

МВД России
Санкт-Петербургский университет

Ю. Ю. Стрельникова, М. В. Пряхина, А. С. Душкин

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ
ПОСЛЕДСТВИЙ СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ**

Монография

Санкт-Петербург
2025

УДК 159.9
ББК 88.8
П86

П86 Психологическая интервенция последствий служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел в особых условиях : монография / Стрельникова Ю. Ю., Пряхина М. В., Душкин А. С. – Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2025. – 176 с. : ил., табл. ; 21 см. – 500 экз. – ISBN 978-5-91837-974-5.

Авторский коллектив:

Стрельникова Ю. Ю. (введение, 1.1, 1.2, 1.3, 1.5; 2.4, заключение).

Пряхина М. В. (2.1, 2.2, 2.3).

Душкин А.С. (1.4).

ISBN 978-5-91837-974-5

EDN: HOLPFZ

В монографии представлены основные направления, формы и методы психологической интервенции сотрудников органов внутренних дел, нуждающихся в повышенном психолого-педагогическом внимании и психологической реабилитации после выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях. Исследование позволит усовершенствовать процесс психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел и повысить их личностную надежность в профессиональной деятельности.

Издание предназначено для научно-педагогического состава образовательных организаций системы МВД России, докторантов, адъюнктов и сотрудников подразделений психологической работы органов внутренних дел, а также специалистов различных областей, сталкивающихся с проблемами адаптации и дезадаптации личности в особых условиях деятельности.

УДК 159.9

ББК 88.8

Рецензенты:

Костина Л.Н., доктор психологических наук, профессор
(Московский университет МВД России имени В. Я. Кикотя);

Мальцева Т.В., кандидат психологических наук, доцент
(Академия управления МВД России)

ISBN 978-5-91837-974-5

© Санкт-Петербургский университет
МВД России, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Психологическая интервенция последствий служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел в особых условиях как направление деятельности психолога органов внутренних дел.....	6
1.1. Понятие психологической интервенции, ее цели и задачи	6
1.2. Психологическая специфика профессиональной деятельности сотрудников правоохранительных органов в особых условиях	13
1.3. Психическая травматизация и ее последствия как «мишени» психологической интервенции сотрудников органов внутренних дел	20
1.4. Проблема агрессивного поведения участников боевых действий: зарубежный опыт психологической интервенции и профилактики	40
1.5. Понятие психологического кризиса, роль ресурсов личности в преодолении кризисных ситуаций.....	52
Глава 2. Психологическая интервенция и особенности организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел в особых условиях деятельности	63
2.1. Психологическая коррекция нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел	63
2.2. Психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании	76
2.3. Психологическая коррекция семейно-бытовых отношений сотрудников органов внутренних дел	83
2.4. Психологическая реабилитация сотрудников органов внутренних дел, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях	90
Заключение	114
Список использованных источников	115
Приложения	123

ВВЕДЕНИЕ

Проблема психологической интервенции сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации после выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, в том числе в ходе специальной военной операции, к сожалению, не теряет своей актуальности, поскольку особые условия ее выполнения характеризуются многоуровневым психотравмирующим воздействием, включающим следующие факторы боевого стресса: профессиональные (угроза жизни, здоровью при вооруженных столкновениях, подрыве на минах, атаке беспилотных летательных аппаратов, наблюдение ранений, зрелища обезображенных тел, трупов и др.), ситуационно-психогенные (грохот снарядов, вспышки взрывов, сотрясение, акустический удар, сложные метеорологические условия, переохлаждение, перегревание и др.) и личностные (физические, физиологические и сенсорные перегрузки; дезинтеграционный, биологический и социальный страх, идентификация с умершим, чувство вины, этнически близкая национальность, сходство языка и вероисповедания с противником и др.).

Последствия воздействия стрессовых и психотравмирующих факторов профессиональной деятельности могут протекать как по физиологическому, так и по патологическому направлениям, и анализироваться с позиций психической нормы, пограничных или клинически выраженных расстройств. Направленность и структура психологических последствий деятельности в особых условиях обуславливается интенсивностью, сложностью и длительностью воздействия психогенных факторов, уровнем физической и психологической подготовленности профессионального контингента, мотивационно-нравственными установками, наличием преморбидной дисгармонии и личностными особенностями специалистов (психофизиологическими, конституциональными, адаптационными и др.). Стресс-факторы запускают механизм психической адаптации, активность которой обеспечивается взаимодействием биологического, психологического и социального уровней организма. Если стрессовое воздействие нарастает, то прогрессирует и объем защитно-компенсаторных приспособительных реакций в рамках общего адаптационного синдрома. Достигнув индивидуального адаптационного барьера, резервные возможности психофизиологических и социально-психологических механизмов

истощаются, что приводит к развитию нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний¹.

Таким образом, профессиональные стрессоры, с одной стороны, являются пусковым условием адаптации специалистов к экстремальным условиям деятельности, с другой — ситуационно-психогенные и личностные факторы являются предикторами психической дезадаптации, вариантами которой выступают расстройства адаптации, острое (далее — ОСР) и посттравматическое стрессовое расстройство (далее — ПТСР). Личностные особенности существенно влияют на когнитивную оценку ситуации (ее смысловое восприятие как привычно-профессиональной, стрессовой или психотравмирующей), во многом определяют тип эмоционально-поведенческого стрессового реагирования и результативность адаптационных процессов. Последствия профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел (далее — ОВД) в особых условиях не ограничиваются развитием у специалистов ОСР или ПТСР, они, безусловно, шире и включают большое число разнообразных адаптационных (донозологических) форм², которые и требует разработки дифференцированных программ психологической реабилитации.

Монография способствует формированию научного мышления, обобщает накопленный в течение нескольких лет теоретический и эмпирический материал и основывается на научных работах авторов (статьи, диссертации, отчетов о научно-исследовательских работах), выполненных в 2016–2025 гг.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля : дис. ... д-ра психол. наук. Санкт-Петербург, 2016. С. 5–6.

² Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции : монография. Санкт-Петербург : Издательство СПбУ МВД России, 2020. С. 6.

ГЛАВА 1

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ КАК НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

1.1. Понятие психологической интервенции, ее цели и задачи

Психологическая интервенция — это вид психологического вмешательства в различные личностные сферы (эмоционально-волевою, потребностно-мотивационную, экзистенциальную, морально-нравственную, когнитивно-познавательную, межличностно-социальную, действенно-практическую), с целью позитивных изменений поведения, мышления и эмоционального состояния человека (в т. ч. его травматического опыта), а также развития деятельностного «Я» субъекта (системы отношений, направленности, смысловых образований, черт характера, способностей и др.).

М. Перре и У. Бауманн включают в интервенцию четыре группы воздействия: «медикаментозную (фармакотерапию), хирургическую, физикальную (физиотерапию) и психологическую (психотерапию)», под которой понимают «психотерапевтическое воздействие с определенными целями, достигаемыми посредством специальных средств и методов»¹. По мнению А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского, «психотерапия — комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических расстройствах»². По определению С. Кратохвила, «психотерапия — это целенаправленная коррекция расстройств функций организма психологическими средствами»³. Б. Д. Карвасарский и Н. Г. Незнанов в Национальном руководстве по психиатрии указывают, что «психотерапия представляется особым видом клинико-психологического вмешательства и межличностного

¹ Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Бауманна. Санкт-Петербург : Питер, 2012. С. 32.

² Петровский А. В., Ярошевский М. Г. История и теория психологии : в 2 т. Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. Т. 2. С. 120.

