотрудника правоохранительных органов постоянной бдительности и готовности действовать в любой момент, даже с применением оружия. Совокупность морально-психологических и боевых характеристик сотрудников, которые позволяют им в любой момент и в любой обстановке выполнять все возложенные на них функции по обеспечению законности, безопасности и правопорядка, называется их внутренней (психологической) готовностью.

Психологическая готовность сотрудника полиции выполнять свои функциональные обязанности зависит от знаний и умений, а также навыков применения тех или иных методов и приемов нейтрализации стресса, регуляции психических состояний и управления стрессом.

Предпочтение выбора метода или средств регуляции своих состояний должно соответствовать не только вкусам, но и определенным индивидуально-психологическим особенностям личности (принцип индивидуального подхода). Важно, выбрав для себя приемлемый метод психологической саморегуляции, придерживаться в дальнейшем одного неперемennого условия – постоянности и регулярности в овладении ее приемами.

Сегодня практический интерес представляет исследование вопроса о том, почему люди обращаются к применению методов психологической саморегуляции, какие ими движут при этом мотивы.

В ходе исследования посещающих занятия и тренинги по психологической саморегуляции (далее – ПСР) было выявлено, что главная причина посещения ими занятий заключается в неудовлетворенности своим негативным состоянием (ее указали 46 % обследуемых). Это выразалось у них в частых проявлениях раздражительности; неуравновешенности; чувстве внутреннего напряжения, плохом настроении; депрессии, отсутствии радости жизни; частых переживаниях беспокойства, тревоги, страха, усталости, вялости; низкой работоспособности, плохой выносливости.

На второе место (25 %) вышли проблемы отношений и самооценки: отсутствие внутренней свободы и способности влиять на жизненную ситуацию; отсутствие уверенности в себе и в завтрашнем дне; нехватка силы духа; неудовлетворенность межличностными отношениями; неадекватная самооценка (либо заниженная, либо завышенная оценка своей активности, силы своего «Я»).

На третьем месте (22 %) оказались болезненные симптомы: плохое самочувствие, частые боли, нарушение сна, проблемы с излишним весом.

7 % объяснили свой приход на занятия потребностью в самореализации, стремлением познать и расширить свои возможности.

Сегодня в психологической науке можно встретить множество подходов к классификации методов саморегуляции.

Так, Н. Е. Водопьянова и Е. С. Старченкова¹ выделяют психотехники, направленные:

1) на изменение содержания сознания – переключение внимания на другие виды деятельности, предметы окружающей обстановки и др.;

2) управление физическим «Я» – регуляция дыхания, темпа движений, речи, снятие напряжения в теле;

3) репродукцию ресурсных состояний или позитивных образов;

4) отражение своего социального «Я» – умение ставить цели, управлять временем, учиться комфортно чувствовать себя в любых социальных ситуациях;

5) работу с иррациональными убеждениями;

6) позитивное внушение или самовнушение. Сегодня принято считать, что человек способен влиять на самого себя, применяя три направления, используемые в ПСР:

- изменение тонуса скелетных мышц и дыхания;
- активное включение представлений и чувственных образов;
- использование программирующей и регулирующей роли слова.

ПСР представляет собой регуляцию различных процессов и действий организма, осуществляемую им самим с помощью своей психической активности (самовоздействия). При этом за основу ПСР принимается самовнушение как сложный волевой процесс, обеспечивающий целевое формирование готовности

¹ Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика : практическое пособие. 3-е изд., испр. и доп. М. : Юрайт, 2017. С. 443–462.

организма к определенному действию и при необходимости – его реализации.

В основу регуляции стрессовых состояний лиц, испытывающих чрезмерное нервно-психическое напряжение, положены принципы патогенетического подхода, обоснованного В. Н. Мясищевым¹.

Сущность этого подхода состоит в том, что функциональные нарушения нервно-психической деятельности теснейшим образом связаны не только с объективными характеристиками психогении, психотравмирующей ситуации, но и, в первую очередь, с особенностями системы отношений личности индивида, оказавшегося в экстремальной ситуации и действующего в ней. Тип нервно-психических нарушений, их глубина и клинические проявления зависят не только от специфики ситуации, но и от того, каким образом к ней относится субъект, как он ее оценивает, какое значение ей придает и какую позицию в данной ситуации занимает. Основными приемами саморегуляции при этом являются внушение и самовнушение.

К одним из методов самовнушения относятся самовнушение по Э. Куэ. Данный метод основан на многократном повторении формулы, содержащей утверждения о хорошем здоровье того или иного органа, хорошем самочувствии, настроении, уверенности в себе и т. д. Сознательное самовнушение по Э. Куэ – лечебный метод, позволяющий подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными.

¹ Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л. : Ленинградский университет, 1960.

Все системы, которым присущи процессы управления, в то же время являются системами самоуправляемыми и саморегулирующими.

Главный отличительный признак самоуправляемых систем заключается в том, что они выступают, прежде всего, как системы функциональные. Процесс самоуправления в них направлен на сохранение собственной целостности и качественной определенности, самообеспечение системой внутренних и в известной степени внешних условий ее сохранения и развития.

В самом общем случае под психическим самоуправлением (саморегулированием) понимаются сознательное воздействие человека на присущие ему психические явления (процессы, состояния, свойства), выполняемую им деятельность, собственное поведение с целью поддержания (сохранения) или изменения характера их протекания (функционирования).

Овладение методикой ПСР позволяет развить повышенную восприимчивость к самообращению, самопобуждению, самоприказу и т. д., т. е. волевым механизмам саморегуляции.

Установлено, что систематическое использование различных модификаций методик ПСР позволяет нормализовать эмоционально-энергетические характеристики психики, в частности закрепить преимущественные позитивные психические состояния.

К. Изард отмечает три способа саморегуляции, устраняющие нежелательное эмоциональное состояние¹:

- 1) другая эмоция;
- 2) когнитивная регуляция;
- 3) моторная регуляция.

¹ Изард К. Э. Психология эмоций. СПб. : Питер, 1999.

Первый способ регуляции предполагает сознательные усилия, направленные на активацию другой эмоции, противоположной той, которую человек переживает и хочет устранить.

Второй способ связан с использованием внимания и мышления для подавления нежелательной эмоции и установления контроля над ней. Это переключение сознания на события и деятельность, вызывающие у человека интерес, положительные эмоциональные переживания.

Третий способ предполагает использование физической активности как канала разрядки возникающего эмоционального напряжения.

Частные способы регуляции эмоционального состояния (например, использование дыхательных упражнений, защитных механизмов, изменение направленности сознания) в основном укладываются в три глобальных способа, отмеченных Изардом.

Таким образом, в настоящее время разработано много различных способов саморегуляции: релаксационная тренировка, аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, медитация, среди которых особо выделяются методы волевой саморегуляции.

Волевая саморегуляция (ВР) является одним из видов и составной частью комплексного умения владеть собой.

Волевая саморегуляция, как отмечает А. В. Родионов, заключается в применении приемов самоуправления: концентрации внимания и сил, самоконтроля, самооценки, самоуспокоения и самоободрения, самопобуждения, самопринуждения.

Самоконтроль заключается в сличении собственного поведения и состояния с требуемыми оптимальными показателями деятельности. Техника основана на умении сотрудником ОВД поставить себе контрольные вопросы типа:

1) поведение – «Веду ли я себя сейчас так, как надо, как этого требуют долг, честь, моя ответственность, задача?»;

2) действие – «Все ли делаю для достижения успеха? Работают ли с должной самоотдачей? Правильно ли действую?»;

3) наблюдение – «Внимательно ли наблюдаю за всем необходимым?»;

4) мышление – «На что направлены мои мысли? Все ли правильно понимаю? С умом ли действую?»;

5) состояние – «Оптимально ли мое состояние? Способствует ли решению задачи или мешает?».

Самооценка является основой самопознания (рефлексии). Она строится на основе честных ответов на поставленные контрольные вопросы, критической оценке фактических результатов своих действий сотрудником ОВД, сравнении достигнутого с возможным и требуемым, себя с другими.

При этом важно:

1) судить о себе не по словам и мнению о себе, а по делам, достижениям, учитывать мнения других о себе;

2) сравнивать себя не с теми, кто заведомо хуже и слабее, а с лучшими;

3) оценивать не внешние показатели своей личности, а внутренние, психологические (реальные мысли, мотивы, желания и др.);

4) сопоставлять то, что планировал, что намеревался добиться с тем, что получилось, и отвечать на вопрос «почему?»;

5) объяснять себе причины неудач, не лукавить, искать причины в себе, а не в других;

6) честно отвечать себе на вопрос: «Все ли сделал, чтобы добиться успеха, какие слабости проявил, что и как можно улучшить?».

Основная задача в волевой саморегуляции – приучить себя каждый день, неделю, месяц, год завершать самоконтролем и самооценкой.

Самоуспокоение и самоободрение может осуществляться регуляцией мыслительной и двигательной активности:

1) произвольным воспроизведением в своем сознании мыслей, образов, воспоминаний, которые сопряжены с приятными чувствами;

2) отключением от сильно и негативно действующего на психику фактора, переключением внимания, мыслей, двигательной активности на что-то другое;

3) отключением от тревожных мыслей о возможных неблагоприятных последствиях и концентрации внимания на спобах и приемах, технике умелого выполнения действий;

4) переключением мыслей на свою подготовленность, самонапоминанием о собственном профессионализме, самоубеждением в отличной подготовленности, воспоминаниями об успехах и достижениях, когда-то имевшихся;

5) самопринуждением хоть к какому-то делу в ситуациях тревожного бездеятельного (пассивного) ожидания;

6) волевым сдерживанием порывистых движений, суеты, намеренным замедленным их выполнением (походка, жесты, повороты, наклоны);

7) приданием мимике лица спокойного, слегка улыбчивого и уверенного выражения (выражением глаз, разглаживанием складок лба, ослаблением напряжения челюстных и губных мышц);

8) принятием уверенной, спокойной позы;

9) потряхиванием свисающими руками и плечами;

10) поглаживанием или легким ободряющим похлопыванием себя по бедрам, груди;

11) «умыванием» лица обеими ладонями;

12) выполнением нескольких глубоких вдохов и уверенных выдохов;

13) использованием средств, вызывающих резкие ощущения: обтиранием холодной водой или льдом, жеванием кусочка лимона, соленого огурца или чего-нибудь горького, употреблением крепкого кофе, освежающего и тонизирующего напитка;

14) имитацией нескольких коронных, решительных движений;

15) резкими движениями руками с решительным сжатием или соударением кулаков или ладоней;

16) изданием возгласов, выражающих готовность к действию, уверенность и решимость.

Самопобуждение как метод активизации своих устремлений, мобилизации сил, напряжения воли осуществляется посредством самооценки, самоубеждений, самообязательств, самопоощрением, самоодобрением, самокритикой, самоосуждением, следованием идеалу, примеру.

Самокритика может выражаться в остром и невыгодном сравнении себя с другими («Чем я хуже других? Неужели я такой слабовольный, что не могу заставить себя?»). Можно принудить себя к выполнению нужного дела (например, отказаться от какой-то вредной привычки) гласным самообязательством, клятвенным обещанием перед товарищами, коллективом сделать нужное, с какими бы трудностями ни встретился.

Самопоощрения и самонаказания – мысленное проговаривание самопоощрений и самонаказаний («Ты сегодня молодец! Можешь позволить себе сегодня вечером отдохнуть!», «Вчера потерял день по своей вине, проявил слабость воли. Сегодня и завтра – никаких развлечений! Работать с полной отдачей до полуночи!»).

Самопринуждение – способ заставить себя делать что-то как нужно, даже если этого не хочется. Наиболее эффективно он реализуется с помощью *самоприказов* – мысленной формулировки и проговаривании про себя (нередко многократном) приказа себе, выраженного категорично, резко, повелительно,

кратко. Хорошо сопровождать его резкими и решительными жестами (сжатием кистей в кулак, рубящим движением руки, спокойным поглаживанием и др.), занятием соответствующей позы (расслабленной или предельно собранной для начала действия и др.), возгласом определенной интонации и громкости, мимикой.

Самоприказы могут быть такими: «Хватит валяться! Сядь за стол, берись за работу! Пока не кончишь, не вставать!», «Держись!», «Не хныкать!», «Возьми себя в руки!», «Хватит колебаться! Действуй!», «Не торопись! Спокойно!», «Не отвлекайся!», «Расслабься! Успокойся!», «Собрать силы!» и пр. При обучении в группе под руководством преподавателя самоприказы произносятся вслух, последовательно отрабатываются голосом, мимика, жесты, позы, все в комплексе.

10.2. Оптимальное боевое состояние как психологическая основа стресс-преодолевающего поведения

Представление о том, как формировать наилучшее психофизическое соревновательное состояние спортсменов, сложилось к концу 60-х гг. прошлого столетия. Сформировавшаяся концепция получила название «оптимальное боевое состояние» (далее – ОБС). Эта концепция разработана А. В. Алексеевым (врачом-психиатром, психотерапевтом, психогигиенистом в области спорта) для того, чтобы спортсмены могли самостоятельно выходить на пик своих возможностей во время соревнований¹.

Он раскрывает систему психической подготовки спортсмена, основанную на двух главных положениях:

1. Каждый спортсмен должен досконально знать, из каких элементов (психических и физических) складывается его

¹ Алексеев А. В. Преодолей себя! Психическая подготовка в спорте. Ростов н/Д., 2006.

наилучшее психофизическое соревновательное состояние (каждому необходимо иметь модель-эталон такого своего психофизического состояния, которое обеспечивает успешную, победную реализацию имеющегося практического опыта).

2. Спортсмены должны владеть всеми возможностями, которые заложены в методе психической саморегуляции, т. е. в методе аутотренинга. Овладение психической саморегуляцией значительно облегчает самостоятельное достижение наилучшего психофизического соревновательного состояния.

А. В. Алексеев отмечает, что успешность тренировок (и особенно соревновательного выступления) в большой степени зависит от того психофизического состояния, в котором находится спортсмен¹.

Понятия «оптимальность», «оптимизация» сейчас широко используются во многих сферах нашей жизни и в каждом виде деятельности имеют вполне определенное содержание. Оптимизировать – значит улучшать, но не вообще, а те конкретные качества, которые обеспечивают наиболее успешное решение поставленной задачи.

Симптомы тревожности в предстартовом состоянии – это субъективные события, происходящие в задействованных системах: нервозность (эмоциональная), мышечное напряжение (моторная), желание сбежать (мотивационная), торможение речи и движений (поведенческая), многочисленные страхи, ослабление памяти и выборочная концентрация внимания (когнитивная).

Субъективно переживаемое чувство тревоги заставляет организм в ответ на опасность принять защитные меры. Непосредственная реакция, например, оцепенение, имеет место практически мгновенно; функция тревоги состоит в том, чтобы

¹ Алексеев А. В. Преодолей себя! Психическая подготовка в спорте. С. 7.

побуждать человека к выбору подходящей стратегии поведения после того, как он оценил степень опасности. Тревога стимулирует человека к мобилизации активных адаптивных механизмов уменьшения опасности. Тревоге присуща важная защитная функция, состоящая в том, что тревога увеличивается по мере приближения к источнику опасности и уменьшается по мере удаления от него. Мотивация уменьшения опасности посредством удаления от ее источника усиливается, когда уменьшается чувство тревоги.

Если спортсмен хочет выступить наилучшим образом, он должен непосредственно перед началом соревнования ввести себя в оптимальное боевое состояние и сохранять его до конца борьбы.

Такое понятие, по мнению А. В. Алексева, более точно описывает феномен активации спортсменов перед стартом с учетом их индивидуальных особенностей и физической подготовленности.

ОБС соотносится с понятиями «спортивная форма» и «пик спортивной формы». Образно говоря, спортивная форма – это пирамида с довольно широким основанием, вершина которой называется пиком спортивной формы. А оптимальное боевое состояние – самая высшая точка на этом пике. Поэтому-то так трудно его достичь, поэтому-то оно столь редко возникает само по себе. И пока им не овладеешь, оно весьма неустойчиво.

ОБС – это наилучшее психофизическое состояние, при котором человек начинает показывать свои самые высокие результаты и действует самым успешным образом. Система вхождения в ОБС есть система сознательного обретения состояния вдохновения, которое всегда окрыляет и позволяет проявить себя самым наилучшим образом.

ОБС включает в себя три составных компонента: физический, эмоциональный и мыслительный:

1. *Физический компонент ОБС* – это совокупность чисто физических качеств и соответствующих им ощущений в организме, таких как сила, гибкость, легкость, подвижность, расслабленность, чувство свободного, глубокого дыхания, хорошей работы сердца и т. д. Подобные ощущения, как известно, полностью зависят от качества физической и технической подготовки сотрудника ОВД.

Представим организм машиной, состоящей из двух основных тесно взаимосвязанных частей. Первая часть – головной мозг. Его основная функция – осмысливать и планировать предстоящую деятельность. Вторая часть – все остальные органы тела: мышцы, суставы, сердце, сосуды, легкие, эндокринные железы, желудок, кишечник, почки, печень и т. д. Их функция – физически выполнять то, что было запрограммировано в психическом аппарате, в головном мозге.

Итак, на пути достижения ОБС головной мозг – это программирующая часть, а все остальное тело – исполняющая, и эти обе части прочно соединены в единое целое.

Когда физический компонент достигает своего оптимума, у сотрудника это проявляется в субъективных, причем весьма своеобразных ощущениях. Так, есть немало бегунов, у которых при приближении к пику спортивной формы перед наступлением ОБС появляется удивительно приятное чувство – для них становится легче и естественнее бегать, чем ходить.

2. *Эмоциональный компонент*. В спортивной практике прочно утвердилось понятие «уровень эмоционального возбуждения». Под уровнем эмоционального возбуждения понимается определенная сила волнения, в которой находится человек. Если волнение велико, говорят об очень высоком уровне эмоционального возбуждения. Когда же наступает успокоение, констатируют, что уровень эмоционального возбуждения снизился,

упал. Нетрудно заметить, что понятие об уровне эмоционального возбуждения позволяет ориентироваться в силе переживаний человека, в частности в спортивной практике.

Очень важно хорошо усвоить следующее: полицейская деятельность будет успешной, если она протекает на фоне оптимального для данной деятельности уровня эмоционального возбуждения. Лишь редкие сотрудники сознательно вызывают у себя тот уровень эмоционального возбуждения, который оптимален для очередной тренировки или наступающего момента выполнения задачи.

3. *Мыслительный компонент.* Понятие «мыслительный» применяется здесь несколько условно, так как и физический и эмоциональный компоненты ОБС в той или иной степени всегда связаны с мыслительными процессами. Например, такие физические чувства, как свежесть мышц, их способность взорваться – не только физические, но и эмоциональные, и мыслительные. Так и любое эмоциональное состояние, как правило, осмысливается или, во всяком случае, может быть осмыслено. Тем не менее, наблюдения показывают, что есть такие элементы в ОБС, которые лучше выделить в специальную группу – группу мыслительных процессов.

Мобилизованное состояние организма – первейшее и обязательное условие, обеспечивающее возможность успешного выполнения любой трудной деятельности. Ведь человек, находящийся в состоянии обычной повседневной, пусть и очень хорошей нормы, не в силах реализовать ту или иную трудную деятельность – его организм не готов к этому.

Общая суть оптимального боевого состояния – достижение следующих качеств:

1. Физический компонент: опорно-двигательный аппарат (в первую очередь, скелетные мышцы) предельно раскован, со-

грет, размят, послушен, способен мгновенно включаться в максимальную активность и также легко выключаться из нее для восстановления сил.

2. Эмоциональный компонент: оптимальный для данной конкретной ситуации уровень психоэмоционального возбуждения.

3. Мыслительный компонент: голова ясная, мыслит быстро, четко, адекватно ситуации.

Умение концентрировать внимание на определенных предметах и ситуациях, а также регулировать его – действенный способ управления эмоциональным состоянием.

Когда необходимо уменьшить волнение (например, при состоянии предстартовой лихорадки), целесообразно делать упражнения на расширение и сужение кругов внимания: из большого круга нужно переходить в малый или внутренний и обратно.

Можно *концентрировать внимание и на дыхании*. Очень подходит для этого так называемое вечернее дыхание, при котором выдох длиннее вдоха и используется брюшное или диафрагмальное дыхание, когда во время вдоха живот несколько выпячивается, а при выдохе втягивается, как бы вытесняя воздух из легких.

Известно, что фаза вдоха является мобилизующей, а фаза выдоха – успокаивающей. Следовательно, если вам надо успокоить себя, прибегните к «вечернему» дыханию: после короткого энергичного вдоха сделайте несколько удлиненный выдох, а затем задержите дыхание. Лучше это делать на счет (например, вдох – на 4 счета, выдох – на 6, паузу – на 2). Если вы хотите мобилизовать, возбудить себя, выстраивайте дыхание по «утреннему» типу: растягивайте вдох (например, до счета 6), сделайте паузу (до счета 2) и резкий короткий выдох (до счета 4). Еще лучше устраняется возбуждение, когда дыхание сочетается с напряжением и расслаблением мышц. При вдохе следует

вполсилы напрячь мышцы (рук или ног), а при выдохе расслабить их и «вслушаться» в возникающие ощущения.

Важно знать, что когнитивная оценка опасности активизирует:

- 1) эмоциональный компонент (страх);
- 2) моторный компонент (борьба, побег, оцепенение или обморок);
- 3) физиологический компонент (автономная нервная система), усиливающий действие моторного.

Приведение себя в состояние высокой мобилизации и готовности возможно с помощью всего лишь трех формул техники оптимального боевого состояния:

- 1) физический компонент ОБС: «Я легкий, мощный и быстрый, как тигр!»;
- 2) эмоциональный компонент: «Настроение отличное, боевое!»;
- 3) мыслительный компонент: «Голова ясная, мыслит четко».

Мысленные образы, порождаемые этими формулами личного ОБС сотрудника, способны вызвать необходимое повышение тонуса симпатической нервной системы, а также все те психофизические качества, которые позволят ему успешно решать любые задачи.

10.3. Психотехники управляемой саморегуляции негативных психических состояний и стрессов

Регуляция нервного напряжения и постоянный мониторинг уровня стресса должны осуществляться человеком постоянно и на сознательном уровне. Особенно это важно для представителей стрессогенных профессий, для ситуаций, связанных с высоким нервно-психическим напряжением, а также при склонности личности к тревожному поведению. В настоящее время все больше исследований говорят о том, что забота о здоровье (фи-

зическом и психическом) должна быть составной частью образа жизни. При ухудшении своего самочувствия человек может использовать различные методы, направленные на оптимизацию собственного внутреннего состояния.

Ю. В. Щербатых систематизировал методы нейтрализации стресса в соответствии с определенными признаками. Он выделяет две классификации таких методов. В основе первого типа воздействие оказывается физическими, физиологическими, биохимическими и психологическими методами, а на уровне второго применяются методы самопомощи или помощь специалиста¹ (табл. 10.1).

Таблица 10.1

Методы нейтрализации стресса

<i>Физические</i>	<i>Физиологические</i>	<i>Биохимические</i>	<i>Психологические</i>
Баня, закаливание, водные процедуры, световое воздействие	Массаж, акупунктура, физические упражнения и др.	Фармакотерапия, фитотерапия и др.	Медитация, музыкотерапия, рациональная терапия, диссоциирование и др.
<i>Средства самопомощи</i>		<i>Технические средства</i>	<i>Методы с участием специалиста</i>
Аутотренинг, дыхательные техники, медитация		Обучающие программы, музыкальные записи, метод БОС	Психотерапия, групповые игры, дружеское общение

Многие специалисты по проблемам стресса и выгорания считают навыки саморегуляции важным внутренним ресурсом личности в борьбе со стрессами. Применение методов саморе-

¹ Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб. : Питер, 2006. С. 156.

гуляции способствуют мобилизации физических и психических процессов, их психосоматического взаимодействия, позволяют оптимизировать негативные психоэмоциональные состояния, восстанавливать истощенные ресурсы организма для полноценного функционирования.

В повседневной практике необходимо иметь набор экспресс-методик, удобных и доступных как психологам, так и сотрудникам ОВД, которые способны их применять в необходимых ситуациях. Сегодня наиболее актуальны такие методы саморегуляции, которые отвечают следующим требованиям:

- 1) просты в усвоении;
- 2) понятны сотрудникам, не имеющим психологического и медицинского образования, им ясен механизм действия методик на психику и тело;
- 3) могут быть использованы в течение служебного дня, на рабочем месте;
- 4) не имеют противопоказаний;
- 5) не требуют для выполнения много времени (экспресс-методы);
- 6) могут быть использованы для работы с личными проблемами;
- 7) не требуют специального оборудования и помещения.

Практика показывает, что в наибольшей мере отвечают этим требованиям следующие методы: дыхательные и релаксационные техники, визуализация, самовнушение и методы нейролингвистического программирования. В настоящее время разработано и описано множество методов саморегуляции, что, с одной стороны, позволяет каждому человеку найти собственный вариант, а с другой – может затруднить выбор.

Рассмотрим часть способов саморегуляции, наиболее приемлемых к применению в условиях служебной деятельности

сотрудников ОВД. Некоторые методики описаны в практикуме «Психология стресса и стрессоустойчивого поведения: практические задания и упражнения : практикум»¹.

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка как прием самовнушения используется для регуляции психических состояний и воздействия на вегетативную нервную систему. Варианты аутогенной тренировки можно выбирать из трех групп:

1. Самовнушение в гипнотическом состоянии.
2. Самовнушение в ходе выполнения физических (дыхательных) упражнений.
3. Чистое самовнушение.

В 1930-х гг. И. Шульц, изучив различные подходы в психотерапии, создал свой метод самовнушения, назвав его аутогенной тренировкой (далее – АТ), состоящей из двух ступеней – начальной и высшей.

В начальную ступень входят шесть упражнений, благодаря которым можно научиться произвольно влиять на ряд процессов организма, в норме не подчиняющихся сознательному контролю. Итогом этого этапа АТ являются шесть навыков:

- 1) вызывать ощущение тяжести в конечностях и в теле;
- 2) вызывать ощущение тепла в конечностях и в теле;
- 3) нормализовать ритм сердечной деятельности;
- 4) нормализовать ритм дыхания;
- 5) вызывать ощущение тепла в эпигастральной области;
- 6) вызывать ощущение прохлады в области лба.

Высшая ступень аутотренинга Шульца фактически являлась модифицированным вариантом раджи-йоги и была до-

¹ Охотников Ю. М. Психология стресса и стрессоустойчивого поведения: практические задания и упражнения : практикум. М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018.

ступна лишь отдельным пациентам. На этой ступени люди обучались вызывать у себя «особые душевные состояния» (в отличие от низшей ступени, на которой, по Шульцу, вызываются изменения соматического характера). Пациенты, осваивающие классический вариант АТ, на данном этапе последовательно обучались способности ярко представлять перед внутренним взором вначале какой-нибудь цвет, затем заданный объект и, наконец, представлять себе образы абстрактных понятий (красоты, счастья, справедливости и т. п.). В заключение занимающиеся АТ, находясь в состоянии глубокого погружения, задают себе вопросы типа: «В чем смысл работы?», получая ответ в виде зрительных образов.

Для выполнения упражнений АТ используется одно из следующих положений:

1) *лежа на спине*: голова на низкой подушке, руки вдоль туловища, ноги вытянуты и немного разведены носками наружу;

2) *сидя кресле*: затылок и спина удобно и мягко опираются на спинку кресла, руки расслаблены, лежат на подлокотниках или на бедрах;

3) *сидя на стуле*: позвоночник слегка согнут так, что плечи свисают вперед, голова опущена, руки расслабленно лежат на бедрах, кисти свешены внутрь, ноги удобно расставлены – это так называемая *поза кучера*, в которой можно сидеть не напрягаясь длительное время.

Активная мышечная релаксация (АМР)

В 30-х гг. прошлого века Эдмунд Джекобсон опубликовал свой труд «Прогрессивная релаксация», где показал, что наши психические проблемы и наше тело взаимосвязаны: тревога и беспокойство вызывают мышечное напряжение, а напряжение мышц,

в свою очередь, усиливает негативные эмоции. В результате у человека, часто переживающего стрессы, формируется так называемый мышечный корсет, который он постоянно носит и который служит причиной психического напряжения.

Под термином активной мышечной релаксации подразумевается процесс выполнения ряда простейших упражнений, которые могут снижать непроизвольное напряжение поперечно-полосатой мускулатуры и тем самым приводить к значительному снижению тревожности, чрезмерной неровно-психической напряженности и уменьшать патогенное действие эмоционального стресса.

При постоянных, непродолжительных по времени ежедневных занятиях у индивида отмечается прогрессирующая тенденция к развитию «привычки отдыхать» в любых условиях профессиональной деятельности, тем самым формируется психологическая установка, характеризующаяся меньшей возбудимостью и подверженностью стрессам, в том числе и в условиях боевой обстановки.

Использование метода активной мышечной релаксации показано в случаях наличия у сотрудников выраженного нервно-психического напряжения, невротических реакций, сопровождающихся фобиями и нарушениями сна. Кроме того, данная методика показана сотрудникам, чья профессиональная деятельность сопровождается длительным нахождением в вынужденной рабочей позе или связана с большими физическими нагрузками.

Метод биологической обратной связи

Под биологической обратной связью (далее – БОС) понимают такие методы саморегуляции вегетативных функций человека, которые позволяют непосредственно наблюдать за собственными физиологическими показателями и сознательно

влиять на них, т. е. эффективный способ контролирования уровня напряжения, достижения действительного расслабления и помощи в достижении личных целей.

Многие исследователи считали, что человек ограничен в своих возможностях по сознательной саморегуляции физиологических систем организма.

Собственно термин biofeedback появился в США в конце 60-х гг. Первые публикации раскрывали особенности испытуемых, способных произвольно изменять уровень своей сердечной деятельности. Позднее проводились исследования возможности использовать миограмму в качестве параметра для обучения общему расслаблению и лечения болей нервно-мышечного происхождения.

В конце 70-х – начале 80-х гг. стали изучать проблему применения температурной и электроэнцефалографической биологической обратной связи для лечения различных патологий. Биологическая обратная связь позволяет изменять реакцию человека на стресс. Многие врачи считают, что, находясь в состоянии постоянного напряжения, организм человека забывает, как надо расслабляться. Приборы БОС помогают человеку вспомнить, что такое расслабление. Здесь прибор выступает в роли тренера, который ставит цели и дает указания, в каком направлении действовать.

Управляемая саморегуляция (метод «Ключ» Х. Алиева)

Данный метод позволяет управлять внутренними процессами собственной психики и организма в целом при помощи сознательно-волевого регулирования своих действий.

1. *Подбор Ключа. «Звезда саморегуляции»:*
 - а) расхождение рук;
 - б) схождение рук;
 - в) левитация рук;

- г) полет;
 - д) автоколебания тела;
 - е) движения головой.
2. *Саморегуляция.*
 3. *Завершение.* «Момент истины».

Дыхательные техники

Дыхание – уникальная функция человека, обладающая рядом важных особенностей.

Во-первых, это второй по жизненной важности процесс нашего организма (после работы сердца).

Во-вторых, дыхание контролируется сознанием. В отличие от работы желудка, печени или почек мы можем в определенных пределах управлять своим дыханием и через него оказывать воздействие на деятельность других внутренних органов.

В-третьих, ритм дыхания тесно связан с состоянием скелетной мускулатуры, и его правильное использование позволяет быстрее и полнее овладеть навыками мышечной релаксации.

В-четвертых, соотношение вдоха и выдоха влияет на настроение человека.

Таким образом, наше психологическое состояние отражается на характере дыхания. С другой стороны, изменяя характер дыхания, мы можем изменять в нужную сторону свое настроение. Эти факты объясняют, почему во всех восточных духовных и телесных практиках (начиная от йоги до карате) дыхательные упражнения обязательно входят в базовые навыки и начинающих учеников, и опытных мастеров.

В дыхательных техниках используются два основных способа: грудное (поверхностное) и брюшное (глубокое).

Психологический дебрифинг

Психологический дебрифинг представляет собой целенаправленную работу по переработке травмы и призван помочь клиенту интегрировать свой шокирующий, не укладывающийся в привычные схемы сознания опыт, но уже после того, как травматическое событие завершилось, и может проводиться в форме индивидуальной и групповой работы. Цели дебрифинга – эмпатическая поддержка и нормализация реакций травматического опыта путем переработки и интеграции в сознании самих участников.

Психологический дебрифинг рекомендуется проводить после травматического события. Он включает три основные ступени:

- 1) «вентиляция» – возможность поделиться мыслями и чувствами с другими людьми, получить поддержку;
- 2) воспроизведение того, что случилось во время травматического события, некоторое когнитивное структурирование происшедшего, укрепление чувства безопасности и поддержки в настоящем;
- 3) мобилизация ресурсов, проработка перспективы.

Выделяют две основные формы дебрифинга: дефьюзинг и собственно дебрифинг.

Дефьюзинг представляет собой короткую встречу (20–45 минут) группы людей, переживших тяжелый стресс, он проводится по возможности быстрее после пережитой травмы. Дефьюзинг часто проводится не профессионалами-психологами, а теми, кто имел сходный опыт и смог его переработать. Он включает три ступени:

- 1) каждый представляется, формулируются цели встречи;
- 2) участники делятся пережитым опытом (чрезвычайно важно, что участие в группе является добровольным, участникам предлагается говорить и делать только то, к чему они готовы);
- 3) проходит обязательная информационная (психообразовательная) часть, во время которой лидер группы рассказывает

пострадавшим от тяжелого стресса о типичных реакциях на него. Цель этой части – убедить участников, что они остаются нормальными людьми с нормальными реакциями на ненормальные обстоятельства.

Формальный дебрифинг применяется реже. Это тоже групповая встреча, которая обычно продолжается два–три часа, на которой восстанавливаются детали того, что произошло, реакции и трудности каждого. Такой дебрифинг предполагает профессионального лидера, на мероприятии собираются люди, у которых возникли заметные проблемы с переработкой травматического опыта. Дебрифинг также призван подкрепить идею о том, что реакции большинства нормальны для таких ненормальных событий, хотя и могут казаться признаками болезни.

Рациональная психотерапия

Рациональная терапия издавна применяется для уменьшения эмоционального стресса.

Рациональная психотерапия фокусируется в основном на настоящем времени, чтобы помочь человеку понять, как нездоровые мысли и убеждения создают эмоциональный стресс, который, в свою очередь, ведет к нездоровым действиям и поведению, мешающим достижению текущих жизненных целей.

После выявления и понимания негативные мысли и действия могут быть изменены и заменены более позитивным и продуктивным поведением, позволяющим сотруднику развивать более успешные личные и профессиональные отношения.

Рациональная психотерапия может помочь вам с негативными эмоциями, такими как беспокойство, депрессия, чувство вины и крайний или ненадлежащий гнев. Этот подход также используется, чтобы помочь изменить стрессовые и самонадежное поведение, такие как агрессия, нездоровое питание

и промедление, которые мешают вашему качеству жизни и достижению ваших целей.

Диссоциирование от стресса

Диссоциирование представляет собой психический защитный механизм, с помощью которого сотрудник способен отделяться от собственных эмоций и переживаний, ощущать, что определенные события в его жизни происходят не с ним, а с кем-то другим.

Существуют несколько методов отстраненного восприятия событий.

Первый прием диссоциации связан с изменением масштаба события. Вас задел за живое сокурсник, который списал у вас ответы контрольной работы и получил пятерку, в то время как вам преподаватель поставил только «четыре». Вы вне себя от ярости и праведного гнева? Теперь представьте, как эта ситуация выглядит с борта Международной космической станции? С поверхности Марса? Вы поймете, как проблема незначительна.

Второй прием диссоциации связан с изменением не пространственного, а временного масштаба. Подумайте, как Вы будете думать о своем эмоциональном порыве через месяц? Наверное, он покажется мелкой стычкой по забытому поводу. А через год вы будете помнить, из-за чего у вас сегодня подскочило давление? Едва ли. А через пятьдесят лет?

Третий прием связан с изменением так называемых субмодальностей, т. е. характеристик нашего восприятия окружающего мира. Например, человек может представить ситуацию, вызывающую у него стресс, в виде черно-белой неподвижной картинки. Он также может изменить пропорции картинки, сделать одних персонажей крупнее, а других мельче, чем они были на самом деле. При этом образы людей или предметов, которые

являлись источником стресса, обычно уменьшают или делают изображение нечетким и блеклым.

Четвертый прием диссоциации может подойти для людей, затрудняющихся при создании зрительных образов. В этом случае вы можете взять несколько мелких предметов (скрепок, пуговиц, шахматных фигурок и т. д.) и смоделировать стресс, изобразив себя и других участников стрессовой ситуации в игровой форме. Взгляд со стороны и свое превращение в маленькую фишку сыграют свою положительную роль, и вы сможете гораздо спокойнее посмотреть на все происходящее.

Использование позитивных образов (визуализация)

Для того чтобы избавиться от стресса, нужно фиксироваться не на своих отрицательных эмоциях, а на положительных переживаниях, следует думать не о проблемах, а на путях выхода из них.

Первый шаг к этому – создание соответствующей словесной формулы, которая символизировала бы будущую цель. Она может быть выражена одним словом («здоровье», «смелость»), а может быть сформулирована в виде целого предложения («Я очень хочу сдать экзамен на «отлично»).

Однако, применяя подобный вербализованный способ достижения цели, мы можем столкнуться с трудностями на пути его реализации. Это связано с тем, что подсознание человека слабо реагирует на словесные формулы и гораздо восприимчивее к чувственным образам, создаваемым в сознании. Для уменьшения стресса нужно научиться создавать убедительные, яркие, мощные, звучащие образы. Для одних людей лучше подходят зрительные образы, для других – слуховые, для третьих – телесные, но лучше всего стимулируют и вдохновляют комбинированные образы, в которых участвуют все модальности.

Нейролингвистическое программирование

Нейролингвистическое программирование (далее – НЛП) как метод психотерапии базируется на исследовании оптимальных способов достижения успеха в самых разных сферах жизни – межличностной коммуникации, терапии, образовании, бизнесе, личностном росте – и представляет собой синтез методик Ф. Перлза (гештальт-терапия), В. Сатир (семейная терапия) и М. Эриксона (гипнотерапия), к которым основатели НЛП Дж. Гриндер и Р. Бэндлер добавили свое представление о структуре человеческого языка.

Основатели НЛП подчеркивали важность языка как основного средства коммуникации и структурирования индивидуального жизненного опыта, а также предполагали возможность программирования поведения индивидуума путем подбора оптимальных стратегий организации внутреннего опыта.

Среди *неприятных переживаний*, связанных с экзаменами, чаще встречались такие состояния, как волнение, страх, стыд, неуверенность, неожиданное забывание выученного материала, скованность и т. п.

Ресурсные состояния, необходимые для успешной сдачи экзаменов («положительные якоря»), включали: чувство уверенности в себе, спокойствие, внимательность, умение настоять на своей точке зрения, чувство собственной значимости, решительность, упорядоченность мыслей, свободу речи и др.

Физические упражнения

Занятия физкультурой и спортом – существенный фактор профилактики и коррекции психологического стресса. В первую очередь, это обусловлено тем, что физическая активность является естественным, генетически обусловленным ответом организма на стрессор (стратегии «борьбы или бегства»). Кроме того, занятия физкультурой и спортом отвлекают сознание

человека от проблемной ситуации, переключают его внимание на новые раздражители, снижая тем самым значимость актуальной проблемы. Дополнительно спорт активизирует работу сердечно-сосудистой и нервной системы, сжигает избыток адреналина, повышает активность иммунной системы.

Активность тела, соединенная с положительными эмоциями, автоматически приводит к повышению активности психики, хорошему настроению. Как писал английский писатель У. Годвин, «самое важное свойство для физического здоровья представляет бодрость духа. Упадок духа сродни смерти. Но бодрость духа придает новую жизнь нашему физическому организму и ускоряет циркуляцию соков».

Специалисты в области предотвращения производственных стрессов отмечают: использование различных видов специальных двигательных и дыхательных упражнений – давно и хорошо известный способ нормализации функционального состояния. Факт влияния уровня общей физической подготовки на устойчивость к возникновению неблагоприятных состояний не требует специальных доказательств. Занятия спортом, различные системы закаливания, нормализация режима двигательной активности широко используются в этих целях.

Медитация

Медитация как метод уменьшения стресса относительно недавно вошла в арсенал западной психотерапии, хотя восточными практиками восстановления душевного равновесия она используется уже тысячелетиями. А. Л. Гройсман пишет по этому поводу: «Исторически сложилось так, что в противоположность активному отношению к внешнему миру веками существует иная тенденция, культивируемая на Востоке (йога, индуизм, даосизм, дзэн-буддизм), которая требует чаще обращать-

ся к внутреннему миру, проповедует пассивно наблюдательное отношение к действительности. Медитация и является классическим способом развития спокойного сосредоточения, являющегося в конечном счете средством восстановления и координации психических и физических функций, создания ясности мышления, снятия умственно-эмоционального напряжения и т. п.».

С конца 80-х гг. медитация в процессе профессионально-психологической подготовки стала изучаться и применяться в России. Так, Н. Н. Любимов, в результате многочисленных исследований пришел к выводу о значительном влиянии медитации на улучшение восприятия, памяти, моторных актов, плавности речи, пространственной ориентации, умственной и физической активности, снижение тревожности и агрессивности.

И. А. Воронов на основе проведенных исследований, базирующихся на классической китайской концепции военного обучения, пришел к выводу о высокой эффективности медитативных методов в процессе подготовки военнослужащих различных родов войск. Адаптированные с учетом отечественных социокультурных традиций психотехники чань- и дзэн-буддизма могут быть успешно использованы при подготовке различных категорий сотрудников ОВД к действиям в экстремальных условиях.

Таким образом, в зависимости возникшей ситуации, индивидуальных особенностей сотрудника, его физических и психических качеств, этапов профессионального совершенствования практический психолог должен иметь в арсенале разнообразнейшие подходы с целью оптимизации использования психологических средств ситуативной регуляции психического, эмоционального состояния и управления стрессом.

Будущие сотрудники ОВД должны хорошо разбираться в понятиях психической готовности, оптимального боевого со-

стояния, психологической основы стресс-преодолевающего поведения, эмоциональном, когнитивном и моторном компоненте оптимального боевого состояния и их содержательных характеристиках, уметь применять методы психологической саморегуляции и другие методы стресс-преодолевающего поведения.

Список литературы

1. Алексеев, А. В. Преодолей себя! Психическая подготовка в спорте / А. В. Алексеев. – Ростов н/Д., 2006. – 352 с.
2. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – Саратов : ПЕР СЭ : Ай Пи Эр Медиа, 2019. – 528 с.
3. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика : практическое пособие / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2017. – 343 с.
4. Ворохов, Э. А. Энциклопедия афоризмов / Э. А. Ворохов. – М., 1999. – 193 с.
5. Гринберг, Дж. Управление стрессом : пер. с англ. / Дж. Гринберг. – 7-е изд. – М. : Питер, 2002. – 495 с.
6. Изард, К. Э. Психология эмоций : пер. с англ. / К. Э. Изард. – СПб. : Питер, 1999. – 464 с.
7. Маришук, В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса : учебное пособие / В. Л. Маришук, В. И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 260 с.
8. Мясичев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – Л. : Ленинградский университет, 1960. – 426 с.
9. Родионов, А. В. Психофизическая тренировка / А. В. Родионов. – М. : Дар, 1995. – 63 с.
10. Куэ, Э. Сознательное самовнушение как путь к господству над собой / Э. Куэ. – М. : Амрита-Русь, 2005. – 180 с.

11. Охотников, Ю. М. Психология стресса и стрессоустойчивого поведения: практические задания и упражнения : практикум / Ю. М. Охотников. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018. – 82 с.
12. Стресс жизни: понять, противостоять и управлять им / сост. Л. М. Попов, И. В. Соколов. – СПб. : Лейла, 2012. – 384 с.
13. Шишков, В. В. Выше стресса! Практическое руководство по саморегуляции / В. В. Шишков, А. И. Нахимовский. – СПб. : Весь, 2005. – 192 с.
14. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2008. – 256 с.

Лекция 11

Комплексная модель подготовки к преодолению стрессового воздействия профессиональной деятельности

Учебные вопросы:

11.1. Проблема готовности к преодолению профессионального стресса.

11.2. Профессиональное обучение и психологическая подготовка сотрудников ОВД.

11.1. Проблема готовности к преодолению профессионального стресса

Готовность – активно-действенное состояние личности, установка на определенное поведение, мобилизованность сил для выполнения задачи. Для готовности к действиям нужны знания, умения, навыки, настроенность и решимость совершить эти действия.

Понятие «психологическая готовность» в литературе имеет различные толкования.

Так, К. К. Платонов в выдвинутой им концепции личности в структуре готовности к деятельности выделяет моральную, психологическую и профессиональную готовность. Качества, определяющие психологическую готовность, относятся автором к стороне, объединяющей индивидуальные особенности психических процессов, профессиональную – к опыту личности.

Л. С. Нерсесян, А. Ц. Пуни и др. объясняли готовность через совокупность мотивационных, познавательных, эмоциональных и волевых качеств личности – как ее общее психофизиологическое состояние, обеспечивающее актуализацию возможностей; как направленность личности на выполнение определенных действий.

Понятие готовности к деятельности также тесно связано с понятием установки, которая обеспечивает устойчивый, целенаправленный характер протекания успешной деятельности.

Так, Д. Н. Узнадзе понимал установку как явление более широкое, чем готовность. Готовность определялась им как существенный признак установки.

С другой стороны, М. И. Дьяченко и Л. А. Кандыбович разводят эти два понятия с точки зрения конкретно-психологической природы феноменов, которые данные дефиниции обозначают. Установка, с их точки зрения, является лишь формой готовности.

Несмотря на многообразие определений готовности, все авторы сходятся на том, что готовность к деятельности – это предрасположенность субъекта ориентировать свою деятельность определенным образом.

Понятием «готовность» в психологической литературе, таким образом, обозначаются:

- 1) условия и регулятор деятельности;
- 2) психологическое состояние;
- 3) установка;
- 4) наличие у субъекта определенных потребностей;
- 5) синтеза свойств личности и т. п.