³ Карвасарский Б. Д. Психотерапия : учебник. Санкт-Петербург : Питер, 2007. С. 16.

взаимодействия, характеризующегося оказанием помощи с применением психологических средств»¹.

Б. Д. Карвасарский считает термин психологической интервенции более широким, чем собственно психотерапия («лечебное воздействие психологическими средствами»), и включает в него также понятия развития личностного потенциала, психопрофилактики, психологической реабилитации².

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

Психофизиологическая реабилитация — «система медико-психологических мероприятий, направленных на восстановление функционального состояния организма, достижение оптимального уровня личностной адаптации и профессиональной работоспособности»³.

Психопрофилактика (в клинической психологии) — это «раздел общей профилактики, включающий совокупность мероприятий, которые обеспечивают психическое здоровье, включая профилактику личностных и профессиональных кризисов, предупреждение возникновения и распространения нервно-психических заболеваний»⁴.

Психологическая коррекция (психокоррекция) — один из видов психологической помощи, направленный на формирование у человека необходимых психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям⁵. Психологическая коррекция способствует повышению адаптационного потенциала личности психически здорового человека, отклонения в развитии или адаптации которого не имеют под собой органической основы —

¹ Карвасарский Б. Д., Незнанов Н. Г. Психотерапия // Психиатрия : Национальное руководство : Краткое издание : [учебное пособие]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 828–863.

² Карвасарский Б. Д. Психотерапия...

³ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Психологическая интервенция (развитие, коррекция и реабилитация) : учебное пособие. Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2023. С. 140.

⁴ Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию : учебник. Москва : Академический проект, 2000. С. 362.

⁵ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ соч. С. 8.

нарушений деятельности центральной нервной системы (например, черепно-мозговых травм, церебрального атеросклероза и др.).

Психологическая интервенция осуществляется в рамках различных теоретических и методологических подходов, которые отличаются многообразием методов, средств и «мишеней» воздействия (в рамках развития, коррекции или реабилитации), но объединяются общей целью (достижение позитивных изменений личности) и базируются на высоком профессионализме и компетентности (специальных познаниях) оказывающего помощь психолога.

Виды психологической интервенции различаются по направленности воздействия (симптоматическая, каузальная, эмоционально-волевая, когнитивно-поведенческая, межличностная и др.), по характеру (развитие, психокоррекция, реабилитация), продолжительности (экстренная, короткая, длительная) и форме взаимодействий (индивидуальная, групповая), а также по диапазону решаемых задач.

Преимущества индивидуальной формы психологической работы: соблюдение конфиденциальности, сосредоточенность психолога на проблеме клиента, что позволяет снять психологические защиты, глубже «проработать» и раскрыть личностные особенности. Недостатком является низкая эффективность при решении проблем межличностного общения. Акцент в индивидуальной работе делается на сферу интеллектуального осознания проблемы, активизацию ресурсов, коррекцию личностных качеств, психологического состояния и саморазвитие клиента.

Преимущества групповой психологической интервенции: высокая эффективность при решении межличностных проблем (общения, конфликтного взаимодействия, конкурентной борьбы, противостояния манипуляциям, моббингу и др.) и некоторых внутриличностных проблем (повышение самооценки, уверенности в себе, развитие эмпатии, искренности выражения чувств, коммуникативной компетентности, групповой поддержки на выбранном пути самосовершенствования и др.), а также иногда более высокая продуктивность в динамике позитивных личностных изменений¹.

Психологическая интервенция активно используется в деятельности ведомственных психологов. Перечень психологических и психофизиологических методик, применяемых в психологической работе, устанавливается ГУРЛС МВД России на основании рекомендаций

¹ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 65.

координационно-методического совета по психологической работе с личным составом органов, подразделений, учреждений системы МВД России¹.

В соответствии с целями, задачами психологической интервенции в органах внутренних дел выступают:

– изучение индивидуально-психологических особенностей личности кандидатов, поступающих на службу в ОВД, стажеров, сотрудников, перемещаемых по службе на другие должности в системе МВД России, с целью прогнозирования успешности их профессиональной деятельности и разработки мер по повышению адаптационного потенциала личности;

– обеспечение формирования благоприятного социально-психологического климата в служебных коллективах;

– осуществление психологической профилактики конфликтных ситуаций среди личного состава;

– осуществление психологической подготовки личного состава к выполнению оперативно-служебных задач;

– обеспечение развития психолого-педагогической компетентности руководящего состава, психологическое просвещение сотрудников;

– проведение психологического сопровождения работы с личным составом;

– оказание психологической помощи сотрудникам и членам их семей;

– внедрение в практику позитивного опыта проведения психологической работы, использования современных психологических технологий в работе с личным составом².

Значимыми категориально-понятийными единицами психологической работы в ОВД выступают следующие:

– *морально-психологическое состояние* – динамическое проявление нравственных качеств и психологических свойств личности сотрудников ОВД, выражающееся в их отношении к действительности, степени служебной активности, уровне готовности и способности решать поставленные задачи;

¹ Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации : приказ МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 (ред. от 16.12.2022) // Справочная правовая система «ГАРАНТ» (далее — СПС «Гарант»). URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 12.03.2025).

² Психологическая работа в органах внутренних дел : учебное пособие / Вахнина В. В. [и др.] ; отв. ред. В. И. Долинко. Москва : Академия управления МВД России, 2019. С. 6–7.

– *морально-психологическая готовность личного состава к оперативно-служебной деятельности* — состояние сознания и психики сотрудников, отражающее их нацеленность, активность, настроенность и мобилизованность на преодоление возможных трудностей, обеспечивающее результативность и качество выполнения оперативно-служебных задач;

– *морально-психологическая устойчивость личного состава к влиянию психотравмирующих факторов* — система личностных качеств (знаний, умений, навыков, взглядов, убеждений, мотивов, установок, черт характера), определяющая способность сотрудников сохранять высокую функциональную активность и успешно выполнять поставленные задачи в любых условиях;

– *социально-психологический климат в служебном коллективе* — качественная характеристика межличностных отношений, проявляющихся в виде совокупности нравственных и психологических условий, способствующих или препятствующих продуктивной совместной деятельности и всестороннему развитию личности сотрудника в группе¹.

Приказом МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 определены группы сотрудников ОВД, нуждающиеся в повышенном психолого-педагогическом внимании, в целях проведения мероприятий по их психологической адаптации к служебной деятельности².

В настоящее время в деятельности психологов ОВД получают все большее распространение различные психотехнологии, программы и тренинги для сотрудников и руководителей подразделений органов внутренних дел. Например, тренинг личностного роста, развития профессиональных компетенций и управленческого потенциала, психотехнологии развития аутопсихологической компетентности, формирования оптимального стиля управления, психологической устойчивости к управлению в экстремальных условиях, программа профилактики профессионального стресса руководителей органов внутренних дел³.

¹ Психологическая работа в органах внутренних дел... С. 20.

² URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 12.03.2025).

³ Стрельникова Ю. Ю. Развитие личностного потенциала сотрудников органов внутренних дел // Актуальные проблемы психологии правоохранительной деятельности: концепции, подходы, технологии (Васильевские чтения – 2023) : материалы международной научно-практической конференции, г. Санкт-Петербург, 20–21 апреля 2023 г. / под ред. Ю. А. Шаранова, В. Л. Ситникова. Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2023. С. 733–739.

В приказе МВД России от 27 августа 2024 г. № 500 отражены порядок организации и содержание морально-психологического обеспечения в период несения службы в особых условиях¹:

1. Создание и функционирование мобильного кабинета психорегуляции.

2. Изучение морально-психологического состояния личного состава и социально-психологического климата в служебных коллективах, информирование руководителя (начальника) о результатах, выработка предложений по их поддержанию на должном уровне.

3. Психологическое наблюдение за морально-психологическим состоянием сотрудников, выявление сотрудников, имеющих сниженный психофизиологический потенциал, признаки стрессовых состояний, дезадаптации.

4. Оказание помощи сотрудникам в адаптации к новым условиям жизни и службы, в первую очередь не имеющим опыта выполнения оперативно-служебных задач в экстремальных условиях.

5. Проведение психологической работы, направленной на профилактику девиантного поведения сотрудников, коррекцию негативных состояний, снятие психоэмоционального напряжения.

6. Дебрифинги (собеседования) с сотрудниками в случаях, связанных с применением оружия, гибелью людей и иными чрезвычайными происшествиями и обстоятельствами.

7. Оценка психологического состояния сотрудников при проведении разводов и инструктаж перед выполнением оперативно-служебных задач.

8. Оказание экстренной психологической помощи сотрудникам, пережившим психотравмирующие ситуации.

9. Подготовка совместно с медицинскими работниками предложений о выводе и откомандировании к месту постоянной дислокации сотрудников с некорректируемыми признаками психологической дезадаптации, психотравмами, требующими медицинского лечения.

Приказом МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел

¹ Об утверждении Положения о порядке организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации : приказ МВД России от 27 августа 2024 г. № 500 (зарег. в Минюсте России 20.09.2024, № 79534) // Официальный интернет-портал правовой информации (pravo.gov.ru). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409200024> (дата обращения: 12.03.2025).

Российской Федерации»¹ в соответствии с ч. 11 ст. 11 Федерального закона от 19 июля 2011 г. № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»² и п. 1 Положения о МВД России³ внесены изменения в части показаний к организации медико-психологической реабилитации (далее — МПР), порядка и места ее проведения, а также перечня категорий сотрудников ОВД, подлежащих МПР.

Принятие решения о нуждаемости сотрудника в мероприятиях медико-психологической реабилитации по результатам медицинского и психофизиологического обследования возложено на врачебные комиссии медицинских организаций МВД России.

В соответствии с приказом МВД России от 23.07.2024 № 429 «Медико-психологическая реабилитация осуществляется в пределах установленной штатной численности медицинских (в том числе санаторно-курортных) организаций системы МВД России и иных подразделений территориальных органов и организаций системы МВД России. МПР проводится в подразделениях по работе с личным составом органов внутренних дел Российской Федерации и в медицинских (в том числе санаторно-курортных) организациях системы МВД России»⁴.

В системе МВД России при проведении медико-психологической реабилитации применяется бригадный полипрофессиональный подход «при помощи мультидисциплинарных команд с использованием всего спектра современных медицинских и психологических методов»⁵.

¹ О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации (вместе с «Порядком и местами проведения медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации») : приказ МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 (зарег. в Минюсте России 30.08.2024, № 79354) // Официальный интернет-портал правовой информации (pravo.gov.ru). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

² О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации : Федеральный закон от 19 июля 2011 г. № 247-ФЗ (ред. от 28.12.2024) // СЗ РФ. 2011. № 30 (ч. I). Ст. 4595.

³ Об утверждении Положения о Министерстве внутренних дел Российской Федерации и Типового положения о территориальном органе Министерства внутренних дел Российской Федерации по субъекту Российской Федерации : Указ Президента Российской Федерации от 21 декабря 2016 г. № 699 (ред. от 20.12.2024) // СЗ РФ. 2016. № 52 (ч. V). Ст. 7614.

⁴ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

⁵ Лихолетов А. Г., Двинских М. В., Ичитовкина Е. Г. Медико-психологическая реабилитация комбатантов в медицинских организациях органов внутренних дел Российской Федерации // Медицинский вестник МВД. 2024. Т. 128, № 1 (128). С. 28–31; https://doi.org/10.52341/20738080_2024_128_1_28.

В рамках медико-психологической реабилитации используются техники регуляции психологического состояния «(психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия), направленные на профилактику снижения адаптационных возможностей организма к условиям окружающей среды и (или) на восстановление адаптационных ресурсов личности»¹.

Психологическая реабилитация проводится в неразрывной связи с *социально-психологической реадaptацией*, которая включает «продолжительный, организованный, поэтапный перевод психики участников боевых действий с военного на мирный режим функционирования, бескризисное встраивание их в систему связей и отношений мирного времени»².

Таким образом, в настоящее время важным является переосмысление используемых ранее методов психологической интервенции (развития, коррекции и реабилитации), их адаптация под реалии проведения специальной военной операции, комплексная реализация мер по психологической гигиене и профилактике негативных последствий деятельности, а также разработка дифференцированных и персонифицированных реабилитационных программ с учетом интенсивности и длительности психотравмирующего воздействия, факторов риска дезадаптации сотрудников ОВД, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях.

1.2. Психологическая специфика профессиональной деятельности сотрудников правоохранительных органов в особых условиях

Профессиональная деятельность, являясь одним из видов социальной деятельности человека, часто образует основную форму активности субъекта, занимая наиболее существенную часть его жизни и играя основополагающую роль в его развитии, формировании мировоззрения, самоутверждении как личности и самореализации в обществе как специалиста.

¹ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

² Методические рекомендации по проведению мероприятий психологической работы, направленных на реадaptацию и реабилитацию сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, принимавших участие в специальной военной операции или выполнявших задачи, связанные с ее проведением : письмо ГУРЛС МВД России от 14 июля 2023 г. № 21/8/13976. Документ не публиковался.

Напряженность труда по показателям интеллектуальных нагрузок, особенностям режимов труда и отдыха во всех службах ОВД не укладывается в параметры допустимых пределов. «Данная деятельность требует соблюдения строгой дисциплины, служебной иерархии, повышенной профессиональной ответственности, характеризуется ненормированным рабочим днем, выраженной межличностной конфликтностью, а также высоким риском потери здоровья, собственной жизни и опасности для жизни других людей»¹. А. С. Лобзов выделяет следующие особенности правоохранительной деятельности: «объективная сложность оперативно-розыскных задач; невозможность получить исчерпывающую информацию о ситуации; необходимость принимать решение в условиях неопределенности; функциональная обособленность взаимодействующих лиц; недостаточная нормативная урегулированность совместной деятельности различных служб и др.»².

Несмотря на то, что перечень психологических особенностей деятельности сотрудников ОВД достаточно широк, в нем можно выделить, по крайней мере, два основных аспекта: коммуникативный (деловое общение) и виктимологический (угроза жизни и здоровью). Конфликтность деятельности проявляется при взаимодействии с преступным элементом, в эмоционально окрашенных ситуациях, в результате противостояния активному психологическому давлению или провокации.

Виктимологические факторы — угроза жизни и здоровью (внезапная или стабильная, реальная или мнимая) является постоянным стрессором всех профессий экстремального профиля деятельности (МВД, МЧС, Минобороны, ФСБ и др.), и может играть роль психотравмирующего фактора, поскольку обязывает специалиста рисковать по долгу службы и всегда идти навстречу опасности³. С. П. Безносков считает, что это может вызвать «повышенную вероятность либо инстинктивных форм поведения, либо рискованных вариантов действий. Может наступить привыкание к опасности, снижение способности адекватной оценки собственных возможностей, что чревато потерями личного состава»⁴.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия...