Нам представляется наиболее полным и точным определение психологической готовности, данное В. Дружининым: «Психологическая готовность является психическим состоянием, которое характеризуется мобилизацией ресурсов субъекта деятельности на оперативное или долгосрочное выполнение конкретной деятельности». Это состояние помогает успешно выполнять свои обязанности, правильно использовать знания, опыт, личные качества, сохранять самоконтроль и перестраивать деятельность при появлении непредвиденных препятствий.

Различают *длительную готовность* и *временное состояние готовности*, синонимами чего являются «предстартовое состояние» состояние «оперативного покоя» и состояние «бдительности».

Длительная готовность представляет собой структуру, в которую входят:

- 1) положительное отношение к своей профессии;
- 2) черты характера, способности, темперамент, мотивация, адекватные требованиям деятельности;
- 3) необходимые знания, навыки, умения;
- 4) устойчивые профессионально важные особенности восприятия, внимания, мышления, эмоционально-волевые процессы.

Временная готовность отражает особенности и требования предстоящей ситуации. Ее основными чертами являются относительная устойчивость, действенность влияния на процесс деятельности, соответствие структуры готовности оптимальным условиям достижения цели.

Динамическая структура состояния психологической готовности к сложным видам деятельности – это целостное образование, включающее в себя ряд личностных характеристик, основными из которых являются следующие:

1. *Психомоторные (функциональные)*. Способствуют повышению работоспособности и выносливости, большей функциональности в деятельности:

- а) сбалансированность процессов возбуждения и торможения;
- б) способность сосредоточивать внимание на объекте своей деятельности, сформированность произвольных форм поведения и познавательных процессов;
- в) развитость мышц и моторных координаций и др.

2. *Личностные*. Являются стержнеобразующим (системообразующим) компонентом, их можно описать через анализ мотивационно-потребностной сферы личности и сферы самосознания, отношения личности к сослуживцам, коллективу, органам внутренних дел.

3. *Мотивационные*. Заключаются в потребности успешно выполнять поставленную задачу, интересе к деятельности, стремлении добиться успеха и показать себя с лучшей стороны, чувстве долга, статусной позиции.

4. *Интеллектуально-познавательные*. Включают в себя развитость мыслительных и логических операций, понимание обязанностей, функций, задачи, оценка их значимости для достижения конечных результатов деятельности и для себя лично (с точки зрения престижа, статуса), представление вероятных изменений обстановки и т. д.

5. *Эмоционально-волевые*. Сюда относят чувство профессиональной и социальной ответственности, уверенность в успехе, воодушевление, умение владеть своим эмоциональным состоянием; управление собой и мобилизация сил, сосредоточение на задаче, отвлечение от мешающих воздействий, преодоление сомнений, боязни, проявление выдержки, терпения, умение подчиняться нормам, правилам, требованиям.

6. *Коммуникативные*. Заключаются в способности устанавливать отношения с людьми, сослуживцами, готовности к передаче информации, к взаимодействию, отношениям в ходе выполнения совместных задач.

Процесс формирования состояния психологической готовности к деятельности представляет собой последовательность взаимосвязанных процедур и действий:

1) осознание своих потребностей, требований общества, коллектива или поставленных другими людьми задач;

2) осознание целей выполнения задач, решение которых приведет к удовлетворению потребностей или выполнению поставленной задачи;

3) осмысление и оценка условий, в которых будут протекать предстоящие события, актуализация опыта, связанного с решением задач и выполнением требований подобного рода;

4) определение на основе опыта и оценки предстоящих условий деятельности наиболее рациональных и возможных (вспомогательных) способов решения задач или выполнения требований;

5) прогнозирование проявления своих интеллектуальных, эмоциональных, мотивационных и волевых процессов, оценка соотношения своих возможностей, уровня притязаний и необходимости достижения определенного результата;

6) мобилизация сил в соответствии с условиями и задачей, самовнушение веры в успешное достижение цели.

Психологическая готовность к деятельности является обязательным условием не только ее начала, но и эффективного решения.

Одной из форм психологической готовности является готовность к действиям в экстремальных ситуациях, а также в особых условиях деятельности.

Анализ научной литературы по рассматриваемой проблеме показал, что психологическая готовность в рамках экстремальной психологии рассматривается в тесной взаимосвязи с такими понятиями, как психологическая подготовка, психологическая подготовленность, надежность психики, психологическое состояние, психологический отбор, прогнозирование состояний, экстремальная ситуация.

В структуре профессиональной подготовленности сотрудников ОВД особое место должны занимать:

- 1) профессиональная мотивация, система приоритетов деятельности, в том числе установка на обеспечение личной и коллективной безопасности;
- 2) профессионально-нравственные качества;
- 3) психологический иммунитет против влияния криминальной среды;
- 4) психологическая ориентация и практическая готовность к правильному учету психологических аспектов оперативно-служебной деятельности;
- 5) психологическая устойчивость к стрессогенным ситуациям;
- 6) владение психотехниками (приемами и средствами) работы с людьми, приемами управления поведением и психологическими состояниями людей, включая себя самого (приемы воздействия и противодействия);
- 7) психофизиологическая и физическая готовность как база профессионально-боевого мастерства;
- 8) высокий уровень социальных и правовых знаний как основа правомерного и эффективного осуществления служебной деятельности.

Для выявления и дальнейшего развития этих качеств необходим набор методик проведения профессионально-психологического отбора, который должен строиться на основе комплексного анализа психологических качеств кандидатов на службу в органы внутренних дел.

Основными критериями отбора можно считать одновременное присутствие:

- 1) мотивационно-смысловой готовности к службе в ОВД;
- 2) определенного интеллектуального уровня;

3) поведенческих проявлений коммуникативной компетентности;

4) сбалансированности личностных особенностей (физических, психологических, социальных).

11.2. Профессиональное обучение и психологическая подготовка сотрудников органов внутренних дел

Для эффективного осуществления служебной деятельности сотрудниками ОВД требуется определенный подготовительный комплекс, включающий следующие основные направления:

- 1) психологическая подготовка;
- 2) физическая подготовка;
- 3) коррекция функционального состояния.

Отечественные и зарубежные исследования придают проблеме сохранения психического здоровья сотрудников правоохранительных органов большое значение. Проводятся постоянные широкомасштабные исследования и практическая отработка вопросов по профилактике, предупреждению и лечению нервно-психических расстройств, полученных в чрезвычайных ситуациях. Результаты исследований ложатся в основу практических рекомендаций, используемых при подготовке сотрудников.

Основными задачами психологической подготовки сотрудников ОВД можно считать следующие:

1. Формирование общественно значимых мотивов поведения и деятельности как основы психологической устойчивости в экстремальных условиях.

2. Формирование правильных представлений о чрезвычайных ситуациях, складывающихся в процессе осуществления служебной деятельности.

3. Воспитание уверенности в достижении поставленных целей.

4. Формирование эмоционально-волевой устойчивости, т. е. способности противостоять опасности, выдерживать отрицательные эмоциональные и физические воздействия на психику и управлять своим поведением в чрезвычайных обстоятельствах.

5. Выработку готовности коллектива, групп сотрудников к активному выполнению служебных обязанностей в особых условиях деятельности, устойчивости к опасности и потерям; единство проявлений воли, чувств, настроений; развитие навыков совместной работы; всемерное укрепление дисциплины как основы успешных коллективных действий.

6. Формирование способности саморегулирования своего поведения и психического состояния.

7. Формирование навыков повышения стрессоустойчивости и др.

Психологическая подготовка личного состава – процесс целенаправленного формирования у сотрудников ОВД психологической устойчивости в экстремальных или особых условиях деятельности, который предполагает выработку:

1) уверенности в себе, в своей подготовке, в коллегах по службе, возможности успешного преодоления трудностей в оперативно-служебной деятельности и готовности к встрече с ними;

2) глубоких и прочных знаний о возможных вариантах экстремальных ситуаций, их сущности, особенностях и способах правильных действий в особых условиях деятельности;

3) психологической устойчивости к действию характерных для оперативно-служебной деятельности психотравмирующих факторов;

4) умений и навыков саморегуляции и управления негативными эмоциональными состояниями;

5) целеустремленности, смелости и храбрости, активности, упорства, выносливости, самостоятельности, осмотрительности;

6) качества психологической надежности, устойчивости к опасности и риску, большому перенапряжению, временным неудачам и ожидаемым трудностям;

7) навыков быстрого и качественного перехода от ожидания к предельно напряженным действиям.

Психологическая подготовка осуществляется по двум основным направлениям: включение дополнительных целей по психологической подготовке в планы проведения всех видов учебных и тренировочных занятий, где имеются возможности их достижения; создание и совершенствование учебно-методической базы.

Этому способствуют такие формы учебной деятельности, как: деловые, ролевые, имитационные игры, моделирование, анализ и проигрывание ситуаций, видеотренинги и обратная связь с помощью видеоустановок, опыт межличностного общения, экспериментальные учебные упражнения, самообучение и самоконтроль, взаимодействие с другими членами аудитории, проблемные лекции и семинары, а также психофизические тренинги по преодолению препятствий (усложненная полоса препятствий, прыжки с вышки с парашютом и в воду и т. п.), идеомоторная тренировка, тренинги с использованием элементов неожиданности, дефицита времени, шумовых и огневых эффектов.

Психологическое обеспечение надежности профессиональной деятельности представляет собой распределенный во времени эволюционный процесс, т. е. психологическое сопровождение сотрудника ОВД и последовательное наращивание его надежности на сменяющихся друг друга этапах его профессионализации: профессиональное самоопределение – психологический профессиональный отбор – профессиональная подготовка – адаптация к профессиональной деятельности – регулярная профессио-

нальная деятельность. Этот процесс предполагает не только подержание на требуемом уровне профессионального мастерства, но и его постоянное совершенствование. Более подробно проблемы профессиональной надежности специалистов силовых структур раскрываются в работах А. Ю. Федотова.

Одно из таких направлений, позволяющих совершенствовать профессиональную деятельность, – применение последовательного моделирования типичных стресс-факторов деятельности сотрудника ОВД и ситуативный тренинг профессионала.

В деловой игре моделируется профессиональная обстановка, сходная по своим основным характеристикам с той, которая присуща реальной деятельности сотрудника ОВД. При этом воспроизводятся лишь наиболее типичные ситуации в сжатом масштабе времени. Сочетание опыта и знаний, требуемое деловой игрой и ею формируемое, позволяет яснее увидеть целостность процесса будущей профессиональной деятельности, лучше понять смысл обучения, увидеть свои результаты, которые приводят к глубокому пониманию учебного материала.

Психологическое сопровождение – это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи.

В отличие от коррекции она предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития сотрудника, опору на его собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для выполнения им своих функциональных обязанностей, в том числе и в экстремальных условиях.

В процессе психологического сопровождения психолог создает условия и оказывает необходимую и достаточную (но ни в коем случае не избыточную) поддержку для перехода от по-

позиции «Я не могу» к позиции «Я могу сам справиться со своими проблемами и жизненными трудностями».

Основными направлениями помощи, содействия, поддержки и сопровождения являются:

1) *психопрофилактика*, подразумевающая работу по предупреждению дезадаптации, просветительскую деятельность, создание благоприятного психологического климата в ОВД, осуществление мероприятий по предупреждению и снятию психологической перегрузки людей и т. п.;

2) *психодиагностика*, важнейшей целью которой является добывание психологической информации о личности сотрудника или подразделения в целом, «конкретных знаний о конкретном человеке, полученных на основе обобщенной научной теории»;

3) психологическое консультирование, целью которого является обеспечение сотрудника необходимой психологической информацией и создание условий для преодоления жизненных трудностей и продуктивного существования в конкретных обстоятельствах;

4) психотерапия в рамках психологической модели, направленная на оказание помощи сотруднику в продуктивном изменении личности в случаях серьезных психологических проблем, не являющихся проявлениями психических заболеваний;

5) психологическая коррекция, понимаемая как целенаправленное воздействие на те или иные сферы психики сотрудника, ориентированная на приведение ее показателей в соответствие с возрастной или иной нормой.

В процессе подготовки к действиям в особых условиях во избежание переутомления и повышения эффективности этого процесса необходимо вовремя выявлять и корректировать любые отклонения в функциональном состоянии сотрудников.

Коррекцию функционального состояния сотрудников ОВД рекомендуется проводить, используя:

- 1) психофизический тренинг;
- 2) аутогенную тренировку;
- 3) фармакологическую коррекцию;
- 4) термотерапию.

Психофизическая тренировка (тренинг) получает все большее распространение в различных видах деятельности, поскольку проста по содержанию и способствует профилактике, сохранению и оптимизации психического здоровья человека. Под термином «тренинг» обычно понимают любую планомерную и контролируемую стратегию воздействий с целью повышения работоспособности.

Первоначальный вариант психофизического тренинга разработан германскими спортивными психологами Г. Эвершпехером и Ю. Ренцландом.

Основу психофизического тренинга составляют пять специальных навыков:

- 1) навык формирования уверенности в своих возможностях;
- 2) управление своим внутренним разговором (внутренний монолог);
- 3) регуляции уровня психической и физической активности;
- 4) концентрации внимания;
- 5) идеомоторные навыки.

Тренинг проводится в двух формах:

1) *активной* (чаще всего монотонная циклическая деятельность, например, бег и плавание, когда можно, не отвлекаясь, применять средства психической регуляции);

2) *пассивной*, когда тело находится в покое, расслаблено (пассивно) и является объектом внешнего (например, массаж или сауна) или внутреннего (психическое расслабление) воздействия.

Эффективность психофизического тренинга во многом зависит от мотивации. Это мощный психический двигатель любой деятельности. Она особенно важна, когда необходимо переносить большие нагрузки, преодолевать определенные психические барьеры субъективного или объективного характера. Без правильно сформулированной мотивации, которая, в свою очередь, зависит от правильно поставленной цели, нельзя научиться управлять собой в любых ситуациях.

Аутогенная тренировка (в лекции 10 мы рассматривали один из методов аутогенной тренировки, разработанный И. Шульцем).

В качестве другого метода применяется *идеомоторная тренировка*. Она представляет собой прием мысленного проигрывания предстоящей деятельности, воспроизведения движений на основе представлений о программе конкретных действий (их последовательности, продолжительности, периодичности). Идеомоторные акты состоят в глубоком переживании представляемых в воображении движений. Для идеомоторной тренировки характерно мобилизующее действие, ее приемы тренируют самоконтроль, внимание и волю.

Идеомоторная тренировка может быть использована и как самостоятельный метод снижения мышечного тонуса и достижения состояния релаксации, и как прием мысленного самопрограммирования в состоянии релаксации. В последнем случае упражнения идеомоторной тренировки применяются на фоне состояния аутогенного погружения с целью мысленной отработки определенных двигательных программ предстоящей деятельности.

Для поддержания работоспособности сотрудников ОВД, ускорения процессов восстановления после больших нагрузок, при остром и хроническом утомлении, переутомлении, болезненном состоянии можно использовать различные *фармакологические средства*.

Как отмечают А. В. Вальдман, М. М. Козловская и О. С. Медведев, «область применения психотропных средств резко расширяется, и они начинают использоваться для регуляции психической сферы здоровых людей, находящихся в условиях длительного и чрезмерного эмоционального напряжения».

Фармакологическая коррекция психологического стресса сводится к применению таких лекарственных средств, которые могут предупредить или устранить функциональные или патологические нарушения, обусловленные воздействием стресс-факторов.

В практике психологического и медицинского обеспечения профессиональной деятельности сотрудников ОВД фармакологические препараты могут применяться, когда необходимы:

- 1) экстренная мобилизация психологических и физиологических функций (функциональных резервов организма и психики) для выполнения сложных служебных задач;
- 2) длительное устойчивое повышение работоспособности;
- 3) снижение явлений утомления;
- 4) управление процессами адаптации к экстремальным условиям жизни и деятельности;
- 5) купирование чрезмерно выраженных эмоциональных реакций и стрессовых состояний;
- 6) профилактика психического перенапряжения и срывов приспособительных реакций;
- 7) целенаправленное изменение реактивности организма по отношению к некоторым неблагоприятным факторам среды;
- 8) регулирование течения восстановительных процессов в последствии и т. д.

В качестве таких возможно применение следующих препаратов:

1. *Витаминов*. Средства восстановления работоспособности и профилактики переутомления. Недостаток их в организме

приводит к снижению работоспособности, утомлению и различным болезненным состояниям.

2. *Препаратов, влияющие на энергетические и метаболические процессы.* Повышают устойчивость организма к инфекциям и воспалениям, снимают психоэмоциональную возбудимость, чувство усталости, повышают уверенность в себе, улучшают настроение. Способствуют улучшению аппетита, увеличению массы тела, нормализации основного обмена. Улучшают снабжение тканей кислородом, ускоряют окислительные процессы в тканях. Оказывают благоприятное действие на восстановительные процессы при физических нагрузках, улучшают работу сердца.

В практике профилактики развития и коррекции проявлений психологического стресса возможно использование таких групп препаратов, как:

- 1) нейролептические средства (нейролептики);
- 2) транквилизаторы (анксиолитики);
- 3) общеседативные средства;
- 4) антидепрессанты;
- 5) психостимулирующие средства;
- 6) средства общетонизирующего действия и адаптогены;
- 7) ноотропные препараты.

3. *Фитотерапии.* Применение лекарственных растений для профилактики и лечения отклонений в состоянии здоровья. Воздействуют на регулирующие системы организма, корректируют внутриклеточный метаболизм. Данные препараты включаются в метаболический цикл при развитии болезни или нарушениях функционального состояния.

4. *Адаптогенов.* Обладают общетонизирующим действием, повышают сопротивляемость организма к различным неблагоприятным факторам, психоэмоциональным нагрузкам.

Основное действие адаптогенов заключается в задержке развития дистрофических процессов в организме, находящемся в состоянии стресса, изменении углеводного обмена, что вызывает цепь других метаболических сдвигов, включая стимуляцию синтеза некоторых белковых ферментов.

В первые недели после психологической травмы рекомендуется организовывать и проводить сотрудникам ОВД психологическую интервенцию, т. е. первую психологическую помощь. При этом на ранних стадиях переработки травмы не рекомендуется применение каких-либо специальных психологических техник. Основные рекомендации на данном этапе:

- 1) удовлетворение физических нужд и создание физического комфорта;
- 2) создание атмосферы безопасности;
- 3) оказание практической помощи в организации повседневной жизни в целях разгрузки;
- 4) обеспечение контакта с теми людьми, которые могут быть источником комфорта в его жизни (семья, сослуживцы, друзья, духовно близкие люди);
- 5) фасилитация любых форм контакта с приятными и любимыми людьми;
- 6) консультативная работа – нормализация типичных постстрессовых реакций, которые могут казаться пугающими и расцениваться как признаки душевного надлома или психического расстройства;
- 7) выдвижение реальных жизненных задач и помощь в расстановке приоритетов на ближайшее время (что можно начать делать сейчас? С чего лучше начать?);
- 8) беседы с травмированным сотрудником о том, о чем ему самому хочется говорить, при этом не следует форсировать его рассказ о пережитой травме.

Как мы уже отмечали, специфика профессиональной деятельности сотрудников ОВД обуславливает возникновение у них различных эмоциональных состояний, различающихся по содержанию и направленности, силе, действенности и длительности.

Знание психологических основ управления своими психическими состояниями способствует повышению профессионализма сотрудников, поддержанию психического здоровья на должном уровне, а также выступает в качестве методов и средств профилактики нервно-психических, психосоматических расстройств, купирования стресса, восстановления сил.

При применении различных методов саморегуляции, снятия психической напряженности и стрессовых состояний нужно учитывать ряд положений:

1. *Лучше своевременно предупредить нарастающее состояние эмоциональной напряженности, чем бороться с ним.* Обычно наиболее распространенными предвестниками наступающего ухудшения психического состояния являются все более частые ощущения усталости, раздражения. Снижается острота восприятия, ухудшается память, эффективность мыслительной деятельности.

Если позволяют условия, сделайте небольшой неплановый перерыв, проветрите помещение (особенно если в вашем кабинете накурено). Сядьте на стул (еще лучше – в кресло). Расстегните ворот рубашки, ослабьте брючный ремень. Слегка откиньте голову назад таким образом, чтобы затылок свободно лег на спинку стула. Опустите руки вдоль тела (если позволяет ваш рост, можно опереться локтями о сиденье стула). Сняв обувь, положите ступни ног на другой стул, поставленный напротив. Закройте глаза. Расслабьте мышцы. Дышите спокойно, равномерно. Постарайтесь не думать ни о чем тревожном. Если по характеру вы беспокойный и сами себе не даете покоя, восполь-

зуйтесь избирательностью своего мышления, используйте механизм вытеснения из сознания всего того, что вас сейчас тревожит, успокойте себя тем, например, что «всех дел все равно не переделаешь». В течение 20–30 минут, необходимых для приведения себя в работоспособное состояние, мысленно произнесите эту и подобные фразы, помогающие избавиться от напряжения. В конце концов подумайте о чем-нибудь приятном, вызовите в своем сознании наиболее весомые ценности в жизни и сравните: как много у вас есть из того, чего нет у других.

Переходя в обычное состояние, сделайте легкий массаж поглаживанием лица (вокруг глаз, между бровей, виски, носогубные складки, подбородок), шеи, затылка, легкие кругообразные движения и наклоны головы, повороты вправо, влево. Затем ополосните лицо, ушные раковины холодной водой.

2. *Объективно оценивайте то, что с вами происходит.* Не будьте (хотя бы на время) максималистом по отношению к себе. Как часто, оказавшись в той или иной непростой обстановке, люди реагируют не на нее, а на свое отношение к ней. Порой, переживая свое неблагоприятное психическое состояние (например, повышенную тревожность, раздражение и т. п.), мы не задумываемся над тем, что оно нередко является следствием не той ситуации, в которой мы оказались, а результатом нашего отношения к ней.

Очень часто все зависит от того, как мы воспринимаем происходящие события, какую ценность сами приписываем им, образно говоря, сквозь какие очки смотрим на то или иное явление. Чаще для нас имеет значение не то, что с нами происходит, а как мы это воспринимаем, т. е. причины появления состояний эмоционального напряжения нередко кроются в нас самих и объясняются, в первую очередь, нашими индивидуально-психологическими особенностями.

В связи с этим можно воспользоваться еще одним советом. Если нас что-то в данный момент сильно задевает и к чему-то очень обязывает, вызывает сильное беспокойство, тревогу, раздражение, то иногда бывает полезно спросить себя: «Будет ли данное событие по-прежнему волновать нас через несколько дней? А через пять лет?». Если мы ответим на эти вопросы отрицательно, тогда не стоит так сильно огорчаться и сейчас.

3. *Отстранитесь на время от решения стрессогенных проблем.* Расслабьтесь, выкиньте из головы все, что вас тревожит. Скажите себе: «Сейчас, в данный момент, мне это не нужно». На какое-то время сведите к минимуму вашу активность. Переключитесь на другие занятия, не имеющие никакого отношения к стрессу, а напротив – вызывающие положительные эмоции, удовольствие.

Проще говоря, займитесь тем, что приятно. Такие занятия, увлечения, безусловно, есть почти у каждого. Ну а если их нет, делайте любую посильную работу. Физическая активность в стрессогенных ситуациях выполняет роль своеобразного громоотвода, помогающего отвлечься от внутреннего перенапряжения. Можно сходить на выставку, в театр, просто прогуляться.