² Лобзов А. С. Психологические трудности взаимодействия должностных лиц в процессе принятия решений в сфере охраны правопорядка // Тезисы I Всесоюзной конференции по психологии управления. Москва : Академия МВД, 1979. С. 39–42.

³ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия... С. 14.

⁴ Безносков С. П. Профессиональная деформация личности. Санкт-Петербург : Речь, 2004. 272 с.

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

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

2. *Экстремальная ситуация* — «внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию»¹. В правоохранительной деятельности такие ситуации связаны с риском для жизни, высокими психологическими и физическими нагрузками: оперативно-розыскные мероприятия, задержание преступника, отражение и пресечение нападения, применение спецсредств и огнестрельного оружия на поражение, и др. Такие ситуации, например, встречаются в работе патрульно-постовой службы полиции, оперуполномоченных, участковых уполномоченных полиции, сотрудников дежурных частей, инспекторов Госавтоинспекции и всех тех, кто привлекается к проведению специальных операций.

3) *Чрезвычайная ситуация* — обстановка на определенной территории, объективно сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей². Чрезвычайные

¹ Психология кризисных и экстремальных ситуаций : учебник / под ред. Н. С. Хрусталевой. Санкт-Петербург : Издательство СПбГУ, 2018. С. 113.

² О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера : Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ (ред. от 08.08.2024) // СЗ РФ. 1994. № 35. Ст. 3648.

ситуации в органах внутренних дел связаны с деятельностью в условиях ликвидации последствий стихийного бедствия, катастрофы, аварии на охраняемых объектах или проведения специальных и контртеррористических операций. Они включают обеспечение правопорядка, законности и правового режима, охрану особо важных объектов, пресечение преступлений и мародерства, оперативное проведение расследований, задержание преступников, участие в оказании помощи населению, органам власти, ФСБ, МЧС России, Росгвардии и др.

Особо опасный вид правоохранительной деятельности — *служебно-боевая* — может носить характер длительного противостояния многочисленным вооруженным формированиям в местах их дислокации, а также иметь вид кратковременной вооруженной борьбы с преступниками, террористами и их пособниками в период проведения контртеррористической операции или после совершенного террористического акта¹.

Особые условия служебной деятельности — «это такие экстремальные ситуации, которые ставят перед сотрудником ОВД объективные и психологические трудности, обязывают его к полному напряжению сил и наилучшему использованию ресурсов и возможностей для эффективного выполнения оперативно-служебных задач и обеспечения личной и общественной безопасности»².

Профессиональная деятельность в особых условиях, сопряженная с воздействием большого количества психогенных факторов, может приводить к возникновению у сотрудников органов внутренних дел психической травмы и состояний дезадаптации («боевого стресса», посттравматического стрессового расстройства, пограничных состояний, психосоматических заболеваний и др.)³.

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

¹ Психологическая поддержка участников вооруженных конфликтов : учебное пособие / Т. Н. Березина, Д. В. Деулин, К. И. Дьячук [и др.] ; под общ. ред. М. И. Марьина, В. Е. Петрова. Москва : КноРус, 2025. 320 с.

² Шевелева Е. П. Психологические особенности подготовки сводных отрядов полиции, направляемых для осуществления служебного задания в экстремальных условиях // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2014. № 2 (57). С. 96–99.

³ Шаранов Ю. А., Душкин А. С. Психологическая травматизация сотрудников правоохранительных органов, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях // Прикладная юридическая психология. 2023. № 2 (63). С. 26–38; [https://doi.org/10.33463/2072-8336.2023.2\(63\).026-038](https://doi.org/10.33463/2072-8336.2023.2(63).026-038).

переживаниями (страха, ужаса, беспомощности, краха жизненных ценностей и др.).

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

1) *специфически-профессиональные* (угроза жизни при вооруженном столкновении, применении оружия в условиях визуального контакта, когда видны предсмертные мучения противника, вид трупов и обезображенных тел, стресс тяжелой и продолжительной работы, информационный стресс¹ и др.);

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

3) *личностные*: биологические (нарушение физиологического ритма сна и бодрствования, сенсорная перегрузка, истощение организма, инфекционные и хронические заболевания, никотиновая и алкогольная зависимость, ожирение и др.) и индивидуально-психологические (осознание собственной уязвимости и несправедливости устройства мира, идентификация умершего с собой или близкими, непредсказуемость текущей обстановки, страх смерти, ранения, проявлений трусости и др.).

И. В. Соловьев подчеркивает, «что угроза для жизни как психотравмирующее обстоятельство, имеет две формы психического переживания — реально присутствующую и гипотетическую. *Реально присутствующие* факторы, отличающиеся высокой интенсивностью и склонностью к возрастанию психотравмирующего воздействия (собственное ранение или увечье, угроза обстрелов, засад, подрывов на минах, применение оружия на поражение, массовая гибель, вид трупов, разрушений, пожаров). К *гипотетическим* формам проявления угрозы для жизни относятся: информация об обстрелах, боевых потерях, средства информационно-психологического воздействия противника»².

¹ Психология кризисных и экстремальных ситуаций... С. 127.

² Соловьев И. В. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия, оказание психологической помощи и психореабилитация. Москва : Витязь-Братишка, 2000. 112 с.

Психогенные факторы, различаясь по конкретному способу передачи информации об угрозе реальной опасности, «воздействуя на определенную сенсорную систему человека, проецируют в сознании образ угрозы, взаимно дополняя друг друга и, в зависимости от степени выраженности каждого из них, делают этот образ эмоционально насыщенным. Факторы интерактивного ряда (смерть сослуживцев; отождествление себя с погибшим) являются интеграторами всех остальных и действуют на психику независимо от модальности»¹.

По определению Е. В. Снедкова, *боевая психическая травма* — «многоуровневый процесс адаптационной активности организма в условиях боевой обстановки в ответ на сочетанное воздействие множества острых однократных психотравм, на фоне мощного хронического психотравмирующего стресса, сопровождаемого напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений»². А. Г. Караяни подчеркивает три важных момента в указанном определении: «во-первых, реакции осуществляются на физиологическом, когнитивном, эмоциональном, социально-психологическом и поведенческом уровнях, обеспечивая целостную реакцию организма на боевой стрессор; во-вторых, осуществление приспособительных реакций может сопровождаться не только напряжением, но и перенапряжением и даже срывом процессов мобилизации ресурсов организма, сопротивления стресс-факторам; в-третьих, у военнослужащего формируются стереотипные психофизиологические и поведенческие паттерны, обеспечивающие приспособление к требованиям боевой обстановки и выживание в условиях действия боевых стрессоров и имеющие адаптивное значение исключительно в специфических реалиях боя»³. Вследствие этого выделяют: «боевой конструктивный стресс (повышает боеспособность или сохраняет ее), боевой дистресс (снижает боеспособность), боевой травматический стресс (делает военнослужащего небоеспособным)»⁴.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия ...

² Снедков Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : дис. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 1997. 438 с.

³ Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий (Психология боевого стресса и стресс-менеджмента) : учебное пособие. Москва : Военный университет, 2018. С. 12–13.

⁴ Там же. С. 15.

Многие возможные неудачи участия сотрудников ОВД в различных экстремальных ситуациях также могут объясняться неопределенностью личной мотивации, психологической неподготовленностью или непригодностью к данному виду деятельности. Здесь на первый план выступают профессионально-важные качества, которые оказывают влияние на адаптацию, саморегуляцию, работоспособность, успешность и безопасность профессиональной деятельности. Очевидно, что личностные особенности, определяя профессиональную пригодность специалиста, выступают детерминантами развития его профессионализма, сохранения здоровья и профессионального долголетия, особенно в особых условиях деятельности. Возможными причинами дезадаптации сотрудников ОВД могут выступать Преморбидно сформированная профессиональная деформация личности, нарушение межличностных отношений и неблагоприятный морально-психологический климат в коллективах¹.