Положительный эффект в нейтрализации негативных эмоциональных состояний оказывают *встречи с близкими и даже незнакомыми людьми* (эффект попутчика), помогающими по-иному взглянуть на мир, переориентироваться с трагического настоящего на события, которые предстоят в будущем.

Иногда одного сравнения ваших проблем в этот момент с проблемами других людей хватает, чтобы понять, что не все так уж плохо и безнадежно, как, может быть, кажется. В эти моменты огромную роль играет семья, близкие друзья, благодаря психологической помощи которых снимаются отрицательные эмоции и неблагоприятные психические состояния.

4. *Активизируйте мотивы достижения.* Не последнее по значению место в профессиональной деятельности сотрудника в качестве стрессорегулирующего фактора имеет мотивация. Установлено, что, несмотря на тяжелую ситуацию, при сохранности на должном уровне мотивации достижения, альтруизма, побуждающих нас к целенаправленной деятельности, налицо значительное улучшение целого ряда психических показателей. В этом процессе не последнее место занимает формирование уверенности человека в себе, в своих силах, его активность.

Недаром говорят, что чувство уверенности – это ключ к успеху. Для того чтобы быть уверенным в достижении поставленных целей, представьте себе реально желаемый результат, вплоть до наглядного образа того, к чему вы стремитесь, чего желаете достичь.

Сконцентрируйтесь на этом мысленном образе, повторяя про себя: «Я чувствую сильное желание добиться поставленной цели. Я должен это сделать! Я верю в то, что это можно сделать, потому что я могу это сделать!»

Для проведения сеансов релаксации, тренингов и коррекционных мероприятий используются возможности кабинета психологической регуляции. Психологи ОВД осуществляют комплекс восстановительных мероприятий, включающий в себя: снятие нервно-мышечного напряжения путем использования аутотренинга, арома- фитотерапии, аудио- и видеотерапии, музыкотерапии; проведение психокоррекционных сеансов с помощью рациональной, поведенческой, телесно-ориентированной и других видов терапии; использование физических, дыхательных упражнений, массажа; оказание психологической помощи с применением специального психологического оборудования; проведение дебрифинга критических ситуаций и т. д.

Специфика профессиональной деятельности сотрудников оперативных подразделений ОВД обуславливает возникновение у них различных эмоциональных состояний, различающихся по содержанию и направленности, силе, действенности и длительности.

Знание психологических основ управления психическим состоянием человека способствует повышению профессионализма сотрудников ОВД, поддержанию их психического здоровья, а также выступает одним из методов профилактики нервно-психических, психосоматических расстройств, а также их девиантного поведения.

Список литературы

1. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – 2-е изд. – Саратов : ПЕР СЭ : Ай Пи Эр Медиа, 2019. – 528 с.
2. Иванов, А. В. Формирование стрессо- и психофизической устойчивости сотрудников ОВД к действиям в экстремальных условиях : учебно-методическое пособие по дисциплине «Основы личной безопасности сотрудников ОВД» / А. В. Иванов. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя. – 88 с.
3. Решетников, М. М. Психическая саморегуляция. Первая и вторая ступени : учебное пособие для бакалавриата, специалитета и магистратуры / М. М. Решетников. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Юрайт, 2018. – 238 с.
4. Психология экстремальных и чрезвычайных состояний : учебное пособие / [И. В. Белашева и др.]. – Ставрополь : Северо-Кавказский федеральный университет, 2016. – 262 с.
5. Тренинги в профессиональной подготовке и деятельности психологов органов внутренних дел : учебно-практическое

пособие / под ред. Л. Н. Костиной. – Т. 1. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018. – 276 с.

6. Туманов, В. Д. Психология готовности сотрудников органов внутренних дел к действиям в экстремальных условиях : лекция / В. Д. Туманов. – 2-е изд., испр. – Домодедово : ВИПК МВД России, 1996. – 35 с.

7. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса / [А. В. Вальдман и др.]. – М. : Медицина, 1979. – 359 с.

8. Федотов, А. Ю. Психологическое обеспечение профессиональной надежности специалиста силовых структур : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / А. Ю. Федотов. – М., 2020. – 47 с.

9. Федотов, А. Ю. Профессиональная надежность специалиста силовых структур : монография / А. Ю. Федотов. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018. – 197 с.

10. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.

Лекция 12

Социально-психологическая реабилитация лиц, перенесших стрессогенное воздействие

Учебные вопросы:

12.1. Исторические предпосылки и основные этапы формирования реабилитации как метода оказания психологической помощи и поддержки нуждающихся лиц.

12.2. Сущность и содержание понятий «реабилитация» и «реадаптация» в психологии.

12.3. Социально-психологическая реабилитация как компонент реабилитационного комплекса.

12.1. Исторические предпосылки и основные этапы формирования реабилитации как метода оказания психологической помощи и поддержки нуждающихся лиц

В истории реабилитации психически больных можно выделить ряд важных моментов, сыгравших существенную роль в ее развитии:

1. *Эра моральной терапии (moral therapy)*. Этот реабилитационный подход, получивший развитие в конце XVIII – начале XIX вв., заключался в обеспечении психически больных более гуманной помощью. Основные принципы этого психосоциального воздействия сохраняют значение и по сей день.

2. *Внедрение трудовой (профессиональной) реабилитации*. В России этот подход в лечении психически больных стал внедряться в первой трети XIX в. и связан с деятельностью В. Ф. Саблера, С. С. Корсакова и других прогрессивных психиатров. Например, как отмечал Ю. В. Каннабих, к числу важных преобразований, проведенных В. Ф. Саблером в 1828 г. в Пре-

ображенной больнице в Москве, относится «устройство огородных и рукодельных работ».

Трудовой терапии как направлению современной отечественной психиатрии начали уделять особое внимание, начиная с 50-х гг. прошлого столетия. Существовала сеть лечебно-трудовых мастерских и специальных цехов, где могли трудиться психически больные люди, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. С началом социально-экономических реформ в 90-е гг. прошедшего столетия около 60 % учреждений, занимавшихся трудовой реабилитацией (лечебно-производственные мастерские, специализированные цеха при промышленных предприятиях и др.), были вынуждены прекратить свою деятельность. Однако и в настоящее время трудоустройство и трудотерапия являются важнейшими составляющими в программах психосоциальной реабилитации.

3. *Развитие внебольничной психиатрии.* Перенесение акцента в оказании психиатрической помощи на внебольничную службу и осознание того факта, что пациент может лечиться недалеко от семьи и от места работы, имели огромное значение для восстановления больного человека.

В 30-е гг. прошлого столетия в нашей стране начали открываться психоневрологические диспансеры, возникли полустационарные формы помощи, что имело огромное реабилитационное значение.

В 50–60-х гг. широкое развитие получили психиатрические кабинеты в поликлиниках, центральных районных больницах и иных учреждениях общемедицинской сети, на промышленных предприятиях, в учебных заведениях, дневные и ночные полустационары, а также другие формы помощи, направленные на удовлетворение потребностей психически больных.

В зарубежных странах (Великобритания, Япония, Канада и др.) в этот период начали активно создаваться организации потребителей помощи и группы поддержки.

Развитие внебольничной психиатрии предусматривает также активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, для раннего начала лечения и борьбы с последствиями в виде инвалидности, социальной недостаточности.

4. Появление центров психосоциальной реабилитации. Начало их открытия приходится на 80-е гг. XX в. Первые центры (клубы) были созданы самими пациентами (например, Клубный дом в США), и их деятельность была направлена на то, чтобы помогать пациентам справляться с проблемами повседневной жизни, развивать способность к деятельности даже при наличии инвалидности. Поэтому вначале в таких центрах делался акцент на мероприятия, которые помогали бы больным справляться с жизненными трудностями, не поддаваться им, а также на укрепление здоровья, а не на избавление от симптомов психического заболевания. Центры психосоциальной реабилитации сыграли огромную роль в развитии такой области знаний, как реабилитация инвалидов вследствие психических заболеваний. В настоящее время эта форма помощи широко используется в США, Швеции, Канаде, количество реабилитационных программ в них значительно колеблется (от 18 до 148).

В России подобные центры (учреждения) начали создаваться с середины 90-х гг. XX в., однако пока их явно недостаточно. Как правило, это неправительственные учреждения. Примером может служить Клубный дом в Москве, просуществовавший до 2001 г. В настоящее время действующие в нашей стране реабилитационные центры специализируются на конкретном направлении – арттерапия, коррекционные вмешательства, досуг, психотерапия и др.

5. Выработка навыков, необходимых для преодоления жизненных трудностей. Появление этого направления обусловлено тем, что для эффективного решения возникающих проблем людям, страдающим серьезными психическими расстройствами, необходимы определенные знания, умения, навыки. В основе развития навыков и умений лежат методы, разработанные с учетом принципов социального научения. При этом используются методы активно-директивного научения – бихевиоральные упражнения и ролевые игры, последовательное формирование элементов поведения, наставничество, подсказывания, а также осуществляется обобщение приобретенных навыков. Доказано, что выработка навыков и умений развивает у людей с тяжелыми психическими расстройствами способности к независимой жизни.

6. *Современные подходы к психосоциальной реабилитации.* Накопление научных данных о реабилитации психически больных, практического опыта способствовало тому, что в настоящее время в нашей стране наряду с комплексным лечением, включающим медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, культурно-просветительные и досуговые мероприятия, в рамках психосоциальной реабилитации получили развитие следующие виды психосоциальных вмешательств:

а) образовательные программы по психиатрии для пациентов;

б) образовательные программы по психиатрии для родственников больных;

в) тренинги по выработке навыков ежедневной независимой жизни – обучение приготовлению пищи, посещению магазинов, составлению семейного бюджета, ведению домашнего хозяйства, пользованию транспортом и др.;

г) тренинги по развитию социальных навыков – социально приемлемого и уверенного поведения, общения, решения повседневных проблем и т. п.;

д) тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием;

е) группы само- и взаимопомощи пациентов и их родственников, общественные организации потребителей психиатрической помощи;

ж) когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение памяти, внимания, речи, поведения;

з) семейная терапия, другие виды индивидуальной и групповой психотерапии.

Совершенствование концепции реабилитации нашло свое развитие благодаря сформировавшимся организациям, которые придают большее значение вопросам реабилитации. К таковым сегодня можно отнести Всемирную организацию здравоохранения, Всемирную ассоциацию психосоциальной реабилитации, Всемирную психиатрическую ассоциацию, Союз охраны психического здоровья и ряд других.

Так, *Всемирная ассоциация психосоциальной реабилитации* (ВАПР) была основана в 1986 г., и ее деятельность направлена на распространение принципов и практик психосоциальной реабилитации, обеспечение заинтересованных сторон возможностью обмениваться опытом, обсуждать актуальные вопросы, способствовать интеграции в общество лиц с нарушениями психического здоровья, защищать их права и интересы, изменять образ психически больного человека в обществе, поддерживать психически больных и их семьи, повышать качество жизни психически больных и их родственников¹.

¹ Электронный ресурс. URL: <http://www.wapr.info>.

Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) – международная организация, объединяющая психиатрические ассоциации отдельных стран¹. Она активно занимается расширением знаний и навыков, необходимых для работы в сфере психического здоровья и при оказании помощи психически больным; улучшает помощь психически больным; проводит профилактику психических расстройств; защищает права психически больных; содействует разработке и соблюдению самых высоких этических стандартов в психиатрической помощи, а также соблюдению таких стандартов; защищает права психиатров.

Союз охраны психического здоровья, образованный в 2014 г., объединяет специалистов и организации народного хозяйства Российской Федерации². Основная деятельность структуры направлена на улучшение психического здоровья россиян как показателя интеллектуального и нравственного уровня нации, как основы для укрепления ее генофонда, как фундамента социально-экономического благополучия России.

12.2. Сущность и содержание понятий «реабилитация» и «реадаптация» в психологии

Импульсом для развития реабилитации больных в первой половине прошлого века послужила Первая мировая война, искалечившая здоровье и жизни миллионов людей. Уже в то время начали быстро развиваться такие научно-практические дисциплины, как ортопедия, физиотерапия, трудотерапия и лечебная физическая культура.

Вначале использовался термин «восстановительное лечение», и в это понятие входило использование медицинских лечебных методов, но впоследствии, особенно после Второй ми-

¹ URL: <http://www.wpanet.org>.

² URL: <http://www.mental-helath-russia.ru>.

ровой войны, проблема социально-трудоового восстановления больных и инвалидов приобрела массовый характер. Помимо медицинских ее решение включало целый ряд и других аспектов: психологических, социальных и других, выходящих за рамки узкопрофильных и только лечебных. И тогда на смену термину «восстановительное лечение» пришел термин «реабилитация».

Современная концепция реабилитации больных и инвалидов начинает формироваться в годы Второй мировой войны в Англии и США. Со временем приходит понимание, что с ростом случаев хронических заболеваний, ведущих к нетрудоспособности, отдельные направления медицины не в состоянии ему противостоять, что решение этой проблемы возможно только при комплексном подходе.

Реабилитация – это интеграция индивида в общество, при которой достигается самое действенное и необходимое приспособление, функционирование.

В России наиболее значимый вклад в разработку и реализацию идей социально-психологической реабилитации внесли П. В. Кащенко, И. В. Стрельчук, М. М. Кабанов, В. Н. Козырев, С. С. Корсаков, В. И. Ревенко и др.

Реабилитация имеет тесную взаимосвязь с восстановительным лечением и адаптацией, которая рассматривается как приспособление с использованием резервных, компенсаторных способностей. В процессе активного лечения устраняются болезненные биологические (физиологические) патологические проявления, а в процессе реабилитации идет воздействие на остаточные, способные к восстановлению функции. Не всегда в результате терапевтических усилий происходит полное восстановление здоровья и функций.

Термин «реабилитация» происходит от латинского слова *rehabilis* – «восстановление способности». Всемирная органи-

зация здравоохранения (ВОЗ) дает следующее определение данному понятию: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут»¹.

Если коррекционные воздействия, осуществляемые психологом, ориентированы весьма локально, т. е. нацелены на исправление отдельных функций или сторон жизнедеятельности человека (например, коррекция внутрисемейных отношений), то реабилитация направлена на восстановление полноценного общественного бытия и существования личности, в осуществлении которой участвуют различные специалисты, в том числе государственные органы и структуры.

Современное понимание реабилитации включает в себя комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и других мер, целью которых является скорейшее и наиболее полное восстановление утраченных человеком тех или иных физических функций, личного и социального статуса, а также создание условий для его полноценной интеграции в общество.

Таким образом, реабилитация должна включать мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь индивиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

¹ Всемирная организация здравоохранения. [сайт].
URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

С этой точки зрения реабилитация может рассматриваться не только как конечная цель, но и как динамический процесс, имеющий свои физиологические и психологические параметры, а также как способ видения человека – уже клиента или того, кто потенциально может заболеть.

Реабилитация лиц с социальной дезадаптацией имеет свои особенности, что отличает ее от реабилитации страдающих другими заболеваниями, например, заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Многие заболевания, ведущие к социальной дезадаптации, не только приводят к стойкой утрате трудоспособности и выходу на инвалидность лиц молодого возраста, но и способствуют социальной изоляции больных, утрате социальных связей и многих социальных функций. Поэтому реабилитация есть прежде всего их ресоциализация, т. е. возвращение в общество.

Согласно международной классификации ВОЗ, принятой в Женеве в 1980 г., выделяют следующие уровни медико-биологических и психо-социальных последствий болезней и травмы, которые должны учитываться при проведении реабилитации:

1) повреждение (*impairment*) – любая аномалия или утрата анатомических, физиологических, психологических структур или функций;

2) нарушение жизнедеятельности (*disability*) – возникающие в результате повреждения утрата или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность в манере или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества;

3) социальные ограничения (*handicap*) – возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивидуума.

Правильное представление о последствиях травм и болезней имеет принципиальное значение для понимания сути реабилитации и направленности проводимых реабилитационных мероприятий, в том числе и при проведении медико-психологической реабилитации сотрудников ОВД.

Реабилитационные мероприятия строятся на основе ряда следующих общих *принципов*:

1. Реабилитация должна осуществляться с момента возникновения болезни или травмы до полной реинтеграции в общество (непрерывность и тщательность).

2. Реабилитация должна рассматриваться комплексно, с учетом всех аспектов (сложности).

3. Реабилитация должна быть доступна каждому, кто в ней нуждается (доступность).

4. Реабилитация должна адаптироваться к постоянно меняющейся клинической картине, а также к технологическому прогрессу и изменениям в социальных структурах (гибкость).

Процесс реабилитации предполагает этапность в лечении с соблюдением преемственности. Для этого формируются программы реабилитации:

1. *Стационарная программа*. Она проводится в специальных реабилитационных отделениях. Показана пациентам, нуждающимся в постоянном мониторинге со стороны медицинского персонала. Эти программы, как правило, более эффективны, чем другие виды реабилитации, так как пациенту предоставляются все виды реабилитации.

2. *Дневной госпиталь*. Реабилитация проводится в условиях только дневного стационара в период лечения.

3. *Амбулаторная программа*. Проводится в отделениях реабилитационной терапии поликлиник. Пациент остается в ам-

булатории только во время проведения реабилитационных мероприятий.

4. *Домашняя программа.* Эта программа позволяет получать всю терапию и реабилитацию на дому. Программа имеет определенные преимущества, т. е. пациент приобретает необходимые навыки в знакомых домашних условиях.

5. *Реабилитационные центры.* Пациенты участвуют в реабилитационных программах центра. Специалисты и терапевты, проводящие реабилитационные мероприятия, проводят консультирование по выбору лечения, возможностям реализации реабилитационной программы.

Поскольку одним из ведущих принципов реабилитации является комплексность воздействий, реабилитационными учреждениями могут называться лишь те, в которых проводится комплекс медико-социальных, психологических и профессионально мероприятий.

Сегодня принято выделять следующие аспекты этих мероприятий:

1. Медицинский аспект включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана.

2. Физический аспект охватывает все вопросы, связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК, механо- и трудотерапия), с повышением физической работоспособности.

3. Психологический аспект направлен на ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактику и лечение развивающихся патологических психических изменений.

4. Профессиональный аспект у работающих лиц направлен на профилактику возможного снижения или потери трудоспособности; у инвалидов – по возможности восстановление трудоспо-

способности. Сюда также входят вопросы определения трудоспособности, трудоустройства, профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения, переквалификации.

5. Социальный аспект охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношение больного и семьи, общества и производства.

6. Экономический аспект направлен на изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий.

Основными видами реабилитации являются медицинская, профессиональная, социальная и психологическая.

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс лечебных мероприятий, направленных на максимальное восстановление нарушенных физических функций (работоспособности) организма, а в случае невозможности этого – развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций).

В том случае, если из лечебных мероприятий используют преимущественно средства физической терапии (лечебная физическая культура, естественные и преформированные (искусственно создаваемые) факторы физиотерапии и др.), допустимо употреблять понятия «физическая терапия» и «восстановительное лечение» как синонимы.

В комплексе лечебных и лечебно-оздоровительных мероприятий предусмотрены:

1) восстановительно-реконструктивная терапия: медикаментозная терапия; лечебное питание; санация очагов хронической инфекции; хирургическая коррекция патологических изменений; протезирование;

- 2) стационарное и санаторно-курортное лечение;
- 3) восстановление физической работоспособности путем ранней активации пострадавшего, лечебной физкультуры с возрастающими нагрузками, физио- и рефлексотерапии;
- 4) медико-социальный патронаж и др.

Социальная реабилитация включает в себя разработку соответствующей законодательной (юридической) базы, принятие на государственном уровне нормативных правовых актов, гарантирующих определенные социальные права, гарантии и льготы лицам, нуждающимся в реабилитации, обеспечение реализации этих постановлений. Она представляет собой совокупность мероприятий, осуществляемых государственными, частными, общественными организациями, направленных на защиту социальных прав граждан.

В ст. 26 Федерального закона от 23 июня 2016 г. № 182-ФЗ «Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации»¹ определено:

1. Социальная реабилитация представляет собой совокупность мероприятий по восстановлению утраченных социальных связей и функций лицами, находящимися в трудной жизненной ситуации, в том числе потребляющими наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях.

2. Социальная реабилитация лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации посредством:

а) разъяснения существующего порядка оказания социальной, профессиональной и правовой помощи;

¹ НПП «Гарант-сервис». URL: <https://base.garant.ru/71428030/>.

б) оказания психологической помощи;
в) содействия в восстановлении утраченных документов, социально полезных связей.

2. Лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в том числе потребляющим наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, организации социального обслуживания оказывают помощь в социальной реабилитации в порядке, определяемом органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

На особом уровне решаются задачи социальной реабилитации военнослужащих и сотрудников ОВД – участников вооруженных конфликтов и контртеррористических операций, и направлены:

- 1) на обеспечение их социальных гарантий;
- 2) контроль над реализацией социальных гарантий и компенсаций;
- 3) правовую защиту;
- 4) формирование позитивного общественного мнения;
- 5) вовлечение военнослужащих и сотрудников ОВД в систему социальных отношений.

Психологическая реабилитация сопровождает все остальные виды реабилитации и направлена на коррекцию возникших в связи с травмой или заболеванием психических нарушений, формирование позитивного отношения к проводимым мероприятиям, врачебным рекомендациям, регулирование взаимоотношений пациента с обществом, семьей, а также на психологическую адаптацию (приспособление) к изменившейся вследствие болезни жизненной ситуации.

Профессиональная реабилитация решает вопросы определения степени трудоспособности, восстановления имеющихся ранее профессиональных навыков или переобучения, трудоустройства пациентов. При невозможности развития професси-

ональных навыков главной задачей является развитие навыков самообслуживания.

Меры профессиональной реабилитации реализуются в соответствующих реабилитационных учреждениях, организациях и на производстве. В программу профессиональной реабилитации включают такие мероприятия, как:

- 1) профессиональная ориентация;
- 2) психологическое консультирование и сопровождение;
- 3) обучение, переподготовка и повышение квалификации;
- 4) оказание помощи в трудоустройстве;
- 5) формирование и создание специальных рабочих мест для инвалидов;
- 6) помощь в профессиональной адаптации.

Социальная реабилитация и реадaptация лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию, выступают сегодня как приоритетное направление государственной социальной политики Российской Федерации, позволяющее с наибольшей эффективностью и с наименьшими экономическими затратами решать проблемы людей и общества в целом. Главной целью данного направления работы выступает максимально полное восстановление способности индивида и группы к социальному функционированию в обществе.

Как отмечают В. А. Сластенин и В. П. Каширин, личность может нуждаться не только в адаптации, но и в реадaptации. Однако этот процесс нередко происходит с серьезными психологическими последствиями. Что же понимается под понятием реадaptация?

Рeadaptация – это процесс перехода человека в предыдущие условия жизни и деятельности, значительно отличающиеся от тех, к которым он ранее переадаптировался.

Под социально-психологической реадaptацией в военной психологии понимается процесс организованного, постепенного психологического возвращения участников боевых действий с войны и бесконфликтного, нетравмирующего встраивания их в систему социальных связей и отношений мирного времени.

Как отмечает А. Г. Караяни, «социально-психологическая реадaptация осуществляется со всеми участниками боевых действий в целях профилактики развития у них посттравматических стрессовых расстройств, дезадаптации, конфликтов с окружающими». Она включает:

- 1) специальный период жизнедеятельности частей и подразделений, своеобразный «психологический карантин» («психологическую дезинфекцию»);
- 2) создание реадaptирующей среды вокруг ветеранов боевых действий в семье, подразделении, части;
- 4) выявление ветеранов с симптомами ПТСР и проведение с ними мероприятий психологической реабилитации.

Целью деятельности командиров, заместителей по работе с личным составом, психологов и медиков на этапе *психологического карантина* является удовлетворение естественных потребностей участников боевых событий в понимании, признании, престиже их деятельности, снятие психической напряженности и психологическая подготовка их к мирным условиям жизнедеятельности, т. е. реконструкция ценностно-ориентационной системы участников боевых действий.

Карантин предполагает:

- 1) тщательный разбор боевых действий личного состава, по возможности положительная оценка вклада каждого военнослужащего в решение боевых задач;
- 2) вовлечение военнослужащих в динамичную, нескудную и несложную деятельность;

3) организацию специальной психологической подготовки к жизни и деятельности в мирных условиях;

4) выявление военнослужащих, получивших боевые психические травмы, и оказание им психологической помощи;

5) постепенное вовлечение людей с мирной психикой в контакты с ветеранами боевых действий.

Создание реадaptирующей среды направлено:

1) на достойную встречу участников боевых действий;

2) публичное признание социальной значимости их участия в боевых действиях;

3) признание их нового, более высокого социального статуса;

4) понимание специфических ценностей боевого братства, особенностей психических реакций и поведения ветеранов;

5) вовлечение ветеранов в активную общественную работу;

6) создание условий для поддержания благоприятной психологической атмосферы в семье;

7) раннее выявление, быстрое и позитивное разрешение межличностных конфликтов с участием ветеранов;

8) постепенное стирание социальной стратификации по критерию участия в боевых действиях.

В процесс социально-психологической реадaptации психологическая реабилитация входит как составляющая часть, касающаяся помощи лицам с симптомами психических дисгармоний.

12.3. Социально-психологическая реабилитация как компонент реабилитационного комплекса

Социально-психологическая реабилитация является важнейшим элементом восстановления социально-психического равновесия человека и входит в реабилитационный комплекс.

Федеральные законы от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и от 19 июля 2011 г. № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации» предполагают систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих всем категориям инвалидов, а также нуждающимся в социальной, медицинской и психологической помощи, условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Федеральный закон от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах» предусматривает осуществление системы мер, направленных на создание условий, обеспечивающих экономическое и моральное благополучие ветеранов, предоставляющих им дополнительные права и льготы, в том числе и в области социально-психологической реабилитации.

В понимании Е. И. Холостовой и Н. Ф. Дементьевой социально-психологическая реабилитация – это система медико-психологических, педагогических, социально-правовых и организационных мероприятий, направленных на восстановление профессиональных навыков, личностного и социального статуса, коррекцию нарушенных психических функций.

Рассматривая проблемы социально-психологической реабилитации военнослужащих, А. Г. Караяни к числу основных задач социально-психологической реабилитации относит:

- 1) установление характера и степени важности нервно-психологических расстройств, определение индивидуально-личностных особенностей реагирования военнослужащим на полученную психическую травму и выработка реабилитационных мероприятий;

2) снятие психоэмоционального напряжения, раздражительности и страха посредством применения комплексных воздействий (психотерапевтических, медицинских, биологических, социотерапевтических и педагогических (воспитательных));

3) регуляция нарушенных функций организма, коррекция психофизиологического состояния методами психофармакологических, психотерапевтических и физических воздействий;

4) формирование оптимальной психологической реакции на последствия психической травмы, мобилизация личности на преодоление возникших состояний, воспитание у военнослужащих необходимых волевых качеств;

5) формирование у личного состава четких представлений о факторах риска и осознанного отношения к мероприятиям по их устранению;

6) оптимальное разрешение психотравмирующей ситуации, восстановление социального статуса, адаптация человека к условиям внешней среды посредством стимулирования социальной активности военнослужащего, а также различными организационно-педагогическими методами;

7) оценка физической, сенсорной и умственной работоспособности;

8) проведение профессионально-психологической реабилитации, а при утрате профессиональной пригодности – профессиональной переориентации;

9) ориентирование на продолжение активной служебной деятельности и выполнение обязанностей военной службы;

10) изучение динамики изменений психических состояний в процессе реабилитации; диагностика функционального состояния физиологических систем организма; оценка эффективности и коррекция (в случае необходимости) реабилитационных мероприятий.

В ходе проведения общей психореабилитационной работы важно соблюдать такие общие принципы социально-психологической реабилитации:

1. *Принцип единства биологических и психосоциальных методов воздействия.* Реабилитация является не только психосоциальной, но и клинико-биологической системой. Речь идет об использовании (регулировании) механизмов реституции, адаптации и компенсации, а также механизмов физиологической защиты. Не меньшего внимания требуют механизмы психологической защиты, играющие огромную роль в процессе реабилитации.

2. *Принцип разносторонности (разноплановости) усилий и воздействий для реализации реабилитационной программы.* Следует различать психологическую, профессиональную, семейную, общественную сферы реабилитации, а также сферы, связанные с получением или получаемым воспитанием (образованием) клиента и проведением его досуга, – влияние игр, развлечений, искусства.

3. *Принцип партнерства* состоит в опосредовании через личность клиента всех лечебно-воспитательных воздействий и мероприятий. Стержневым моментом всей реабилитационной программы является апелляция к личности, к конструктивным личностным изменениям самого клиента и профилактике аутодеструкции.

4. *Принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий.* Имеются в виду не только постепенные переходы от различных видов, например, лечения занятостью или лечебной физкультуры к различным видам трудовой терапии с последующим трудоустройством. Речь идет также о создании переходных режимов внутри больничных отделений, дневных стационаров, санаториев и профилакториев.

В качестве лиц, наиболее остро нуждающихся в социально-психологической реабилитации, сегодня принято выделять людей:

- 1) с частыми и длительными госпитализациями;
- 2) с выраженным снижением навыков повседневной жизни;
- 3) с проблемами трудовой занятости;
- 4) одиноко проживающих и утративших социальные связи.

Качественно организованная социально-психологическая реабилитация позволяет достичь следующих результатов:

- 1) оптимизации оценки клиентами качества своей жизни, снижения уровня ее противоречивости;
- 2) снижения резидуальных продуктивных психопатологических проявлений;
- 3) значительных положительных изменений, затрагивающих все стороны психометрической оценки;
- 4) положительных изменений в характеристиках копинг-стратегий и защитно-приспособительного поведения;
- 5) вовлечения подавляющего большинства больных в доступные трудовые процессы, редукции напряженности социальных контактов, повышения осведомленности о своей болезни;
- 6) снижения дефицитарных составляющих всех центральных личностных образований;
- 7) тенденции к повышению конструктивной тревоги.

Список литературы

1. Приказ МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 27.07.2024).
2. Федеральный закон от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: <https://www.con>

sultant.ru/document/cons_doc_LAW_5490/ (дата обращения: 27.07.2024).

3. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 27.07.2024).

4. Федеральный закон от 19 июня 2011 г. № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116988/ (дата обращения: 27.07.2024).

5. Приказ МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70148276/> (дата обращения: 27.07.2024).

6. Арзамаскин, Ю. Н. Морально-психологическое обеспечение подготовки и ведения боевых действий / Ю. Н. Арзамаскин, А. Г. Караяни, В. П. Ососков. – М., 1999. – С. 265.

7. Иванов, А. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2003. – № 4. – С. 143–152.

8. Караяни, А. Г. психологическая реабилитация участников боевых действий (психология боевого стресса и стресс-менеджмента) : учебное пособие / А. Г. Караяни. – М. : Военный университет, 2018. – С. 131.

9. Комплексная реабилитация инвалидов : учебное пособие / под ред. Т. В. Зозули. – М. : Академия, 2005. – 304 с.

10. Мигунова, Ю. Ю. Основы медико-социальной реабилитации различных групп населения (для студентов лечебного факультета) : учебно-методическое пособие / Ю. Ю. Мигунова. – Майкоп : ИП Магарин О.Г., 2014. – 102 с.

11. Патраков, Э. В. Социально-психологическая помощь лицам с социальной дезадаптацией (на основе когнитивно-поведенческого подхода) : учебное пособие / Э. В. Патраков, С. Г. Абдуллаева, Л. С. Деточенко. – Ростов н/Д. : Южный федеральный университет, 2016. – 144 с.

12. Попов, В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий: на материале землетрясения в Ленинакане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане : автореф. дис. ... канд. психол. наук / В. Е. Попов. – М., 1992. – 25 с.

13. Холостова, Е. И. Социальная реабилитация : учебное пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – 4-е изд. – М. : Дашков и Ко, 2006. – 340 с.

Лекция 13

Методы психологической реабилитации сотрудников – участников оперативно-служебной деятельности

Учебные вопросы:

- 13.1. Требования к психологической реабилитации сотрудников ОВД.
- 13.2. Посттравматическое стрессовое расстройство и методы его лечения.

13.1. Требования к психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел

Реабилитация сотрудников ОВД представляет собой целенаправленную и организованную деятельность по восстановлению здоровья и работоспособности, устранению функциональных нарушений, а также по профилактике развития патологических процессов организма.

Под *психологической реабилитацией* целесообразно понимать деятельность, осуществляемую субъектами психологической работы, направленную на восстановление психических функций, личностных свойств и системы отношений личности сотрудника, позволяющую ему успешно решать служебно-боевые задачи и функционировать в мирном социуме, т. е. ее объектом являются лица, получившие боевую психическую травму, которая проявляется остро или отсрочена во времени.

Важным моментом понимания сущности психологической реабилитации является выявление ее соотношения с родственными видами деятельности. Представляется эвристичной позиция, при которой она рассматривается как составной элемент целостного реабилитационного комплекса, включающего реал-

билитацию медицинскую, профессиональную, социальную и психологическую.

При этом на границе взаимодействия с этими видами реабилитации возникают области их переплетения, взаимного проникновения, дающие возможность говорить о медико-психологической, профессионально-психологической, социально-психологической реабилитации.

Медико-психологическая реабилитация предполагает мобилизацию психологических возможностей сотрудников в преодолении последствий ранений, травм, инвалидизации, купирование болевых ощущений, психологическую подготовку пострадавших к операциям и в послеоперационный период.

Профессионально-психологическая реабилитация направляется на быстрое восстановление профессионально важных качеств раненых, психотравмированных сотрудников и инвалидов службы; их профессиональную переориентацию и переподготовку, трудоустройство и профессиональную адаптацию; снятие усталости и восстановление физической работоспособности.

Социально-психологическая реабилитация ориентируется на создание вокруг сотрудников ОВД реабилитирующей социальной среды. Наряду с реализацией принципа безбарьерной архитектуры в градостроительстве и транспорте (бордюры, аппарели, лифты и др.) должен быть реализован принцип безбарьерных отношений для инвалидов в обществе. В общественном сознании необходимо формировать образ инвалида с реальными перспективами в карьере, в динамике социального статуса. Более подробно об этом было сказано в лекции 12.

Деятельность специалистов по психологической реабилитации основывается исходя из требований ряда нормативных правовых актов: федеральных законов от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах», от 19 июля 2011 г. № 247-ФЗ «О соци-

альных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации», от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; приказов МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации», от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации» и др.

В приказе МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 дан перечень показаний к медико-психологической реабилитации и указана соответствующая им продолжительность медико-психологической реабилитации сотрудников ОВД.

Показаниями к медико-психологической реабилитации являются следующие:

1. Донозологические и преморбидные состояния, характеризующиеся напряжением механизмов адаптации функциональных резервов или сниженными функциональными возможностями с неудовлетворительной адаптацией к условиям окружающей среды:

а) состояния после воздействия неблагоприятных факторов внешней среды в период выполнения служебно-боевых и оперативно-служебных задач (при длительном воздействии неблагоприятных климатических условий; на территориях, подвергшихся загрязнению вследствие природной или техногенной катастрофы; в иностранном государстве с неблагоприятным жарким климатом);

б) снижение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, отражающееся в умеренных или физиологически значимых изменениях электрокардиограммы.

2. Состояния, характеризующиеся резким снижением функциональных возможностей организма, хроническим нерв-

но-психическим перенапряжением, явлениями срыва механизмов адаптации и сопровождающиеся отдельными симптомами заболеваний, включая последствия внутричерепной травмы (через четыре месяца после закрытой, шесть месяцев – открытой черепно-мозговой травмы, отдаленные последствия сотрясения и контузии мозга, травматическая энцефалопатия в восстановительном и резидуальном периодах); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства без резко выраженных и стойких тревожных, фобических, депрессивных, ипохондрических и истерических проявлений; соматоформная дисфункция вегетативной системы (психовегетативный синдром):

а) снижение эмоционально-волевой активности и мыслительной деятельности, сопровождающееся астеническими и гипостеническими симптомами;

б) немотивированное, малопродуктивное повышение эмоционально-волевой активности, сопровождающееся астеническим симптомокомплексом в рамках гиперстении;

в) наличие когнитивно-поведенческих реакций при дезадаптивном статусе;

г) состояние системы кровообращения, отражающее нарушения координации вегетативной регуляции (дисбаланс адренергических и холинэргических влияний);

д) перенесенные непосредственно в момент угрозы жизни и здоровью сотрудника кратковременные острые реакции на ситуацию в виде заторможенности («ступора») или возбуждения («паники»), после купирования острых состояний;

е) затянувшиеся состояния эмоционального напряжения (тревоги, беспокойства), хронического нервно-психического перенапряжения, повторные переживания психотравмирующих событий и фиксация на них, нарушения сна, сказывающиеся на

самочувствию, работоспособности и требующие незначительной медикаментозной коррективы;

ж) дезадаптивные поведенческие реакции в сфере межличностных отношений, проявляющиеся в нарастании раздражительности, немотивированной агрессивности, конфликтности, замкнутости, умеренном изменении характерологических особенностей и личностных установок, несвойственном ранее пренебрежении служебными обязанностями, грубых дисциплинарных нарушениях, злоупотреблении спиртными напитками, приводящие к временному нарушению социальной и служебной адаптации;

з) преходящие вегетативные проявления после незначительного психоэмоционального напряжения в виде нарушений сердечного ритма, колебаний артериального давления, чувства ознобления или жара, приступов головокружения или головных болей, чувства тошноты, нехватки воздуха, обморочных состояний, неприятных ощущений в различных частях тела или в области внутренних органов с чувством беспокойства за собственное здоровье (ипохондрическая фиксация) без объективных данных за органическую патологию;

и) длительно (более трех суток) сохраняющиеся, повторные функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, не связанные с режимом и качеством питания (после исключения соматической и инфекционной патологии);

к) сохраняющиеся в течение длительного времени (более трех суток) после физических нагрузок боли в конечностях и позвоночнике, мигрирующие боли и (или) мышечные спазмы в отдельных группах мышц при отсутствии объективных данных за патологию;

л) болевые синдромы после перенесенных ранее травм, ранений или заболеваний, не вызывающие стойкого нарушения

функции и без признаков развития органических изменений в местах повреждений или органах.

К медико-психологической реабилитации привлекаются следующие категории сотрудников ОВД:

1. Выполнявшие задачи в условиях вооруженного конфликта, проведения контртеррористических операций, принимавшие участие в выполнении мероприятий по восстановлению конституционного порядка, обеспечению режима чрезвычайного положения.

2. Принимавшие участие в оперативно-служебных и специальных мероприятиях вне мест постоянной дислокации в период проведения крупномасштабных общественно-политических или спортивных мероприятий при возникновении ситуаций, сопряженных с опасностью для жизни и причинением вреда здоровью.

3. Принимавшие участие в оперативно-служебных и специальных мероприятиях, сопряженных с опасностью для жизни и причинением вреда здоровью, в местах постоянной дислокации.

4. Подвергшиеся воздействию опасных факторов при авариях на охраняемых объектах, железнодорожном, авиационном, других видах транспорта, при ликвидации таких аварий или обеспечении безопасности в зонах ответственности при ликвидации последствий аварий.

5. Подвергшиеся воздействию опасных факторов при авариях, катастрофах катеров (кораблей) и специальных технических средств (барокамер, декомпрессионных камер), авиационных событиях с участием летательных аппаратов при отказах в работе штатного оборудования жизнеобеспечения, частичном или полном отказе в работе парашюта, а также при выполнении мероприятий в условиях чрезвычайного положения, ликвидации последствий стихийных бедствий (чрезвычайных ситуаций).

6. Непосредственно выполнявшие работы по поиску и (или) обезвреживанию (уничтожению) взрывоопасных предметов.

В зависимости от медицинских показаний продолжительность медико-психологической реабилитации составляет:

1) для сотрудников, имеющих показания, предусмотренные подп. 1.1 Перечня, – *14 суток*;

2) сотрудников, имеющих показания, предусмотренные подп. 1.2 Перечня, при проведении медико-психологической реабилитации в центре восстановительной медицины и реабилитации – *18 суток*, в санатории – *21 сутки*;

3) сотрудников с клиническими проявлениями психической дезадаптации, с последствиями травм и ранений, а также сопутствующими хроническими заболеваниями органов и систем в стадии ремиссии, имеющих показания, предусмотренные п. 1 Перечня, – *30 суток*.

Сотрудники *не позднее пяти суток* после выполнения задач по обеспечению правопорядка и общественной безопасности в отдельных регионах Российской Федерации, а также сотрудники после прохождения службы в условиях военного положения или чрезвычайного положения, вооруженного конфликта, проведения контртеррористической операции, ликвидации последствий аварий, катастроф природного и техногенного характера, других чрезвычайных ситуаций и в иных особых условиях, связанных с повышенной опасностью для жизни и здоровья, и возвращения в места постоянной дислокации *проходят внеплановый медицинский осмотр* в медицинских организациях системы МВД России, на которые возложено их медицинское обеспечение.

Медико-психологическая реабилитация проводится в кабинетах психологической регуляции органов и подразделений внутренних дел, в центрах реабилитации (специализированных

реабилитационных подразделениях) медико-санитарных организаций системы МВД России, в санаторно-курортных организациях системы МВД России.

Решение о потребности сотрудника в медико-психологической реабилитации принимается врачебной комиссией амбулаторно-поликлинического подразделения медико-санитарной организации по результатам медицинского осмотра и психофизиологического обследования *не позднее пяти суток* после завершения обследования сотрудника.

В состав комиссии включаются врачи амбулаторно-поликлинического подразделения, специалисты центра психофизиологической диагностики медико-санитарной организации, специалисты-психологи подразделения по работе с личным составом Департамента государственной службы и кадров МВД России или соответствующего территориального органа МВД России на региональном уровне.

Комиссией на основании результатов медицинского осмотра определяются показания и противопоказания к реабилитации в условиях санаторно-курортных организаций системы МВД России, составляется индивидуальная программа медико-психологической реабилитации сотрудника в соответствии с нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего выработку государственной политики и нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, с указанием необходимого объема диагностических, реабилитационных мероприятий и места их проведения.

13.2. Посттравматическое стрессовое расстройство и методы его лечения

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного

психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом. Основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что чаще сопровождается тревогой и паникой, а также гневом, злостью, чувством вины или безнадёжности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором.

В МКБ-11 в расстройствах, связанных со стрессом, выделяются в самостоятельную рубрику расстройства, непосредственно связанные со стрессом (L1-6B4), где стресс рассматривается как основной пусковой этиологический фактор, объединяющий эту группу нарушений. В этот раздел были включены ПТСР (6B40) и комплексное ПТСР (6B41).

ПТСР определяется как расстройство, манифестирующее после переживания экстремального угрожающего или ужасающего события или серии событий.

В качестве основных симптомов выделяются:

1) повторное переживание травматического события (событий) в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флэшбэками или ночными кошмарами;

2) избегание мыслей и воспоминаний о событии (событиях), деятельности или ситуациях, напоминающих событие (события);

3) состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга.

В новой классификации в сравнении с МКБ-10 изменен временной промежуток: симптомы должны присутствовать не менее нескольких недель и значительно ухудшать социальное функционирование.

Комплексное ПТСР (6В41) возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно (к примеру, геноцид, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое постоянное бытовое насилие, пытки или рабство).

Дополнительно к типичным симптомам ПТСР имеются длительные и сквозные нарушения в аффективной сфере, самоотношении, межличностном взаимодействии и социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека, трудности в поддержании отношений и (или) низкая заинтересованность в них.

Дополнительная к ПТСР симптоматика включает:

1) стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний);

2) поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение);

3) изменения в сфере представлений о самом себе (стойкие негативные представления о себе как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые могут сопровождаться глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности);

5) нарушения в социальном функционировании (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом, трудности в поддержании близких отношений).

ПТСР, как и острое стрессовое расстройство, характеризуется появлением симптомов сразу после психотравмирующего события. Следовательно, у больных с посттравматическим стрес-

совым расстройством всегда обнаруживаются новые симптомы или изменение симптомов, которые отражают специфику травмы.

Критерии, характеризующие посттравматическое стрессовое расстройство, приведены в Международной классификации болезней:

1. Человек пережил психотравмирующее событие, при котором имели место следующие условия (оба):

а) человек был участником или свидетелем события, сопровождавшегося реальной смертью или ее угрозой, нанесением серьезного физического ущерба либо угрозой физической целостности в отношении его самого или других людей;

б) человек испытал интенсивный страх, беспомощность или ужас (у детей вместо этого может наблюдаться неадекватное поведение или возбуждение).

2. Психотравмирующее событие служит предметом постоянных переживаний, которые могут принимать одну или несколько следующих форм:

а) повторяющиеся навязчивые гнетущие воспоминания о травме в виде образов, мыслей, ощущений (у детей раннего возраста могут быть постоянные игры, сюжетно связанные с пережитой травмой);

б) повторяющиеся мучительные сновидения, включающие сцены из пережитого события (у детей возможны устрашающие сновидения без определенного содержания);

в) человек действует или чувствует таким образом, как будто заново переживает психотравмирующее событие (в виде оживших переживаний, иллюзий, галлюцинаций или диссоциативных эпизодов по типу флэшбэка), в том числе в момент пробуждения или при интоксикации (у детей возможно повторяющееся разыгрывание эпизодов травмы);

г) интенсивный психологический дискомфорт при контакте с внутренними или внешними стимулами, символизирующими или напоминающими психотравмирующее событие;

д) физиологические реакции при контакте с внутренними или внешними стимулами, символизирующими или напоминающими психотравмирующее событие.

3. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, а также ряд общих проявлений, отсутствовавших до травмы (необходимы не менее трех из следующих симптомов):

а) стремление избежать мыслей, чувств или разговоров о травме;

б) стремление избежать действий, мест, людей, способных напомнить о травме;

в) невозможность вспомнить важные детали травмы;

г) выраженное ограничение интересов и стремления участвовать в какой-либо деятельности;

д) отстраненность, замкнутость;

е) ослабление аффективных реакций (в том числе неспособность испытывать любовные чувства);

ж) ощущение безнадежности (отсутствие каких-либо ожиданий, связанных с карьерой, женитьбой, детьми или продолжительностью предстоящей жизни).