Результаты профессиональной деятельности также в значительной степени определяются особенностями мотивационной сферы. С. П. Безносков подчеркивает, что опасность может вызвать следующие явления: «1) изменение мотивов деятельности: мотив выполнения поставленной задачи заменяется мотивом самосохранения; 2) замена ситуативно-целесообразных форм поведения инстинктивными (страх, ужас, испуг, бегство, заторможенность, импульсивность и др.); 3) повышение эмоциональной напряженности»². Н. Н. Харламова установила, «что 67 % сотрудников ОВД, направляемых в зону вооруженного конфликта, имеют мотив самореализации («хочу проверить себя»); 53 % хотят «заработать деньги»; у 46 % имеется тяга к риску; 28% хотят «быстрее закончить войну ради своих детей»; 23% уходят от «семейных проблем»; 19% желают «отомстить за товарищей»; и только 13% сотрудников ОВД хотят «защитить национальные интересы»³. Ю. Ю. Стрельникова установила, «что среди сотрудников ОВД (n = 163) мотивы участия в контртеррористической операции распределились следующим образом: материальная выгода — 33,7 %; положительная мотивация

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия...

² Безносков С. П. Указ соч.

³ Харламова Н. Н. Особенности организации и проведения психологического сопровождения деятельности личного состава ГУВД Московской области, принимающих участие в анти-террористической операции в СКР // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД и ВВ МВД России : сборник тезисов Всероссийского совещания руководителей подразделений психологического обеспечения ОВД и внутренних войск. Москва : Управление воспитательной работы ГУКиКП МВД России, 2000. С. 98–108.

(«по приказу» — 14,1 %; «по убеждению» — 12,3 %; «чувство товарищества» — 11,6 %; деятельность, которая нравится, «любовь к риску» — 7,4 %) и отрицательная мотивация (уход от проблем сложившейся мирной жизни — 13,5 %; эгоцентризм, самоутверждение — 7,4 %)». Автор выявила, «что ценностно-смысловое отношение к деятельности в особых условиях влияет, как на соматическое здоровье сотрудников ОВД, так и на их психологическое благополучие после возвращения из зоны вооруженного конфликта: у сотрудников ОВД с отрицательной мотивацией развивается больше негативных последствий (длительнее утрата трудоспособности, выше уровень хронического утомления, фиксации на самозащите; эмоциональной лабильности и ригидности)»¹.

Таким образом, комплексная психотравматизация факторами различной интенсивности приводит у сотрудников ОВД к различным (по выраженности и качеству) последствиям в особых условиях деятельности, которые могут носить как острый, так и менее выраженный, отсроченный характер. При этом воздействие на психику часто протекает столь быстро, что остается неосознаваемым в условиях длительной перманентной психотравматизации².

1.3. Психическая травматизация и ее последствия как «мишени» психологической интервенции сотрудников органов внутренних дел

Сотрудники органов внутренних дел в своей повседневной жизни помимо профессиональных психических травм сталкиваются с перманентными стрессорами различной интенсивности и личными психотравмами (несчастные случаи, дорожно-транспортное происшествие, тяжелая болезнь, развод, горе, смерть близких, моббинг и др.), суммарное потенцирование которых усугубляет общую психическую травматизацию и способствует формированию негативных личностных изменений³.

Ведомственный психолог в своей деятельности может встретиться с проявлениями у сотрудников органов внутренних дел как

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель...

² Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия...

³ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Прякина М. В. Указ. соч.

отдельных симптомов посттравматического стресса (донозологического уровня), так и с развернутой картиной психической травмы, требующей оказания лечебной (фармакологической, психотерапевтической) и реабилитационной помощи, а также возможного направления на освидетельствование военно-врачебной комиссии¹. Поэтому психологу органов внутренних дел важно знать критерии различий симптомов стрессовых расстройств от преморбидных состояний стрессовой дезадаптации.

Главное отличие последствий стресса от психической травмы состоит в том, что «стресс-факторы» являются пусковым условием общего адаптационного синдрома и индивидуального стрессового реагирования, эмоционально-поведенческие проявления которого находятся в нормативном диапазоне, купируются саморегуляцией или психокоррекционными мероприятиями. «Психогенные факторы» являются предикторами дезадаптации вследствие резкого истощения ресурсов индивида (психофизиологических, социально-психологических), приводят к появлению психических расстройств (непсихотического и психотического типов), психопатологических и патопсихологических личностных изменений, нейроэндокринных синдромов и психосоматических заболеваний, которые требуют обязательной медико-психологической помощи и реабилитации².

С. Б. Семичов считает, «что при истощении адаптационного потенциала процесс дезадаптации личности проходит три стадии: 1) напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов; 2) «парциальная» психическая дезадаптация (пограничные донозологические расстройства); 3) «тотальная» психическая дезадаптация (невроты, психосоматические заболевания и др.)»³.

В экстремальных условиях деятельности личностные особенности сотрудников органов внутренних дел выступают детерминантами сохранения здоровья и профессионального долголетия, либо становятся предикторами дезадаптации. Г. К. Ушаков выделяет следующие уровни реагирования на психотравмирующую ситуацию: «внеличностные, системные, характерологические, личностные, а также

¹ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

² Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия...

³ Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. Ленинград : Медицина, 1987. 184 с.

систематизирует ситуации, коррелирующие с различными вариантами пограничных расстройств»¹ (таблица 1).

Таблица 1

Систематика ситуаций, коррелирующих с различными вариантами пограничных расстройств

Ведущие свойства преморбида (характерологический радикал)	Клинические синдромы пограничных расстройств (клинический радикал)	Психотравмирующие ситуации
Сензитивность	Неврастенический, астенический, психопатический, аутистический	Перенапряжения (истощения) сложившегося стереотипа
Тревожная мнительность	Обсессивный, компульсивный, психастенический	Нарушающие привычный стереотип переключения
Истероидность	Истерический, псевдодементный, пуэрильный	Нарушающие стойкий эгоцентрический стереотип
Ригидность	Эксплозивный, эпилептоидный, параноидный	Отрицающие бескомпромиссность привычного стереотипа

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

Психическое или физическое переутомление приводят к ухудшению общего самочувствия и развитию неблагоприятных психологических состояний. Наиболее сложно адаптационный период к жизнедеятельности в особых условиях протекает первые 7–10 дней. Также необходимо учитывать, что психологические последствия переживаний сотрудниками стрессовых ситуаций могут сказаться на их жизнедеятельности как положительно, так и отрицательно².

¹ Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. Москва : Медицина, 1987. С. 122.

² Методические рекомендации по проведению мероприятий психологической работы...