4. Постоянные признаки повышенной возбудимости (отсутствовавшие до травмы), которые проявляются не менее чем двумя симптомами из следующих:

а) трудности засыпания или поддержания сна;

б) раздражительность или вспышки ярости;

в) нарушение концентрации внимания;

г) повышенная настороженность;

д) усиленный стартл-рефлекс.

5. Продолжительность симптомов, указанных в критериях 2, 3, 4, – не менее одного месяца.

6. Расстройство причиняет клинически выраженный дискомфорт или нарушает жизнедеятельность больного в социальной, профессиональной или иных важных сферах.

Расстройство квалифицируется как *острое*, если продолжительность симптомов не превышает трех месяцев; *хроническое* – при сохранении симптомов более трех месяцев; *отставленное*, если симптомы проявляются не ранее чем через шесть месяцев после психотравмирующего события.

Для постановки диагноза посттравматического стрессового расстройства необходимо выявить не менее трех из перечисленных симптомов.

Из симптомов повышенной активации (инсомния, раздражительность, повышенная возбудимость, усиленный стартл-рефлекс) должны присутствовать по крайней мере два.

Диагноз посттравматического стрессового расстройства ставится только в том случае, если отмеченные симптомы сохраняются не менее месяца. До достижения месяца диагностируют острое стрессовое расстройство. В DSM-IV выделены три типа посттравматического стрессового расстройства с различным течением. Острое ПТСР продолжается менее трех месяцев, хроническое ПТСР длится дольше. Отставленное ПТСР диагностируют в том случае, когда его симптомы становятся очевидными спустя шесть и более месяцев от момента травмы.

Посттравматическое стрессовое расстройство многообразно по своим проявлениям, но на отдаленном этапе (через шесть месяцев после травмирующих событий и позже) оно чаще характеризуется астено-депрессивными, тревожно-депрессивными, астено-невротическими, астено-ипохондрическими расстройствами, которые, с психологической точки зрения, формируют-

ся за счет траты психической энергии на вытеснение, которое требует колоссальных усилий. Сужается поле осознания, исчезает возможность выбора (т. е. человек не может изменить отношение к ситуации).

В работе с ПТСР психотропные препараты целесообразно использовать лишь в качестве «фармакологического зонтика» – для снятия остроты состояния с целью последующей психотерапевтической коррекции.

Мы считаем, что для любых психотравмирующих ситуаций основной формой лечения является психотерапия, остальные методы будут лишь дополнительными и комплексными.

Смысл ИТП при лечении ПТСР заключается в отреагировании травмирующей ситуации и освобождении связанной энергии. При отреагировании данная энергия освобождается, за счет чего уходят симптомы астении, и происходит трансформация негативного опыта в позитивный. Далее начинают формироваться новые поведенческие паттерны, изменение отношения к ситуации.

Консультативно-психологическая помощь рассчитана преимущественно на психически здоровых сотрудников или лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами. Данная помощь включает: психологическое консультирование сотрудников ОВД и членов их семей по проблемам личного характера; профессиональное психологическое консультирование; по вопросам обучения; психологическое консультирование при проблемах, возникающих в связи со злоупотреблением алкоголем и наркотиками (асоциальное поведение); помощь при острых психологических кризисах. На этом уровне осуществляется и психокоррекция (индивидуальная, семейная).

Психотерапевтическую помощь оказывают сотрудникам, имеющим пограничные нервно-психические расстройства, психотические формы, аддиктивные расстройства, а также лицам

с соматической патологией. В районе непосредственного выполнения задач при наличии дизадаптивных реакций и неспецифических донозологических расстройств используют простые и доступные методы психокоррекции.

На госпитальном этапе при наличии сформировавшейся нозологической формы психического расстройства проводят комплекс психотерапевтических методик, описанных ниже.

Общим принципом построения психотерапии при дизадаптации сотрудников является дифференцированное сочетание при ее проведении методов симптоматической, личностно-ориентированной и социоцентрированной психотерапии. Необходимо учитывать также последовательность проведения различных психотерапевтических методик в зависимости от этапа лечения. Выбор психотерапевтических методов в первую очередь определяется их направленностью и эффективностью, а также возможностями и профессионализмом психолога или специалиста.

Кроме того, в исследованиях В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцева, Е. В. Снедкова, Ю. К. Маликова, В. Е. Саламатова указывается на необходимость учета личностных особенностей больных. С учетом этих факторов предлагается применять следующие методы психотерапии (*рис. 13.1*).

Наиболее оптимальной в лечении конкретного больного с определенной формой расстройства психического или психосоматического характера является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, опирающаяся на теоретические положения «патогенетической» психотерапии В. Н. Мясищева.

Ее задачами являются:

- 1) глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотиваций, специфики формирования, структуры и функционирования системы отношений;

2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих как возникновению, так и сохранению невротического состояния и симптоматики;

3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболевания;

4) помощь больному в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, изменении при необходимости его объективного положения и отношения к нему окружающих;

5) изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что является главной задачей психотерапии и, в свою очередь, ведет как к улучшению субъективного самочувствия, так и к восстановлению полноценности его социального функционирования.



Рис. 13.1. Методы психотерапии

Во-первых, такой подход обуславливается тем, что до недавнего времени практически единственной и наиболее разработанной в нашей стране системой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии была патогенетическая психотерапия, которая наиболее знакома практикующим врачам.

Во-вторых, эта система более всего соответствует взглядам на этиологию и патогенез психических и психосоматических заболеваний и наиболее адекватна клиническому подходу в их лечении.

В-третьих, в ее рамках могут гармонично сочетаться различные формы индивидуальной и групповой психотерапии.

В-четвертых, несмотря на то, что основой личностно-ориентированной психотерапии являются методы патогенетической направленности, дополнительно возможно использование и других методов, преимущественно симптоматической направленности, так как в патогенезе всех болезней участвуют наряду с личностным фактором и другие уровни интеграции и функционирования организма.

В-пятых, основные положения патогенетической личностно-ориентированной психотерапии достаточно хорошо согласуются со многими положениями других направлений, таких как психоанализ, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование и т. д.

Отсюда – возможность применения разнообразных психотехник из различных направлений, подчиненных основным целям и задачам патогенетической психотерапии.

Учитывая наличие высокого уровня тревожности, эмоциональной возбудимости и раздражительности, закономерно сопровождающихся соматовегетативными нарушениями, мышечной напряженностью и т. д., а также в большинстве случаев повышенную внушаемость, обусловленную астенизацией и имеющейся или имевшей место угрозой для жизни на фоне

изначально низкой готовности к совместной активной психотерапевтической работе, мы предлагаем следующую структуру психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

На *первом этапе* оказания психотерапевтической помощи представляется наиболее адекватным применение методик психической саморегуляции (ПСР), телесно-ориентированной психотерапии и голотропного дыхания.

На *втором этапе* – личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, используемая в форме индивидуальной и групповой психотерапии.

На *третьем этапе* – социальная коррекция в форме социально-психологического тренинга.

Применение методик ПСР позволяет редуцировать страх, тревогу, психоэмоциональное напряжение; сформировать фоновое позитивное психоэмоциональное состояние; обучить приемам релаксации и мобилизации и подготовить пациента к последующей активной совместной психотерапевтической работе.

Учитывая достаточно выраженную изначально пассивность сотрудников ОВД и их достаточно высокую внушаемость, наиболее результативными являются методики саморегуляции.

На первых этапах обучают гетеросуггестии, постепенно увеличивая роль обучаемого, его внутреннюю активность в процессе их освоения. Поэтому наряду с такими классическими методиками ПСР, как аутогенная тренировка, мышечная релаксация Джекобсона, возможно применение методик психической саморегуляции «Якорь», «Ключ» Х. Алиева, ассоциативной методики саморегуляции.

Третьим направлением первого этапа психотерапевтической помощи является методика *телесно-ориентированной терапии*, акцентированная на актуализацию чувственного осозна-

вания (по Ш. Селвер и Ч. Бруксу) с одновременным обращением к проблемам раннего периода жизни и развития.

С ее помощью формируются положительные эмоции витально-телесного уровня; снимаются мышечные блоки, психоэмоциональная напряженность; создаются базальное чувство безопасности, доверительное отношение к окружающим.

Проведение этой психотерапевтической методики требует специальной подготовки специалиста, так как в основе метода лежит преимущественно невербальное воздействие на пациента.

Необходимо отметить относительность определения вышеуказанных методик как симптоматических. Особенно это касается ассоциативной методики ПСР и холотропного дыхания. Первая, благодаря заложенным в ней приемам целенаправленного самовоздействия, тесно соприкасается с некоторыми приемами ролевого тренинга и с методикой «генерирования нового поведения» в нейролингвистическом программировании. Это позволяет оказывать воздействие на поведенческом уровне (генерировать новые модели поведения), разрушая тем самым патологические стереотипы поведения, часто играющие важную роль в развитии расстройств у сотрудников.

Психотерапевтическое лечение на первом этапе формирует более положительное отношение к предстоящей личностно-ориентированной психотерапевтической работе. Возникают начальные процессы групповой динамики, особенно заметные в группах телесно-ориентированной психотерапии, устанавливаются доверительные отношения пациентов к врачу, уверенность в компетентности последнего, формируются устойчивая положительная установка на проводимое и предстоящее лечение, чувство ответственности за происходящее, активный настрой на предстоящую работу.

Психолог обязательно индивидуально работает с пациентом на всех этапах психотерапии, что обеспечивает успешность психотерапевтических манипуляций. Кроме соответствующих личностных качеств и профессионального опыта в лечении подобных расстройств, врачу-психотерапевту необходимо практическое умение устанавливать продуктивный контакт с пациентом на эмоциональном и когнитивном уровнях с использованием вербальных и невербальных приемов коммуникации. Чтобы хорошо владеть такими навыками, весьма полезно использовать приемы нейролингвистического программирования, известные под названиями «подстройки», «синхронизации» и «ведения» и подробно изложенные в соответствующих руководствах.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия используется индивидуально и в группе. Ее цель – изучение личности пациента, осознание и изменение нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, ведущих к нарушению полноценного психологического и социального функционирования. При этом фиксируются три плоскости изменений: когнитивная, эмоциональная и поведенческая.

Основной формой личностно-ориентированной психотерапии является рациональная, направленная на формирование устойчивой установки на успешность предстоящего лечения; коррекцию представлений о болезни, формирование реальной картины расстройства, ее прогнозе и положении индивидуума в социальной микро- и макросреде, а также возникающих в связи с этим переживаний; формирование и коррекция мотиваций к здоровью, дальнейшей реабилитации, трудовой деятельности, социальной активности.

Основой *рациональной психотерапии* является правильная, доступная пониманию больного трактовка характера, причин

возникновения, прогноза заболевания, что позволяет сформировать наиболее адекватное отношение к своему состоянию.

В рамках рациональной психотерапии психолог или психотерапевт может использовать теоретические положения самых различных направлений, но в основе работы должны лежать следующие правила: высокая компетентность специалиста в данном направлении, обеспечение этим направлением необходимого психотерапевтического простора, расширяющего возможность творческого подхода, широты маневра для врача в последующих психотерапевтических манипуляциях, уместность применения в данном конкретном случае, понятная для больного форма изложения.

Достаточно эффективными сегодня являются различные методики нейролингвистического направления.

Самыми результативными и употребляемыми у данного контингента больных являются техники «якорения», «тройной диссоциации», «взмаха», «рефрейминга» и некоторые др.

С помощью этих психотехник достигаются: коррекция отношения к психотравмирующей ситуации; создание новых конструктивных личностных установок и целей, более адекватного и позитивного «Я-образа»; переоценка жизненных ориентиров; выработка новых программ, паттернов эмоционального и поведенческого реагирования.

В результате второго этапа достигается более полное понимание пациентом причин своего расстройства и механизма его развития; формулируется цель психотерапии, желаемые изменения в психическом состоянии; изменение нарушенных отношений, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, выработка новых стереотипов и форм эмоционального и поведенческого реагирования.

После начальных этапов психотерапии необходимо подключение групповых форм. Их психотерапевтическими целями являются:

1) эмоциональная стимуляция, социальная активация и налаживание коммуникаций;

2) выработка адекватных стереотипов поведения, тренировка общения и повышение социальной уверенности;

3) достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения;

2) раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, перестройка системы отношений и выработка адекватных форм психологической компенсации.

Третий этап предполагает социальную коррекцию в форме социально-психологического тренинга.

Опыт показывает, что в генезе и проявлениях психических расстройств у сотрудников ОВД важное место занимают нарушения в плане межличностных отношений, в свою очередь порождающие невротические паттерны поведения (усиливающие невротическую симптоматику) и таким путем формирующие образование порочного круга.

Проблему коррекции межличностных отношений на уровне микро- и макроокружения зачастую возможно решить только в психотерапевтических группах. Групповая психотерапия позволяет:

1) уяснить особенности своих межличностных отношений и поведения, возможность их оценки в различных ситуациях, корректировать самооценку на основе обратной связи в атмосфере эмоциональной открытости и доверия;

2) снять ореол исключительности психологических проблем, испытываемых комбатантом; получить эмоциональную

поддержку от других участников группы, имеющих общие проблемы и цели;

3) апробировать и освоить новые навыки поведения, иметь возможность экспериментировать с различными стилями межличностных отношений; разрешить имеющиеся межличностные конфликты.

Еще одним из эффективных методов, применяемых в лечении ПТСР у сотрудников ОВД, является *метод десенсибилизации и переработки движениями глаз*.

Данный психотерапевтический метод был разработан Ф. Шапиро (США) в 1987 г. и с этого времени с успехом применяется для лечения посттравматического стрессового расстройства у ветеранов боевых действий, жертв насилия, катастроф, а также лиц, страдающих фобиями.

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы.

При ее активизации происходят спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях воспоминания о травме и связанные с ним представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в центральной нервной системе в форме обусловленной пережитым состоянием.

Негативная информация как бы замораживается и длительное время охраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям от других ассоциативных сетей памяти.

При этом, как отмечает Ф. Шапиро, не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не может связываться с изолированной информацией о травмирующем событии. В результате негативные эмоции, образы ощущения и представления из прошлого пациента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт.

Предполагается, что движения глаз, используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок.

Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движения глаз, вероятно, приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травмирующий опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения пациентов приобретают конструктивный характер.

ДПДГ может применяться как самостоятельный метод психотерапии при ПТСР либо как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение у больных наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными в прошлом психическими травмами. В зависимости от поставленных задач и целей количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1–2 до 6–16, а продолжительность каждого из них составляет от 60 до 90 минут. Средняя частота сеансов – один-два раза в неделю.

Предложенные психотерапевтические методики доказали эффективность лечения пострадавших сотрудников. В подавляющем

большинстве случаев они обеспечивают высокую эффективность и быстроту достижения полезного результата, что немаловажно при ограниченном времени терапевтического воздействия.

Список литературы

1. Федеральный закон от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5490/ (дата обращения: 27.07.2024).

2. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 27.07.2024).

3. Федеральный закон от 19 июня 2011 г. № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116988/ (дата обращения: 27.07.2024).

4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 октября 2021 г. № 2900-р «Об утверждении плана мероприятий по внедрению Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра (МКБ-11) на территории Российской Федерации на 2021–2024 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2021. – № 43. – Ст. 7296.

5. Приказ МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70148276/> (дата обращения: 27.07.2024).

6. Приказ МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федера-

ции»// НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 27.07.2024).

7. Караяни, А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий (психология боевого стресса и стресс-менеджмента) : учебное пособие / А. Г. Караяни. – М. : Военный университет, 2018. – 152 с.

8. Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие / под ред. М. И. Марьина. – М. : Главное управление кадров МВД России, 2002. – 272 с.

9. Попов, В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий: на материале землетрясения в Ленинакане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане : автореф. дис. ... канд. психол. наук / В. Е. Попов. – М., 1992. – 25 с.

10. Психологическая коррекция и реабилитация : учебное пособие / под ред. Е. В. Митасовой. – М. : Военный университет, 2015. – 192 с.

11. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников войны / [В. В. Нечипоренко и др.] // Медицинская реабилитация раненых и больных. – М. : Медицина, 1997. – С. 143–156.

12. Пушкарев, А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Д. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева / под ред. Б. Д. Казаченко. – М. : Институт психотерапии, 2000. – 128 с.

13. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро ; [пер. с англ. А. С. Ригина]. – М. : Класс, 1998. – 496 с.

Лекция 14

Актуальные проблемы сочетания психологических и медицинских средств в процессе постстрессовой реабилитации

Учебные вопросы:

14.1. Медицинская реабилитация сотрудников ОВД: особенности организации и методы.

14.2. Медикаментозное лечение психических расстройств, полученных вследствие психических травм.

14.1. Медицинская реабилитация сотрудников органов внутренних дел: особенности организации и методы

Опыт медико-психологического сопровождения оперативных действий и служебных задач показывает, что сотрудники ОВД, принимающие участие в контртеррористической операции, подвергаются воздействию комплекса экстраординарных психотравмирующих факторов. Выполнение оперативно-служебных и служебно-боевых задач в условиях, сопряженных с риском для жизни и здоровья, также сказывается на физиологическом состоянии сотрудников: ранения, контузии, физические травмы, болезни, инвалидность.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ «Психосоциальная реабилитация. Согласованное положение», разработанными в сотрудничестве со Всемирной ассоциацией по психосоциальной реабилитации, стратегия реабилитации сотрудников ОВД должна строиться одновременно на трех уровнях.

На уровне индивидуума:

1) фармакотерапия;

2) восстановление навыков социального функционирования (межперсональное общение);

3) психологическая поддержка сотрудников и членов их семей, включающая в себя создание групп поддержки для родственников длительно болеющих сотрудников, информирование об их правах, доступность психосоциальных ресурсов;

4) решение проблем жилья;

5) восстановление профессиональных навыков, организация досуга.

На уровне психолого-психиатрической службы и кадровых ресурсов:

1) создание концепции психолого-психиатрической службы в органах внутренних дел и распределение ресурсов;

2) улучшение условий в лечебно-профилактических учреждениях системы МВД России и местах проживания;

3) обучение сотрудников (врачей, психологов);

4) обеспечение необходимого уровня психолого-психиатрической помощи.

На государственном уровне:

1) совершенствование соответствующего законодательства;

2) усиление роли потребителей психолого-психиатрической помощи;

3) улучшение общественного мнения о лицах, страдающих нервно-психическими расстройствами, и изменение отношения сотрудников к таким заболеваниям.

В связи с этим в системе комплексной реабилитации большое значение придается и медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация – это совокупность последовательных и преемственных лечебно-профилактических мероприятий, гигиенического обучения и воспитания сотрудников, пропаганды здорового образа жизни, направленных на восстановление

здоровья, трудоспособности, нарушенных или утраченных в связи с болезнью или травмой.

В ходе осуществления медицинской реабилитации сотрудников ОВД придерживаются следующих принципами ее организации: системность, эффективность, этапность, непрерывность, комплексность, индивидуализация, преемственность на основе последовательного и постепенного расширения двигательного режима, физической активности и тренирующей терапии в сочетании с необходимыми медикаментозными и психологическими воздействиями.

Основными этапами медицинской реабилитации являются: госпитальный, амбулаторно-поликлинический и санаторный. На каждом этапе выполняются свои задачи.

Так, основными задачами *госпитального этапа* медицинской реабилитации являются: выработка наиболее рациональной программы реабилитационных мероприятий с обеспечением ее преемственности на амбулаторно-поликлиническом и санаторном этапах; определение адекватного лечебно-двигательного режима; разработка диетических рекомендаций; предупреждение и устранение возможных осложнений заболеваний; достижение устойчивой компенсации нарушенных функций организма; военно-врачебная экспертиза; подготовка больного к выписке; разработка рекомендаций по дальнейшей реабилитации.

Основные усилия при этом сосредоточиваются на формировании адекватной психологической реакции на заболевание и веры в выздоровление. Важное место в системе реабилитации занимают психологические методы. Их значение возрастает, когда в процесс реабилитации активно включаются сам больной, его родственники, друзья. Положительный результат реабилитации будет достигнут лишь в том случае, если все ее

участники, а не только врачи-специалисты, сознательно относятся к проводимым мероприятиям.

На этом этапе оказывают специализированную психиатрическую помощь больным, часто поступающим в остром периоде заболевания, и помимо соответствующих лечебных мероприятий формируют программу реабилитации в целом.

Амбулаторно-поликлинический этап, который может занимать достаточно значительный промежуток времени даже после восстановления трудоспособности сотрудника ОВД. Наряду с лечебными мероприятиями проводят необходимые контрольные исследования.

Амбулаторно-поликлинический этап начинается после выписки больного из отделения реабилитации госпиталя, из санатория или после завершения отпуска по болезни.

Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации проводят врачи медицинских пунктов и поликлиник под руководством, наблюдением и при непосредственном участии невропатологов (психоневрологов).

Амбулаторно-поликлинический этап условно разделяют на периоды: переходный – между окончанием санаторного этапа или отпуска по болезни и началом профессиональной трудовой деятельности; вработывания – после выхода на службу (до четырех недель), частичного ограничения (5–7 месяцев); полной работоспособности.

Продолжительность амбулаторно-поликлинического этапа равна длительности всей последующей службы реабилитанта и зависит от времени пребывания на службе, от выслуги лет или по состоянию здоровья. Дальнейшее наблюдение за ним и реабилитационные мероприятия осуществляются учреждениями Минздрава или ведомственными поликлиниками.

Задачи амбулаторно-поликлинической реабилитации больных, перенесших острые заболевания:

- 1) диспансерное поликлиническое наблюдение;
- 2) мероприятия по вторичной профилактике заболевания;
- 3) комплекс мероприятий, направленных на повышение общей и иммунологической реактивности организма;
- 4) поддержание трудоспособности на достигнутом уровне;
- 5) оценка состояния трудоспособности по окончании периода временной нетрудоспособности и во время динамического наблюдения;
- 6) рациональное трудоустройство;
- 7) предупреждение прогрессирования заболевания.

Успешное решение этих задач возможно лишь при комплексном выполнении программ медицинской и психологической реабилитации, систематическом контроле за функциональным состоянием систем организма, проведении эффективных мероприятий по борьбе с факторами риска (курение, ожирение, гиподинамия, системная артериальная гипертензия, нарушения углеводного и липидного обменов и др.).

Санаторный этап является этапом восстановительного лечения широкого спектра в условиях санаторно-курортного учреждения.

Санаторный этап продолжает госпитальный или амбулаторно-поликлинический этап. Если санаторий является специализированным и имеет отделение реабилитации, то больного переводят в него из лечебного отделения.

Задачи санаторного этапа:

- 1) повышение работоспособности больных целенаправленным, настойчивым выполнением программы физической реабилитации и полным использованием природных физических факторов;

2) проведение мероприятий по устранению или уменьшению психопатологических синдромов для достижения психической реадaptации;

3) подготовка больных к профессиональной деятельности;

4) предупреждение медикаментозной терапией и проведением вторичной профилактики прогрессирования заболевания, его обострений и осложнений.