*Донозологические эмоциональные состояния личности
в экстремальных условиях деятельности¹*

Критерии различий	Эмоциональная напряженность	Эмоциональная неустойчивость
Формы проявления	Тревога, гипотимия, трудности сосредоточения и переключения внимания, утомление, сниженная работоспособность, длительное «застревание» на негативном аффекте, субъективизм в оценках	Сочетание апатии с гипервозбуждением, импульсивности действий, эмоциональной экспрессии, раздражительности с растерянностью, страхами, колебание настроений между экзальтацией и подавленностью
Детерминанты возникновения	Субъективные: несоответствие профессионально-важных качеств уровню предъявляемых требований, высокая ответственность за результат деятельности, неуверенность в надежности коллектива. Объективные: опасность для здоровья и жизни, необходимость принимать решения в условиях дефицита времени и информации.	
Характеристики психической деятельности	Снижение качества когнитивных процессов, помехоустойчивости, нарушение оценки временных параметров, отвлекаемость внимания, нерациональное планирование и ошибки в деятельности, краткое и формализованное общение	Замедление когнитивных процессов и двигательных реакций, работоспособность резко неравноценна в разные периоды времени по производительности и качеству выполнения, используемые навыки не соответствуют обстановке, конфликтность

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

Возможными причинами дезадаптации сотрудников ОВД являются преморбидно сформировавшаяся профессиональная деформация личности, эгоцентрическая мотивация деятельности, неконструктивные

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель... С. 82.

установки, особенности и свойства личности (пессимистичность, социальная интроверсия, ригидность, невротический контроль, импульсивность, эмоциональная лабильность¹, индивидуалистичность, тревожность, чувство вины, замкнутость, низкая волевая регуляция и нормативность поведения, органические неврологические нарушения), а также конфликтные межличностные отношения и неблагоприятный морально-психологический климат в коллективах.

Последствия деятельности сотрудников сводных отрядов полиции в особых условиях не ограничиваются развитием у сотрудников исключительно негативных последствий, они, безусловно, шире, и включают не только симптомы ПТСР, но и большое число разнообразных адаптационных форм стрессового реагирования и личностных изменений (как позитивного, компенсаторного, так и негативного характера). С точки зрения психической нормы существуют три варианта личностных изменений сотрудников ОВД в условиях оперативно-боевой деятельности (таблица 3): позитивные, компенсирующе-защитные и негативные (предпатологические).

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

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель ... С. 467.

² Стрельникова Ю. Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к мирной жизни // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2014. № 2 (46). С. 145–153.

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

Личностные изменения		
Позитивные (конструктивно- адаптивные)	Компенсирующе- защитные (неустойчиво- адаптивные)	Негативные пограничные* (предпатологические)
УВЕЛИЧЕНИЕ:		
психической устойчивости, самоконтроля и уравновешенности, быстроты реакции; способности к эффективной экстренной мобилизации; активности, работоспособности; упорства, мужественности, смелости, решительности, способности к самопожертвованию (героизма); ответственности, доверия, сплоченности и группового сотрудничества; независимости, объективной проницательности, рациональности; оптимизма, сообразительности, критичности мышления, физической выносливости, толерантности к боли	осторожности, бдительности к опасности; эмоциональной холодности, социальной интроверсии; конформности по отношению к референтной группе; способности мыслить абстрактно-аналитически на основе минимальной информации и пренебрегая эмоциями; склонности к интеллектуальной трансформации тревоги, уходу от реальности в ирреальный мир фантазий	эмоциональной напряженности, страха, тревожности и беспокойства; психомоторных проявлений (импульсивности, возбудимости, ошибок в деятельности или психического утомления, апатии и пассивности); психовегетативных проявлений (тахикардия, боли в области сердца, потливость, тремор, головокружение, тошнота, бессонница и др.); гипотимических и дистимических проявлений; ригидности и ндивидуальности
СНИЖЕНИЕ:		
уровня эмоциональной напряженности; эгоцентризма и цинизма; лиц с застревающим типом акцентуации.	эмотивности; чувствительности к средовым воздействиям, потребности в личном комфорте.	концентрации внимания, скорости запоминания; уверенности в своих силах и др.
Примечание — * Изменения наблюдаются на фоне сохранения критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности ¹		

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия...

Компенсующе-защитные (неустойчиво-адаптивные) изменения «проявляются средними показателями соматической заболеваемости, психического напряжения и утомления, стеническим типом стрессового реагирования с преобладанием возбудимых черт, импульсивной гиперактивностью, склонностью к риску, агрессивным реакциям»¹, эгоцентричностью, директивностью, недостаточным волевым самоконтролем. В этом случае адаптация достигается мобилизацией ресурсов организма, сбалансированностью разнонаправленных личностных паттернов (агрессивность — конформность; конфликтность — подчиняемость приказам; импульсивность — ригидность и др.), а также компенсацией защитными механизмами, напряженность которых обуславливает риск функциональных соматических нарушений². Данный тип последствий проявляется в раннем (до 1 года) периоде реадaptации у 45 % сотрудников ОВД, а в отдаленном (2–10 лет) — у 51 %. В целях профилактики посттравматических личностных расстройств им показаны разноплановые релаксационные процедуры (рефлексо- и ароматерапия, аутогенная тренировка, электросон, общий и точечный массаж, бальнеопроцедуры и др.)³, активный отдых, дозированные физические нагрузки, психологическое консультирование, психокоррекция акцентуированных личностных черт, психотерапия умеренно выраженных симптомов ПТСР, обучение методам психической саморегуляции и своевременное лечение соматических заболеваний⁴.

Негативные пограничные (предпатологические) последствия характеризуются субкомпенсированными симптомами ПТСР, выраженной психической напряженностью и утомлением, «конфликтным сочетанием гипостенических (инертность, пассивность, пессимизм, зависимость) и стенических (возбудимость, импульсивность, авторитарность) личностных свойств, усиленных чертами индивидуалистичности (субъективизм, эгоцентризм, эмоциональная отгороженность), признаками астенизации, смешанным типом стрессового реагирования, низкой мотивацией к деятельности, склонностью к употреблению психоактивных веществ, частой и длительной заболеваемостью»⁵. «Эмоциональный дискомфорт, психическая

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель... С. 255.

² Там же.

³ Там же.

⁴ Там же. С. 259–260.

⁵ Там же. С. 259–260.

напряженность, связанные с вытесненной тревогой, подавленной враждебностью и противоречивым типом реагирования, приводят к актуализации защитных механизмов: психологических (отрицания, вытеснения, невротического контроля, интеллектуальной трансформации тревоги с уходом в воображаемую реальность, симптомов «избегания» ПТСР) и биологических (вегетативный дисбаланс, нарушения работы внутренних органов)»¹. Сотрудников ОВД с негативными последствиями насчитывается в раннем (до 1 года) и отдаленном (2–10 лет) периоде реадaptации 17,5 % и 19,4 % соответственно. Таким сотрудникам показан здоровый образ жизни, спокойные условия жизнедеятельности, привычный круг общения, дозированные физические нагрузки, лечение соматической патологии (фармако- и физиотерапия), а также психологическая реабилитация: семейная и индивидуальная психотерапия (телесно-ориентированная, когнитивно-бихевиоральная, гештальт-терапия, символдрама и др.), направленная на гармонизацию отношений и купирование субклинических симптомов ПТСР.

А. Г. Караяни, опираясь на выводы исследований М. Мэтьюза, выделяет в общей массе участников боевых действий три основных категории²:

1. Лица, переживающие посттравматический рост. Те, кто в ходе боевых действий, пройдя суровые испытания, травматические ситуации, вдруг почувствовали в себе ресурсы для решения более масштабных задач, для расширения горизонта своей жизни.

2. Наибольшая по численности группа: лица, переживающие кризис реадaptации и ресоциализации.

3. Лица, которые страдают ПТСР.

Характерологические особенности сотрудников полиции играют важную роль посредников (медиаторов) влияния действующих факторов на тип последствий деятельности в особых условиях. При этом важной составляющей является мотивационный компонент (эго-ориентированная или социально-ориентированная мотивация личности к участию в опасной для жизни и здоровья деятельности),

¹ Стрельникова Ю. Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования...

² Караяни А. Г. Поколение СВО — психологический актив созидания будущего России : Доклад на 18-м Санкт-Петербургском саммите психологов // Психологическая газета : [сетевое издание]. URL: https://www.psy.su/feed/12504/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAR08ZmofgWurNQHCQdQxP-1Z68NcY_1nu-GppU1ocJjs2-RkviDtxz0dgA0_aem_ONJKfRmyG4JF7_NyUE2ztg (дата обращения: 10.02.2025).

а также степень подготовленности (психологической, физической, профессиональной служебной) к действиям в особых условиях¹.

Патопсихологические личностные изменения в условиях служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности, включают «широкий спектр состояний дезинтеграции психической деятельности, которые могут быть обусловлены факторами отягощенной наследственности, неправильным типом семейного воспитания и аддиктивными расстройствами, сформировавшимися в преморбидном периоде»² (таблица 4).

Таблица 4

*Патопсихологические личностные изменения
в условиях служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности*

Стрессовые реакции	Девииантное и криминальное стрессовое поведение
1) эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного, депрессивно-апатического, панического типа и др.; 2) регресс поведения на фоне аффективно-эксплозивных реакций и разрушительных действий; 3) диссоциативная амнезия; 4) вторгающиеся воспоминания, сопровождаемые тревогой и страхом; 5) затруднение засыпания, устрашающие сновидения; б) чувство вины по поводу совершенного или не совершенного действия; б) эмоциональная холодность; 7) ухудшение межличностного взаимодействия, социальная изоляция, озлобленность, обидчивость; 8) недоверчивость, подозрительность; 9) деструкция прежних копинг-стратегий, морально-нравственных установок и ценностей	1) мстительность, жестокость; 2) драки, грабеж, насилие; 3) злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, с преобладанием атарактических и гедонистических мотивов; 4) снижение критики к наркотизации или полная анозогнозия; 5) безответственность, беспечность, дезертирство, недисциплинированность; б) отказ выполнять приказы, участвовать в боевых операциях, предательство ³ ; 7) нарушение правил эксплуатации техники, аварийность, производственный травматизм, 8) небрежное отношение к своему здоровью (ранению); 9) суицидальные попытки, членовредительство; 10) аггравация, симуляция ⁴ и др.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель... С. 259–260.

² Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия...

³ Стрельникова Ю. Ю. Стрессовая адаптация и дезадаптация личности в условиях чрезвычайной ситуации // Психолого-педагогические проблемы безопасности человека и общества. 2014. № 4 (25). С. 21–29.

⁴ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель...

Патохарактерологические реакции — это «приобретенные психогенные динамические состояния, клинически проявляющиеся заострением патологических черт личности и нарушениями поведения. Им свойственны кратковременность, аффективная насыщенность. Патохарактерологические реакции нестабильны, фрагментарны, мало систематизированы и имеют транзиторный характер. Часто эпизодические дезадаптивные симптомы имеют четкую динамику и формируются при воздействии стрессовых событий в совокупности с исходными особенностями человека»¹.

В структуре личности зоной наибольшей уязвимости являются акцентуации характера, которые «наслаиваются» на комплекс травматических переживаний, предшествующий жизненный опыт, особенности когнитивной переработки фрустрирующих переживаний и механизмы психологической защиты. Акцентуации характера в условиях стресс-факторов экстремального характера становятся почвой для развития патохарактерологических реакций и состояний, характеризующихся полиморфностью проявлений, психовегетативными дисфункциями, невротическими реакциями, различными формами аддиктивного и девиантного поведения, антисоциальными поступками.

Патопсихологические реакции и личностные изменения, которые могут сформироваться у сотрудников ОВД на фоне психотравмирующих ситуаций, требуют повышенного психолого-педагогического внимания от психолога структурного подразделения, а также глубоких знаний в области клинической психологии и навыков психокоррекционной работы с пограничными (донозологическими) состояниями.

Психопатологические последствия «формируются у недостаточно профессионально и психологически подготовленных, не имеющих боевого опыта сотрудников ОВД. Они представляют собой устойчивые, нозологически оформленные болезненные расстройства непсихотического и психотического уровней»², требующие оказания срочной медицинской помощи (таблица 5).

Пограничные психические расстройства — это «условно объединенная группа нерезко выраженных психических нарушений, возникающих и декомпенсирующихся при воздействии стрессогенных факторов, связанных с исходными личностно-типологическими особенностями, объединяющаяся неспецифическими проявлениями

¹ Патопсихологическое обследование в центрах психического здоровья МВД России : учебное пособие / Ичитовкина Е. Г., Богдасаров Ю. В., Соловьев А. Г., Злоказова М. В. [и др.]. Домодедово : ВИПК МВД России, 2019. С. 50.

² Психология кризисных и экстремальных ситуаций... С. 127.

невротического уровня при сохранении критического отношения человека к основным психопатологическим проявлениям»¹. У сотрудников ОВД на фоне психотравмирующих факторов наиболее часто формируются посттравматические стрессовые нарушения.

Таблица 5

Психопатологические личностные изменения в условиях служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности²

Психогенные реакции и состояния	
Непсихотический уровень	Психотический уровень
<p>1. Психогенные патологические реакции: острый астенический, депрессивный, тревожно-обсессивный, истерический и другие синдромы на фоне снижения критической оценки своего состояния и ситуации, нарушения возможности к целенаправленной деятельности.</p> <p>2. Психогенные невротические состояния: истерический невроз, неврастения, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз с утратой критического понимания происходящего и возможности к целенаправленной деятельности.</p> <p>3. Острое и посттравматическое стрессовое расстройство.</p> <p>4. Органические непсихотические эмоционально-личностные расстройства (на фоне черепно-мозговых травм, энцефалопатии и др.).</p> <p>5. Посттравматическое расстройство личности.</p>	<p>1. Острые реактивные психозы: острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния с психомоторным возбуждением и двигательной заторможенностью.</p> <p>2. Затяжные реактивные психозы: депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы.</p> <p>3. Психотическое расстройство на фоне употребления психоактивных веществ.</p> <p>4. Экзогенно-органические психозы.</p> <p>5. Декомпенсация акцентуаций и психопатий с галлюцинациями, бредовыми идеями, расстройствами сознания и др.</p> <p>6. Потеря контакта с действительностью, дезорганизация деятельности (вплоть до асоциального поведения) и грубого нарушения критики своего состояния³.</p>

При ПТСР наблюдаются следующие специфические проявления: «аффективные расстройства депрессивного круга в сочетании с экзистенциальными проблемами, в частности, с ощущением бессмысленности

¹ Патопсихологическое обследование... С. 55.

² Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия...

³ Там же.

и бесполезности своего существования, отрицательным отношением к жизни; склонность к злоупотреблению психоактивных веществ и высокий риск развития аддиктивных расстройств; агрессивность, проявляющаяся стереотипным стремлением решать проблемы силовыми методами (от физической до психологической и вербальной агрессии) в широком круге ситуаций, вне зависимости от их субъективной важности; суицидальные мысли и намерения»¹.

В таблице 6 отражены диагностические критерии острого (ОСР) и посттравматического (ПТСР) стрессовых расстройств согласно *DSM-V*². В Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) в разделе 6B60 также описываются симптомы ПТСР³, при этом главным для диагностики является симптом «вторжения» (соответствующий критерию «В» по *DSM-V*).