В основе лечебно-реабилитационных мероприятий лежит *реабилитационная программа*, которая составляется для каждого больного на весь период лечения. Она является индивидуальной и составляется реабилитационной комиссией госпиталя (санатория, поликлиники) в составе лечащего врача, начальника отделения, специалистов по лечебной физкультуре и функциональной диагностике, психотерапевта и других необходимых специалистов. В ней определяются основные и вспомогательные методы, а также сроки восстановительного лечения, методы контроля и оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Отбор лиц для направления на лечение и реабилитацию проводится санаторно-отборочными комиссиями.

14.2. Медикаментозное лечение психических расстройств, полученных вследствие психических травм

Поскольку в развитии аффективных нарушений играет роль сочетание биологических личностно-конституциональных и ситуационных факторов, лечение должно быть комплексным и использовать наряду с фармакотерапией методы психотерапии. В каждом конкретном случае важно определение соотношения этих факторов в происхождении аффективных нарушений. Вместе с тем лечение аффективных нарушений должно быть тесно связа-

но с реализацией основной цели лечения – формированием установки сотрудника на адекватное социальное функционирование.

При фармакологической коррекции аффективных нарушений у сотрудников используется практически различный арсенал психотропных препаратов. Выбор психотропного препарата при этом осуществляется на основе анализа психопатологического состояния, оценки тяжести его проявления и фармакологических особенностей того или иного препарата, спектра его психотропной активности. При проведении фармакологического лечения очень важно соблюдение динамического подхода: смена доз и препарата при изменении состояния.

Следует использовать опыт применения психотропных средств для коррекции аффективных нарушений. Это ряд апробированных для этих целей нижеперечисленных препаратов, которыми лечатся сотрудники ОВД не только амбулаторно, но и в стационарных условиях.

При появлении признаков психического нарушения медицинский работник обязан оказывать как медико-психологическую, так и психофармакологическую помощь пострадавшим.

Медицинские мероприятия в период выполнения личным составом оперативных и служебно-боевых задач включает в себя:

- 1) оказание необходимой медицинской помощи личному составу в пункте временной дислокации и в районах непосредственного выполнения служебно-боевых задач;
- 2) организацию лечебно-эвакуационных мероприятий;
- 3) медицинский контроль условий размещения и всестороннего обеспечения;
- 4) участие в проведении медико-психологической реабилитации.

Рассмотрим основные психические нарушения, характерные для сотрудников в период выполнения служебных задач, и возможности их медикаментозного лечения.

Реактивные психозы – группа психических расстройств, возникающих под влиянием психотравмы и имеющих специфическую клиническую картину, достигающую психотического уровня. В основе их – нарушение соотношения между корой (отвечает за логику) и лимбико-ретикулярной системой (отвечает за эмоциональный ответ) головного мозга.

Вслед за осознанием психотравмирующей ситуации (деятельность коры головного мозга) формируется эмоционально-вегетативная реакция (лимбико-ретикулярная формация мозга), последняя является адаптивным ответом на изменение ситуации и основывается на адренергической системе. Это определяет общий исход реактивных состояний – развитие преходящей постреактивной астении.

Клинически реактивные психозы подразделяются на острые и затяжные.

К острым относятся психогенный ступор и фугiformная реакция.

К затяжным реактивным состояниям относятся реактивная депрессия, реактивный параноид и клинические варианты сумеречного помрачения сознания: псевдодеменция, пуэрилизм, ганзеровский синдром.

При *реактивном ступоре* внезапно может наступить помрачение сознания, утрата речи, отрешенность и безразличие к происходящему. По времени может продлиться от нескольких часов до суток. После выхода из этого состояния у сотрудника бывает амнезия.

Фугiformная реакция проявляется в виде возбуждения и активности, хаотических движений сотрудника. Внешние

проявления в виде страха и ужаса, нарушения ориентировки, во внутреннем плане происходит сужения сознания. После прихода в себя наступают амнезия и длительная астения. Продолжительность такого состояния доходит до получаса.

Несмотря на остроту и уровень психотических расстройств при острых реактивных психозах, такие больные сотрудники большей частью выходят из болезненного состояния. Эвакуация в тыловые районы, как правило, нецелесообразна в период активного выполнения оперативно-служебных задач. Учитывая характер выполняемых задач, если они затяжные, целесообразно выводить из состава подразделений сотрудников с такими расстройствами и в плановом порядке направлять их на лечение.

Реактивная депрессия – наиболее частая форма реактивного затяжного психоза, для которой характерно отчетливое снижение настроения с оттенком тоски, тревоги. Все внимание такого сотрудника сосредоточено на переживании психотравмирующей ситуации. Отмечается безучастность, заторможенность, безразличие к окружающему, нарушаются сон и аппетит. Часто возникают идеи самообвинения, самоуничужения, нередко появление суицидальных мыслей и попытки их реализации. Внешний вид выражает скорбь, печаль, тягостные переживания. Длительность от двух–трех недель до нескольких месяцев, возможны варианты затяжного течения.

Реактивный параноид характеризуется развитием бредового синдрома, тесно связанного по содержанию и динамике с конкретной психотравмирующей ситуацией. Бред носит образный, чувственный характер. Обычно развиваются бредовые идеи отношения, воздействия, преследования на фоне страха тревоги в сочетании с иллюзиями и галлюцинациями, отражающими психотравмирующую ситуацию. У больного развивается убежденность в том, что за ним следят, хотят причинить зло, окружающие подо-

зрительно смотрят, подают знаки, слышатся угрозы в свой адрес. Поведение определяется характером переживаний, тревогой страхом. Чаще развивается у мнительных, подозрительных, самолюбивых личностей, а также на фоне бессонницы, голодания, ранения.

Психогенные сумеречные нарушения сознания имеют общую картину – сужение сознания и концентрация переживания вокруг психотравмирующей ситуации. Поведение таких больных чрезвычайно выразительно, демонстративно. В ответ на тягостные переживания развиваются ложное слабоумие (псевдодеменция), детское поведение (пуэрилизм), «мимом»-ответы (гензеровский синдром).

Псевдодеменция проявляется утратой элементарных знаний и навыков, сотрудник как бы внезапно глупеет, недостаточно ориентируется в обстановке, дурашливо улыбается, таращит глаза, гримасничает, морщит лоб. На самые простые вопросы дает нелепые ответы, неправильно выполняет инструкции. Нелепость ответов и поведения производит впечатление нарочитости, вызывает подозрение в диссимуляции.

Пуэрилизм характеризуется уровнем психической деятельности, характерной для детей – больные как бы впадают в детство: говорят детским языком, картавят, сюсюкают, искажают слова, имитируют игры, окружающих называют «дяденьки» и «тетеньки», просят отправить их к мамочке, дать конфетку.

При *гензеровском синдроме* больные дают ответы, не соответствующие содержанию вопроса. Состояния сумеречного нарушения сознания длится от нескольких дней до нескольких месяцев. Госпитализация больных в состоянии психоза обязательна.

Неотложная помощь больным с реактивными состояниями оказывается в медицинских пунктах. Во всех случаях показана изоляция, установление строгого надзора (*табл. 14.1*).

**Общая схема мероприятий по оказанию первой
медицинской, первой врачебной и специализированной
(психиатрической) помощи пострадавшим с психическими
расстройствами**

Первая медицинская помощь	Первая врачебная помощь	Специализированная медицинская помощь (психоневрологический стационар)
<p>Успокоение, горячее питье. При двигательном возбуждении, неадекватных поступках в качестве крайней меры фиксация к носилкам с использованием лямок и подручных средств, простыней, полотенца (следить, чтобы не были пережаты сосуды и нервы рук и ног). Можно давать успокаивающие микстуры (валерианы, боярышника, пустырника с бромом и др.)</p>	<p>Успокоение. Успокаивающие микстуры. При двигательном возбуждении, ступоре 2,5 %-й тизерцин и аминазин (2,0–3,0 мл); 0,1 % феназепам (2,0 мл); литическая смесь: 2,5 % аминазин (2,0–3,0 мл) или 2,5 % тизерцин (2,0 мл), 1 % димедрол (3,0 мл), при отсутствии гипотонии 25 % магния сульфат (5,0 мл*). Медикаменты вводятся внутримышечно</p>	<p>Специализированная (психиатрическая) медицинская помощь в полном объеме в зависимости от особенностей заболевания и ведущего синдрома: при выраженном психомоторном возбуждении или состояниях измененного сознания внутримышечно аминазин (100–150 мг**), тизерцин (100–150 мг**), феназепам (10–15 мг**) или диазепам (седуксен) (10–20 мг**); при острых бредовых (галлюцинаторно-бредовых) состояниях внутримышечно тизерцин (100–300 мг**), аминазин (100–300 мг**), галоперидол (10–30 мг**)</p>

Продолжение табл. 14.1

<p>При наличии условий с целью купирования двигательного возбуждения показаны внутримышечно 2,5 % тизерцин (2,0 мл); 2,5 % аминазин (2,0–3,0 мл*) вместе с кордиамином (1,0–2,0 мг*), 0,1 % феназепам (2,0 мл*)</p>		<p>При депрессиях с двигательной и идеаторной заторможенностью мелипрамин (100–200 мг**), внутримышечно пиразидол (200–400 мг**) в таблетках при депрессии с преобладанием тревоги амитриптилин (до 150–300 мг** в таблетках или 100 мг** внутримышечно), пиразидол (200–400 мг** в таблетках), комбинации антидепрессантов (амитриптилин) с транквилизаторами (феназепам и др.); при сурдомутизме: 10 % кальция хлорид (10,0 мл* внутривенно), суггестивная психотерапия; при невротической симптоматике сибазон (15–40 мг**), нозепам (15–30 мг**), феназепам (10–30 мг**) при преобладании астении сиднокарб (10–15 мг**)</p>
---	--	--

Окончание табл. 14.1

		Медазепам (0,03 мл**); при преобладании навязчивостей дополнительно трифтазин (10–15 г**), галоперидол (4,5–10 мг**)
--	--	---

* Разовые дозы препаратов.

** Суточные дозы препаратов.

При наличии психомоторного возбуждения, тревоги целесообразно физическое ограничение, введение литической смеси (2–3 мл 2,5 % раствора аминазина, 2–3 мл 1 % димедрола, 7–10 мл 25 % раствора магния сульфата в одном шприце внутримышечно три раза в день).

При депрессивных и ступорозных состояниях показано амитал-кофеиновое растормаживание (3–6 мл 10 % раствора барбитала и 1–2 мл 20 % раствора кофеина в одном шприце внутривенно один раз в день). На ночь можно давать барбитал.

Реактивный параноид купируется аминазином внутримышечно (50–75 мг) и трифтазином (115–130 мг).

При псевдодеменции, пуэрилизме показано применение нейролептиков (аминазин в драже и в инъекциях в дозе 75–100 мг в сутки, галоперидол до 10 мг в сутки) в сочетании с циклодолом (0,002 г 4–6 таблеток в сутки). После эвакуации медицинская помощь оказывается в специализированном лечебном учреждении.

В период проведения медико-психологической реабилитации при выполнении служебно-боевых задач необходимо оговаривать с сотрудниками необходимость дальнейшей психокоррекционной работы, которая будет продолжаться и после возвращения из командировки.

Коррекцию стрессовых реакций, не достигающих уровня развития стрессогенных нарушений, можно проводить препаратами, действующими на структуры лимбико-ретикулярного комплекса и их связь с корой, т. е. в основе коррекции – гармонизация корково-лимбических отношений.

Вторым направлением коррекции стрессовых реакций является воздействие на адренергические системы как основной механизм реализации стресса. Таким действием обладают следующие группы препаратов – транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты-седатики, антиадренергические и антигистаминные препараты.

Транквилизаторы – мебикар (таблетка 0,3 г три раза в день), феназепам (таблетка 0,005 г три раза в день), седуксен (таблетка 0,005 г три раза в день), элениум (таблетка 0,01 г два раза в день), рудотель (таблетка 0,01 г два раза в день), мепробамат (таблетка 0,4 г 3 раза в день), фенибут (таблетка 0,25 г три раза в день), грандаксин (таблетка 0,05 г три раза в день) и др. – в терапевтических дозах устраняют тревогу и страх, уменьшают боль и ощущение опасности, улучшают коммуникабельность, облегчают проведение психотерапии.

Наиболее целесообразно применение при стрессе дневного транквилизатора мебикара. После приема этого препарата развивается комплекс противострессовых или адаптогенных эффектов. Чувство тревоги и страха уменьшается до полного исчезновения. Успокоившись, человек обретает способность логически и конструктивно мыслить и без помех выполнять принятое решение. При этом повышаются эмоциональная устойчивость и физическая выносливость.

Другие транквилизаторы – феназепам, седуксен, элениум и т. п., не относящиеся к дневным, вызывают эмоциональное безразличие, сонливость, расслабление мышц, снижение актив-

ности, заторможенность в мыслях и действиях. Они показаны на ночь для успокоения и улучшения сна и не показаны, если человеку в опасной ситуации необходимы скорость, ясность и четкость в мыслях и действиях.

В легких случаях могут помочь растительные аналоги транквилизаторов: новопассит, стрессплант, дормиплапт и др.

Нейролептики – терален, сонапакс, аминазин, пропазин, аза-лептин, тизерцин – в малых дозах (10–25 мг) устраняют тревогу, возбуждение, растерянность, способствуют засыпанию. Если при остром стрессе эти симптомы имеются и резко выражены, то для их коррекции нейролептики показаны, однако их применение ограничивается побочными эффектами – угнетением эмоций и мотиваций, сонливостью, снижением кровяного давления.

Антидепрессанты с седативно-транквилизирующим действием – коаксил (таблетка 0,0125 г три раза в день), амитриптилин (таблетка 0,025 г три раза в день), азафен (таблетка 0,025 г два раза в день), леривон (таблетка 0,03 г один-два раза в день), людиомил (таблетка 0,75 г один-два раза в день) и другие в малых дозах, не вызывающих побочных эффектов, способствуют быстрому устранению тревоги, при длительном лечении (более двух-трех недель) редуцируются навязчивости, панические атаки, депрессия.

Антиадренергические препараты, уменьшающие передачу нервных импульсов в области адренорецепторов, действуют по нескольким механизмам:

1) адреноблокаторы – пиррокса (таблетка 0,015 г четыре раза в день), бутироксан (0,1 г в сутки), анаприлин (таблетка 0,01 г три раза в день), редергин, дигидроэрготамин (таблетка 0,0025 г один раз в день) и другие – блокируют адренорецепторы;

2) симпатолитики – резерпин (таблетка 0,0001 г один-три раза в день), раунатин, октадин (таблетка 0,025 г половина таб-

летки в день) – нарушают накопление медиаторов, уменьшают их содержание в нервных окончаниях;

3) стимуляторы альфа-2-адренорецепторов – клофелин (таблетка 0,000075 г два раза в день) и допегит (таблетка 0,25 г один раз в день) – уменьшают выделение норадреналина из нервных окончаний, снижают поток симпатических импульсов из ЦНС.

Основное показание к назначению антиадренергических препаратов – артериальная гипертензия, развивающаяся в результате стресса, но они обладают также противотревожным и седативным действием.

Антигистаминные препараты – димедрол, супрастин, пипольфен – при стрессе применяются не по прямому назначению как блокаторы гистаминорецепторов, а главным образом из-за побочного седативного и транквилизирующего эффекта.

Алкоголь оказывает успокаивающее, угнетающее, расслабляющее, обезболивающее действие, облегчает засыпание, его называют бытовым транквилизатором или адаптогеном. Однако он противопоказан для применения. Проявления стресса – тревогу, страх, а также боль алкоголь устраняет, но притупляет чувство опасности, ухудшает координацию, снижает критику и способность к адекватным действиям.

Наркотики при стрессах принимают строго по медицинским показаниям – когда стрессу сопутствуют невыносимые боли из-за физических травм, ран, переломов костей, ожогов.

Заключительный этап начинается по возвращении личного состава в пункт постоянной дислокации и постепенно переходит в обычную повседневную деятельность. Основными задачами медицинской реабилитации на данном этапе являются:

1) углубленное медицинское обследование сотрудников с целью выявления лиц, нуждающихся в обследовании и лечении;

2) проведение необходимого комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий;

3) контроль состояния ранее эвакуированных сотрудников из зоны выполнения служебно-боевых задач;

4) организация и проведение медико-психологической реабилитации.

Сотрудникам ОВД в стационарных условиях назначают:

1) *антидепрессанты*: амитриптилин, пиразидол;

2) *нейролептики*: карбидин, галоперидол;

3) *транквилизаторы*: корвалол (обладает седативным эффектом), феназепам (показания состояний: тревожный, тревожно-депрессивный, тревожно-фобический);

Для восстановления витаминной недостаточности:

1) *ундевит* – применяется при скоростно-силовых нагрузках по два драже два раза в день;

2) *тетравит* – применяется после интенсивных физических нагрузках по одной таблетке два-три раза в день;

3) *аскорутин* – укрепляет стенки кровеносных сосудов и регулирует их проницаемость – одна таблетка три раза в день;

4) *цианкобаламин и фолиевая кислота* – стимулирует кроветворение.

Медицина практически не располагает средствами, корректирующими метаболический цикл тканей. С помощью фармакологических препаратов можно усилить или ослабить обменные процессы, активизировать иммунную систему, регенеративные процессы. Но для выполнения этих важных функций необходима присущая живой ткани последовательность биохимических реакций, достигаемая *фитотерапией*.

К основным принципам использования фитотерапии относятся цельность и комплексность применения лекарственных растений, многосторонность действия, селективность, органо-

тропность. индивидуальный учет биологических ритмов организма (фитохронотерапия).

Адаптогены и препараты, влияющие на энергетические процессы в организме оказывают свое защитное действие только при чрезмерных физических и психоэмоциональных нагрузках.

Препараты *женьшеня* оказывают тонизирующее и адаптивное действие, стимулируют обмен веществ, препятствуют развитию общей слабости, усталости, истощения, повышают работоспособность при неврастении, вегетоневрозах, астенических и депрессивных состояниях. Спиртовую настойку корня жень-шеня (10 %) принимают по 20–25 капель два раза в день до еды (в первой половине дня), порошок и таблетки – по 0,15 г до еды два раза в день. Курс – 10–15 дней.

Препараты из *корней аралии маньчжурской* используют как тонизирующее средство для повышения физической и умственной работоспособности, особенно в фазе суперкомпенсации, для профилактики переутомления, при астенических состояниях, при явлениях вегетодистонии с понижением артериального давления. Настойку корней аралии (1:5) на 70 %-ом спирте употребляют по 30–40 капель два раза в день, обычно в первой половине дня; таблетки сапарал, содержащие аралозиды, – после еды по 0,05 г два раза в день (утром и днем). Курс – две-три недели. Обычно два–три курса с 1–2-недельным перерывом.

Препараты из *золотого корня (радиолы розовой)* оптимизируют окислительные процессы в ЦНС, улучшают слух и зрение, оказывают стимулирующее действие на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, т. е. резко повышают степень адаптации организма к действию экстремальных факторов. Экстракт из корневищ радиолы розовой принимают по 5–10 капель два раза в день за 15–30 минут до еды. Курс – 10–20 дней.

Препараты из *леuzeи сафлоровионой (маралия корня)* тонизируют ЦНС, пролонгируют период пика повышенной умственной и физической работоспособности. Настойку и жидкий экстракт левзеи принимают по 15–20 капель с водой за 20 минут до еды два раза в день (в первой половине дня) Курс – две-три недели.

Лимонник китайский повышает физическую работоспособность, активизирует обмен веществ и регенераторные процессы при вялотекущих состояниях со сниженной реактивностью, что позволяет рассматривать его как своеобразный биостимулятор. Плоды лимонника тонизируют ЦНС, сердечно-сосудистую и дыхательную системы, повышают устойчивость организма к кислородному голоданию, нормализуют кислотность и выделение желудочного сока при гастритах, особенно гиперацидных.

Теплый отвар сухих плодов (20 г на 200 мл воды) принимают по одной столовой ложке два раза в день до еды или через четыре часа после еды, спиртовую настойку – по 20–40 капель два раза в день, порошок или таблетки – по 0,5 г утром и днем.

Листья *стеркулии платанолистной* почти не содержат сильнодействующих веществ, в связи с чем обладают мягким психостимулирующим эффектом. Препараты стеркулии можно принимать при общей слабости, вялости, переутомлении, плохом настроении, головной боли, понижении мышечного тонуса, после перенесенных инфекционных заболеваний, астении. Однако, несмотря на чрезвычайно низкую токсичность, препараты стеркулии нежелательно принимать вечером, а также в течение длительного времени. По 10–40 капель спиртовую настойку из листьев стеркулии принимают два раза в день. Курс – до одного месяца.

Препараты из *элеутерококка колючего* используются по тем же показаниям, что и другие адаптогены группы женьшеня. Элеутерококк имеет определенные антитоксические свойства, а при лучевой болезни действует эффективнее, чем

жень-шень (Фруентов, 1972). Это можно связать с тем, что в отличие от других растений семейства аралиевых элеутерококк избирательно накапливает такие микроэлементы, как медь, марганец и особенно кобальт, которые в виде металлоорганических соединений стимулируют эритропоэз и иммунитет, оказывают антигипоксическое, противострессорное, геропротекторное, радиозащитное действие.

Процессы восстановления во время сна идут в два-три раза быстрее, поэтому нормализация его является очень важной задачей для врача и психолога, особенно в восстановительный период. Для нормализации сна применяется ряд *лекарственных растений, обладающих успокаивающим, седативным эффектом*: валериана, пион уклоняющийся, пустырник, синюха лазуревая, сушеница, душица, пассифлора и др.

Наиболее известным растительным снотворным является *валериана*. Вместе с тем *синюха лазуревая* оказывает гораздо более сильное седативное действие, чем валериана. В 1,5–2 раза активнее валерианы пустырник и сушеница.

К растениям, нормализующим сон, относятся также следующие.

1. *Пустырник*. Используют настой из травы (15 г на 200 мл воды) по одной столовой ложке три раза в день или спиртовую настойку – по 30–40 капель два-три раза в день.

2. *Сушеница болотная*. Настой из травы (10 г на 200 мл воды) принимают по одной столовой ложке за 15–30 минут до еды 3 раза в день при сердцебиениях, бессоннице, чувстве страха, изжоге, болях в желудке, повышенном АД).

3. *Пассифлора инкарнатая*. Принимают жидкий экстракт пассифлоры при повышенной возбудимости, неврозах и др. по 20–30 капель три раза в день.

4. *Плоды боярышника*. Применяются при неврозах сердца повышенной возбудимости сердечной деятельности Жидкий экстракт принимают по 20–30 капель три раза в день до еды, настойки – по 40 капель три раза в день, кратемон (болгарский препарат в виде таблеток) – по одной таблетке три раза в день.

5. *Душица обыкновенная*. Применяют в виде настоев как успокаивающее средство при нарушениях функции ЦНС (бессоннице, нервозности и др.). Одну дольку брикета заливают стаканом крутого кипятка, настаивают 15–30 минут, процеживают и пьют по половине стакана два-три раза в день.

6. *Пион уклоняющийся (марьян корень)*. Применяют при бессоннице, повышенной нервозности вначале по 20–30 капель, затем по одной чайной ложке три раза в день. Это средство не влияет на АД, дыхание и другие функции организма, что очень важно в спортивной практике.

Список литературы

1. Приказ МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70148276/> (дата обращения: 27.07.2024).

2. Приказ МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 27.07.2024).

3. Борисенко, В. А. Взаимозависимость социальных и медицинских факторов санаторной реабилитации в системе МВД России : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. А. Борисенко. – М., 2008. – 26 с.

4. Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие / под общ. ред. М. И. Марьина. – М. : ГУК МВД России, 2002.

5. Попов, В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий : дис. ...канд. психол. наук. – М. : ГА ВС, 1992. – 187 с.

6. Психологическая коррекция и реабилитация : учебное пособие / под общ. ред. Е. В. Митасовой. – М. : Военный университет, 2015. – 192 с.

7. Медицинская реабилитация раненных и больных / под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб. : СпецЛит, 1997. – 960 с.

8. Пушкарев, А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – М. : Институт психотерапии, 2000. – 128 с.

9. Харкевич, Д. А. Фармокология / Д. А. Харкевич. – 10-е изд.– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 908 с.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Нормативные правовые акты

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (принята 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения (МКБ-10). – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71479/> (дата обращения: 28.07.2024).

2. Федеральный закон от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5490/ (дата обращения: 28.07.2024).

3. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 28.07.2024).

4. Федеральный закон от 19 июня 2011 г. № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116988/ (дата обращения: 28.07.2024).

5. Федеральный закон от 23 июня 2016 г. № 182-ФЗ «Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/71428030/> (дата обращения: 28.07.2024).

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1259 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70276070/> (дата обращения: 28.07.2024).

7. Приказ МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70148276/> (дата обращения: 28.07.2024).

8. Приказ МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 28.07.2024).

9. Приказ МВД России от 25 декабря 2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <https://base.garant.ru/400791288/> (дата обращения: 28.07.2024).

Учебная, научная и периодическая литература

10. Аболин, Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека : монография / Л. М. Аболин. – Казань : Казанский университет, 1987. – 264 с.

11. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александер. – М. : Канон+, 2016. – 352 с.

12. Александров, Ю. И. Психофизиология / Ю. И. Александров. – СПб., 2006. – 326 с.

13. Алексеев, А. В. Преодолей себя! Психическая подготовка в спорте. – Ростов н/Д., 2006. – 352 с.

14. Анцыферова, Л. И. О динамическом подходе к психологическому изучению личности / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1981. – Т. 2. – С. 8–18.

15. Арзамаскин, Ю. Н. Морально-психологическое обеспечение подготовки и ведения боевых действий / Ю. Н. Арзамаскин, А. Г. Караяни, В. П. Ососков. – М., 1999. – 265 с.

16. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. – СПб. : Питер, 2018. – 448 с.

17. Березин, Ф. Б. Психологическая и психофизическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 260 с.

18. Бодров, В. А. Информационный стресс : учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. – М. : Пер Сэ, 2000. – 352 с.

19. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров. – М. : Ипран, 1995. – 136 с.

20. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – М. : Пер Сэ : Ай Пи Эр Медиа, 2019. – 528 с.

21. Боевой стресс: стратегии коррекции : сборник научных трудов / под ред. И. Б. Ушакова, Ю. С. Голова. – М. : ГосНИИИ военной медицины МО РФ, 2002. – 292 с.

22. Бойко, В. В. Синдром эмоционального выгорания / В. В. Бойко. – СПб., 2009. – 278 с.

23. Борисенко, В. А. Взаимозависимость социальных и медицинских факторов санаторной реабилитации в системе МВД России : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.52 / В. А. Борисенко. – Волгоград, 2008. – 26 с.

24. Бурлачук, Л. Ф. Психология жизненных ситуаций : учебное пособие / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. – М. : Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.

25. Бурцев, А. О. Копинг-поведение в профессиональной деятельности руководителей территориальных органов МВД России : научно-практическое пособие / А. О. Бурцев. – М. : Академия управления МВД России, 2022. – 98.

26. Василюк, В. Ф. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций / В. Ф. Василюк. – М. : Московский университет, 1984. – 200 с.

27. Величковский, Б. Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Б. Б. Величковский. – М. : Институт психологии РАН, 2007. – 27 с.

28. Виллонас, В. Психология эмоций / В. Виллонас. – СПб. : Питер, 2006. – 496 с.

29. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – М., 2009. – 329 с.

30. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика : практическое пособие / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2017. – 343 с.

31. Водопьянова, Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях / Н. Е. Водопьянова // Психология здоровья. – СПб. : Санкт-Петербургский государственный университет, 2000. – С. 443–463.

32. Ворохов, Э. А. Энциклопедия афоризмов / Э. А. Ворохов. – М., 1999. – 193 с.

33. Газенко, О. Г. Стресс и его значение для организма / О. Г. Газенко ; под ред. О. Г. Газенко. – М. : Наука, 1988. – 175 с.

34. Гапонова, С. А. Функциональные психические состояния студентов в образовательном пространстве высшей школы : монография / С. А. Гапонова. – Н. Новгород : ВВАГС, 2004. – 198 с.

35. Гончарова, Н. А. Психология стресса и стрессоустойчивого поведения : учебно-методическое пособие / Н. А. Гончарова, И. Ю. Кобозев ; под общ. ред. Н. А. Гончаровой. – СПб. : Санкт-Петербургский университет МВД России, 2018. – 144 с.

36. Гремлинг, С. Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С. Ауэрбах ; [пер. с англ. А. Смирнова]. – СПб. : Питер, 2002. – 235 с.

37. Гринберг, Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг ; [пер. с англ. Л. Гительмана, М. Потаповой]. – 7-е изд. – М. : Питер, 2002. – 495 с.

38. Громов, Н. А. Особые условия как универсальное понятие для деятельности органов и подразделений МВД России: их виды, характеризующие признаки, классификация / Н. А. Громов // Труды Академии управления МВД России. – 2013. – № 4 (28). – С. 5–7.

39. Дербин, П. А. Формирование стрессоустойчивости у военнослужащих как направление психологической работы / П. А. Дербин // IV Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум 2012». – М. : Российская академия естествознания, 2012. – URL: <https://scienceforum.ru/2012/article/2012002057> (дата обращения: 28.07.2024).

40. Жуков, А. М. Стресс жизни офицеров Вооруженных Сил Российской Федерации и его психопрофилактика : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / А. М. Жуков. – М. : Военный университет, 2004. – 23 с.

41. Зигерт, В. Руководить без конфликтов / В. Зигерт, Л. Ланг ; науч. ред. А. Л. Журавлев. – М. : Экономика, 1990. – 335 с.

42. Зильберман, П. Б. Эмоциональная устойчивость оператора / П. Б. Зильберман // Очерки психологии труда оператора. – М. : Наука, 1974. – С. 152.

43. Злоказов, К. В. Памятка сотруднику полиции о способах психологической саморегуляции / К. В. Злоказов, Р. И. Степанов, В. В. Шаламов. – М. : ДГСК МВД России, 2015. – 31 с.

44. Изард, К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард ; пер. с англ. – СПб. : Питер, 1999. – 464 с.
45. Иванов, А. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2003. – № 4. – С. 143–152.
46. Иванов, А. В. Формирование стрессо- и психофизической устойчивости сотрудников ОВД к действиям в экстремальных условиях : учебно-методическое пособие по дисциплине «Основы личной безопасности сотрудников ОВД» / А. В. Иванов. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2012. – 88 с.
47. Исаева, Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. – СПб. : Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, 2009. – 136 с.
48. Калашникова, М. М. Развитие стрессоустойчивости сотрудников оперативного состава МВД : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / М. М. Калашникова. – Казань : Казанский государственный университет, 2009. – 175 с.
49. Караяни, А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий (психология боевого стресса и стресс-менеджмента) : учебное пособие / А. Г. Караяни. – М. : Военный университет, 2018. – С. 131.
50. Кассиль, Г. Н. Внутренняя среда организма / Г. Н. Кассиль. – М. : Медицина, 1983. – 224 с.
51. Катунин, А. П. Стрессоустойчивость как психологический феномен / А. П. Катунин // Молодой ученый. – 2016. – № 9. – С. 243.
52. Комплексная реабилитация инвалидов : учебное пособие / под ред. Т. В. Зозули. – М. : Академия, 2005. – 304 с.

53. Кобозев, И. Ю. Психология стресса и стрессоустойчивого поведения : учебное пособие / И. Ю. Кобозев. – СПб. : Санкт-Петербургский университет МВД России, 2015. – 216 с.

54. Копина, О. С. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников / О. С. Копина, Е. А. Сулова, Е. В. Заикин // Вопросы психологии. – 1995. – № 3. – С. 119.

55. Кочюнас, Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. – М. : Академический проект, 1999. – 245 с.

56. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса: психологическая антропология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Академический проект, 2009. – 943 с.

57. Корнилов, А. П. Саморегуляция человека в условиях социального перелома / А. П. Корнилов // Вопросы психологии. – 1995. – № 5. – С. 69–78.

58. Косыгина, С. В. Профессиональная и социально-психологическая адаптация молодых специалистов-сотрудников ОВД : учебно-практическое пособие / С. В. Косыгина, Ю. М. Охотников. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018. – 120 с.

59. Крук, В. М. Психологическая работа в системе обеспечения надежности сотрудника : учебное пособие / В. М. Крук, И. Н. Носс, А. Ю. Федотов. – СПб. : Санкт-Петербургский университет МВД России, 2021. – 140 с.

60. Крысько, В. Г. Словарь-справочник по социальной психологии / В. Г. Крысько. – СПб. : Питер, 2003. – 415 с.

61. Кузнецов, Д. Ю. Теоретические и методологические основы исследования негативных эмоциональных состояний у сотрудников органов внутренних дел в опасных для жизни и здоровья ситуациях профессиональной деятельности : моно-

графия / Д. Ю. Кузнецов. – Домодедово : ВИПК МВД России, 2012. – 90 с.

62. Куэ, Э. Сознательное самовнушение как путь к господству над собой / Э. Куэ. – М. : Амрита-Русь, 2005. – 180 с.

63. Кэннон, У. Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости / У. Кэннон ; под ред. Б. М. Завадовского. – Л. : Прибой, 1927. – 175 с.

64. Лазарус, Р. Совладание (coping) / Р. Лазарус // Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2003. – 760 с.

65. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Р. Лазарус ; под ред. Л. Леви. – Л. : Медицина, 1970. – 209 с.

66. Лебедев, И. Б. Копинг-поведение сотрудников ОВД : учебное пособие / И. Б. Лебедев, В. В. Простяков, В. Л. Цветков. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2005. – 99 с.

67. Лебедев, И. Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс-преодолевающего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России) : дис. ... д-ра психол. наук : 05.26.02 / И. Б. Лебедев. – М., 2002. – 432 с.

68. Леви, Л. Эмоциональный стресс / Л. Леви. – Л. : Медицина, 1970. – 329 с.

69. Леонова, А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса / А. Б. Леонова // Психологический журнал. – 2004. – Т. 24. – № 2. – С. 75–85.

70. Леонова, А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник Московского университета. – Серия 14. Психология. – 2000. – № 3. – С. 4–21.

71. Либин, А. В. Дифференциальная психология : учебник для вузов / А. В. Либин. – 6-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2022. – 442 с.

72. Лозгачева, О. В. Особенности формирования устойчивости к стрессу в процессе профессионального развития личности / О. В. Лозгачева // Педагогическое образование в России. – 2012. – № 2. – С. 35–37.

73. Майсак, Н. В. Профилактика личностных деформаций и деструкций специалистов стрессогенных профессий : учебно-методическое пособие / Н. В. Майсак. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2012. – 283 с.

74. Маклаков, А. Г. Профессиональный психологический отбор персонала. Теория и практика : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. – СПб. : Питер, 2008. – 480 с.

75. Марищук, В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса : учебное пособие / В. Л. Марищук, В. И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 259 с.

76. Марьин, М. И. Основы психопрофилактики профессиональной деформации личности сотрудников органов внутренних дел : учебное пособие / М. И. Марьин. – Омск : Омская академия МВД России, 2007. – 168 с.

77. Матвеев, В. Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии : учебное пособие / В. Ф. Матвеев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1989. – 176 с.

78. Малеев, Д. В. Психологические факторы личностной надежности сотрудников органов внутренних дел / Д. В. Малеев // Психология, социология и педагогика. – 2014. – № 8. – URL: <http://psychology.snauka.ru/2014/08/3485/> (дата обращения: 28.07.2024).

79. Медико-санитарное и санаторно-курортное обеспечение в системе МВД России // МВД России [сайт]. –

URL: <https://dt.mvd.ru/folder/6609086/> (дата обращения: 28.07.2024).

80. Меерсон, Ф. З. Адаптация к стрессорным ситуациям и нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. – М. : Медицина, 1993. – 256 с.

81. Мельник, Е. В. Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление, профилактика : учебное пособие / Е. В. Мельник. – Челябинск : Активист, 2016. – 123 с.

82. Мигунова, Ю. Ю. Основы медико-социальной реабилитации различных групп населения : учебно-методическое пособие / Ю. Ю. Мигунов. – Майкоп : ИП Магарин О.Г., 2014. – 102 с.

83. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л. : Ленинградский университет, 1960. – 426 с.

84. Носс, И. Н. Личностно-профессиональная диагностика сотрудников органов внутренних дел : учебно-методическое пособие. Ч. 2 / И. Н. Носс. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2017. – 310 с.

85. Овчинников, Б. В. Профессиональный стресс и здоровье / Б. В. Овчинников, А. И. Колчев // Психология профессионального здоровья : учебное пособие / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2006. – 480 с.

86. Огороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т. 6. Диагностика болезней сердца и сосудов / А. Н. Огороков. – М. : Медицинская литература, 2003. – 256 с.

87. Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие / ред. М. И. Марьина. – М. : Главное управление кадров МВД России, 2002. – 272 с.

88. Осипова, А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А. А. Осипова. – Ростов н/Д. : Феникс, 2005. – 315 с.

89. Охотников, Ю. М. Психология стресса и стрессоустойчивого поведения: практические задания и упражнения : практикум / Ю. М. Охотников. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018. – 82 с.

90. Патраков, Э. В. Социально-психологическая помощь лицам с социальной дезадаптацией (на основе когнитивно-поведенческого подхода) : учебно-методическое пособие / Э. В. Патраков, С. Г. Абдуллаева, Л. С. Деточенко. – Ростов н/Д. : Южный федеральный университет, 2016. – 144 с.

91. Положенцев, С. Д. Гормонально-медиаторные корреляты поведенческого типа А как фактора риска ишемической болезни сердца / С. Д. Положенцев, Д. А. Руднев // Кардиология. – 1987. – Т. 27. – № 10. – С. 93.

92. Положенцев, С. Д. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С. Д. Положенцев, Д. А. Руднев. – Л. : Наука, 1990. – 170 с.

93. Попов, В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий: на материале землетрясения в Ленинакане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / В. Е. Попов. – М. : Гуманитарная академия вооруженных сил, 1992. – 25 с.

94. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические рекомендации. – М. : Российское общество психиатров, 2023. – С. 8.

95. Психогении в экстремальных условиях / [Ю. А. Александровский и др.]. – М. : Медицина, 1991. – 96 с.

96. Психодиагностика стресса : практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. – Казань : КНИТУ, 2012. – 212 с.

97. Психологическая коррекция и реабилитация : учебное пособие / под общ. ред. Е. В. Митасовой. – М. : Военный университет, 2015. – 192 с.

98. Психология экстремальных и чрезвычайных ситуаций : учебное пособие / [И. В. Белашева и др.]. – Ставрополь : Северо-Кавказский федеральный университет, 2016. – 262 с.

99. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников войны / [В. В. Нечипоренко и др.] // Медицинская реабилитация раненых и больных. – СПб., 1997. – С. 50–56.

100. Пушкарев, А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / под ред. Б. Д. Казаченко. – М. : Институт психотерапии, 2000. – 128 с.

101. Родионов, А. В. Психофизическая тренировка / А. В. Родионов. – М. : Дар, 1995. – 63 с.

102. Романова, Е. С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников. – Мытищи : Талант, 1990. – 144 с.

103. Самоукина, Н. В. Психология профессиональной деятельности : учебное пособие / Н. В. Самоукина. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2003. – 219 с.

104. Селье, Г. На уровне целого организма / Г. Селье ; отв. ред. В. В. Парин. – М. : Наука, 1972. – 212 с.

105. Селье, Г. От мечты к открытию: Как стать ученым / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1987. – 366 с.

106. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М. : Медгиз, 1960. – 254 с.

107. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье ; под общ. ред. Е. М. Крепса. – М. : Прогресс, 1982. – 123 с.

108. Селье, Г. Стресс в моей жизни / Г. Селье. – Рига : Зинатне, 1983. – 251 с.

109. Серебрякова, Т. А. Психология стресса : учебное пособие / Т. А. Серебрякова. – Н. Новгород : ВГИПУ, 2007. – 245 с.

110. Симонов, П. В. Эмоциональный мозг / П. В. Симонов. – М., 1981. – 216 с.

111. Сирота, Н. А. Копинг-поведение и спихофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 1994. – № 1. – С. 63–74.

112. Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. – Минск : Харвест, 1998. – 301 с.

113. Снедков, Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 / Е. В. Снедков. – СПб., 1997. – 50 с.

114. Стебенева, Е. В. Социальная адаптация к стрессогенному влиянию служебной деятельности и профессиональная деформация сотрудников органов внутренних дел / Е. В. Стебенева // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2010. – № 2 (46). – С. 235–238.

115. Столяренко, А. М. Экстремальная психопедагогика : учебное пособие / А. М. Столяренко. – М. : Юнити-Дана, 2002. – 607 с.

116. Стресс жизни: Понять, противостоять и управлять им / сост. Л. М. Попова, И. В. Соколов. – СПб. : Лейла, 1994. – 381 с.

117. Субботин, С. В. Устойчивость к психическому стрессу как характеристика метаиндивидуальности учителя : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / С. В. Субботин. – Пермь, 1992. – 12 с.

118. Табурца, В. А. Стресс в служебной деятельности сотрудника правоохранительных органов / В. А. Табурца // Концепт. – 2015. – Т. 13. – С. 3126–3130.

119. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. – М. : Медицина, 1986. – 384 с.

120. Тренинги в профессиональной подготовке и деятельности психологов органов внутренних дел : учебно-практическое пособие Т. 1. / под ред. Л. Н. Костиной. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018. – 276 с.

121. Туманов, В. Д. Психология готовности сотрудников органов внутренних дел к действиям в экстремальных условиях / В. Д. Туманов. – 2-е изд., испр. – Домодедово : ВИПК МВД России, 1996. – 35 с.

122. Узеиров, А. А. Психосоматические расстройства : учебно-методическое пособие / А. А. Узеиров. – Ростов н/Д. : Ростовский государственный медицинский университет, 2016. – 27 с.

123. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса / [А. В. Вальдман и др.]. – М. : Медицина, 1979. – 359 с.

124. Федотов, А. Ю. Психологическое обеспечение профессиональной надежности специалиста силовых структур : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.03 / А. Ю. Федотов. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2020. – 47 с.

125. Федотов, А. Ю. Произвольная психическая саморегуляция в профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел / А. Ю. Федотов. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2019. – 134 с.

126. Федотов, А. Ю. Эмоциональные состояния, негативно влияющие на профессиональную деятельность сотрудников органов внутренних дел, и их преодоление : учебно-методическое пособие / А. Ю. Федотов, И. Н. Медведев. – 2-е изд. – М. : ДГСК МВД России, 2014. – 119 с.

127. Федотов, А. Ю. Профессиональная надежность специалиста силовых структур : монография / А. Ю. Федотов. – М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2018. – 197 с.

128. Хадарцев, А. А. Профессиональный стресс у военнослужащих (обзор литературы) / А. А. Хадарцев, Н. Е. Стариков, Р. В. Грачев // Вестник новых медицинских технологий. – 2020. – № 2. – С. 74–82.

129. Харкевич, Д. А. Фармокология / Д. А. Харкевич. – 10-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 908 с.

130. Холостова Е. И. Социальная реабилитация : учебное пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – 4-е изд. – М. : Дашков и Ко, 2006. – 340 с.

131. Човдырова, Г. С. Стрессовые расстройства у сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск и пути их профилактики : методическое пособие / Г. С. Човдырова. – Домодедово : ВИПК МВД России, 2004. – 378 с.

132. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро ; [пер. с англ. А. С. Ригина]. – М. : Класс, 1998. – 496 с.

133. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.

134. Шихова, А. П. Профессиональный стресс в деятельности сотрудников специализированных подразделений дознания органов внутренних дел : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 / А. П. Шихова. – СПб. : Санкт-Петербургский университет МВД России, 2009. – 23 с.

135. Шишков, В. И. Выше стресса! Практическое руководство по саморегуляции / В. И. Шишков, А. И. Нахимовский. – СПб. : Весь, 2005. – 192 с.

136. Экстремальная психология : словарь терминов / Ю. В. Байковский, Н. Г. Самойлов, А. В. Алешичева. – М. : Агспа, 2018. – 156 с.

Иностранная литература

137. Dean, P. G. Counting the cost: Psychological distress in career and auxiliary firefighters / P. G. Dean, K. M. Gow, J. E. Shakespeare-Finch // Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. – 2003.

138. Folkman, S. Age differences in stress and coping processes / S. Folkman, R. Lazarus, S. Pimley // Psychology and Adding. – 1987. – Vol. 2. – № 4.

139. Folkman, S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire / S. Folkman, R. Lazarus. – Palo-Alto, CA. –1988.

140. Folkman, S. Stress, appraisal, and coping / S. Folkman, R. Lazarus. – New York : Springer, 1984. – 445 p.

141. Freud, S. The defence neuro-psychoses / S. Freud // The collected Papers: in 10 v. – New York : Collier Books, 1963. – Vol. 2. – P. 67–81.

142. Friedman, M. Association of Specific Overt Behaviour Pattern with Blood and Cardiovascular Findings / M. Friedman, R. Roseman // Journal of the American Medical Association. – 1959. – № 169. – P. 1286–1296.

143. Karasek, R. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life / R. Karasek. – New York : Basic Books, 1997.

144. Lazarus, R. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlook / R. Lazarus // Ann. Rev. Psychol. – 1993. – V. 44.

145. Lazarus, R. Psychological stress and the coping process / R. Lazarus. – New York : McGraw-Hill, 1966.– 466 p.

146. Lazarus, R. Cognitive and personality factors underlying threat and coping / R. Lazarus // Psychological stress. – New York : Appleton Century Crofts, 1967. – P. 11–21.

147. Lazarus, R. Coping and adaptation / R. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine. – 1984. – New York : Guilford.

148. Maslach, C. Job Burnout / C. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter M. // Annual Review of Psychology. – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.

149. Selye, H. Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. Nature. – 1936. – № 3479. – Vol. 138.

Учебное издание

Охотников Юрий Михайлович,
кандидат психологических наук, доцент

Кравцова Люся Владимировна,
кандидат психологических наук

Психология стресса и стрессоустойчивого поведения

Редактор *Тарасова Т. С.*
Корректор *Васильевых Е. М.*
Компьютерная верстка *Тарасова Т. С.*



Формат 60×84 1/16.
Усл. печ. л. 19,29.
Подписано в печать 31.07.2024. Заказ № 107.
Тираж 35 экз.

Отпечатано в Полиграфическом центре
Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя
<https://мосу.мвд.рф>, e-mail: support_mosu@mvd.ru