Таблица 6

Диагностические критерии ОСР и ПТСР в DSM-V

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	Острое стрессовое расстройство (ОСР)
А	<p>Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, переживание серьезной травмы или сексуального насилия в одном или нескольких из перечисленных вариантов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Личное переживание травматического события. 2. Человек стал свидетелем события, которое произошло с другими. 3. Получение известия о том, что травматическое событие произошло с членами семьи или близкими (родственником, другом, коллегой). 4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (<i>aversive</i>) деталей травматического события (например, участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с неоднократным столкновением с подробностями насилия над детьми)⁴.

¹ Цейликман В. Э., Цейликман О. Б., Фекличева И. В., Масленникова Е. П., Чипеева Н. А., Глухова В. А. Психологические, нейробиологические и нейроэндокринологические особенности синдрома посттравматических стрессовых расстройств // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». 2018. Т. 11, № 4. С. 73–86.

² Молчанова Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России. 2014. Т.6, № 1 (24). С. 9.

³ Международная классификация болезней 11-й пересмотра (МКБ-11) : Расстройства, связанные со стрессом : Клинические описания и указания по диагностике. Санкт-Петербург : Оверлайд, 1994. 300 с.

⁴ Молчанова Е. С. Указ. соч. С. 9–10.

Продолжение таблицы 6

В	<p>Диагноз ставится на основании выявления <i>одного (или более)</i> симптомов <i>вторжения</i>, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после него.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Навязчивые неконтролируемые и тягостные воспоминания о травмирующем событии. 2. Рекуррентные дистрессовые сновидения, в которых содержание или аффект соотносятся с травматическим событием. 3. Диссоциативные реакции (флэшбэки), во время которых человек ощущает и ведет себя так же, как в момент психотравмирующего события (в тяжелом случае наблюдается полное отсутствие осознания реальности). 4. Интенсивный или продолжительный дистресс при столкновении с признаками, напоминающими или символизирующими какой-либо аспект травматического события. 5. Психологические реакции на внутренние и внешние признаки, напоминающие о травматическом событии. 	<p>Диагноз ставится на основании выявления <i>девяти (или более)</i> симптомов в пяти категориях («вторжения», «негативных эмоций», «диссоциации», «избегания» и «возбудимости»), которые начинаются сразу после психотравмирующего события или усиливаются после него.</p> <p><i>Симптомы вторжения:</i> Повторяющиеся непроизвольные, навязчивые тягостные воспоминания о травмирующем событии. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и (или) аффект которых соотносятся с травмирующим событием.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диссоциативные реакции (флэшбэки), во время которых индивид ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (подобные реакции отмечаются в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находится полное отсутствие осознания реальности). 2. Интенсивный или продолжительный дистресс, заметные психологические реакции при столкновении с признаками, напоминающими или символизирующими какой-либо аспект травматического события¹.
С	<p>Постоянное <i>избегание стимулов</i>, ассоциирующихся с травматическим событием, которое проявляется <i>одним или двумя</i> признаками:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Избегание негативных воспоминаний, мыслей, чувств, ассоциированных с психической травмой. 	<p><i>Симптомы избегания:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Избегание дистрессовых воспоминаний, мыслей или чувств, ассоциированных с травмирующим событием. 2. Избегание внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, деятельности, объектов, ситуаций), которые вызывают дистрессовые

¹ Молчанова Е. С. Указ. соч. С. 9–10.

Продолжение таблицы 6

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	Острое стрессовое расстройство (ОСР)
<p>2. Избегание людей, мест, разговоров, деятельности, объектов, ситуаций, которые вызывают негативные воспоминания или чувства о травматическом событии¹.</p>	<p>воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии.</p>
<p>Д Негативные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с психотравмой (<i>два или более признака</i> из перечисленных):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диссоциативная амнезия (невозможность вспомнить аспекты травматического события), не связанная с ЧМТ или приемом психоактивных веществ. 2. Упорные и преувеличенные негативные убеждения и ожидания в отношении себя, других и окружающего мира (например, «Я — плохой», «Никому нельзя верить», «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»). 3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других. 4. Постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд). 5. Заметно сниженный интерес и отказ от участия в значимых социальных мероприятиях. 6. Чувство отчуждения от др. 	<p><i>Диссоциативные симптомы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дерезализация (постоянное или повторяющееся чувство нереальности происходящего, как во сне) и деперсонализация (восприятие своих психических реакций, тела как бы «со стороны», оцепенение, ощущение замедленного течения времени). 2. Диссоциативная амнезия (невозможность вспомнить аспекты травматического события), не связанная с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), приемом алкоголя или наркотиков. <p><i>Негативные эмоции:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь)².

¹ Молчанова Е. С. Указ. соч.

² Там же.

Продолжение таблицы 6

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	Острое стрессовое расстройство (ОСР)
<p>7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (радость, удовлетворение, счастье, любовь и др.)¹.</p> <p>Е Изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с психотравмой, которые возникают или усиливаются после травматического события (два или более признака из ниже перечисленных):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Раздражение, вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам. 2. Безрассудное или ауто-агрессивное поведение. 3. Сверхнастороженность. 4. Вздрагивание на пугающий звук. 5. Низкая концентрация внимания. 6. Нарушения сна (трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон и др.)¹. 	<p><i>Симптомы возбуждения:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушения сна (затрудненное засыпание, устрашающие сновидения, содержащие обстоятельства травмы, бессонница, частые пробуждения). 2. Раздраженное поведение или вспышки гнева (спровоцированные минимальным стимулом или без провокации), обычно выражаемые в форме вербальной или физической агрессии по отношению к другим. 3. Высокая настороженность. 4. Низкая концентрация внимания. 5. Вздрагивание на пугающий звук².
<p>F Нарушения (критерии В, С, D, E) продолжают более одного месяца³</p>	<p>Длительность нарушений (симптомы из списка В) составляет от 3 дней до 1 месяца после психотравмы.</p>
<p>G Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения другой сферы функционирования индивида (социальной, профессиональной и др.)</p>	<p>Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения другой сферы функционирования индивида (социальной, профессиональной и др.)</p>

¹ Молчанова Е.С. Указ. соч.

² Там же.

³ Там же. С. 4-5.

Окончание таблицы 6

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)
Н	Нарушения не вызваны употреблением психоактивного вещества или другим медицинским состоянием (ЧМТ, психоз, алкогольная интоксикация, комплексные парциальные припадки и др.)	Нарушения не вызваны употреблением психоактивного вещества или другим медицинским состоянием (ЧМТ, психоз, комплексные парциальные припадки и др.).

В отличие от развернутой клинической картины ОСР или ПТСР, у сотрудников ОВД чаще наблюдаются отдельные донологические симптомы (в ранние или отсроченные периоды реадaptации), а также проявляются характерные особенности посттравматических личностных изменений:

1. «Комплекс жертвы» — апатия, отказ от ответственности, снижение самооценки, высокий уровень тревожности, восприятие будущего как опасного и непредсказуемого, катастрофические предчувствия, вследствие этого нежелание планировать свою жизнь. Характерна триада симптомов: «беспомощность поведения», «безвыходность ситуации», «безнадежность будущего». Образ «Я» — «бесильный», «беззащитный», не способный преодолеть трудности и изменить свою жизнь к лучшему, внешний «локус контроля» (не «я делаю», а «со мной происходит...»), «так уж сложились обстоятельства» и др.), в тяжелых случаях возможно нарушение идентичности.

2. «Комплекс отверженности» — эмоциональная холодность, отгороженность, отчужденность, разделение людей на «своих» и «чужих». Жизненная установка: «Никому не верь, ни на что не надейся, никого ни о чем не проси». Внешний мир воспринимается как опасный, «вторгающийся в мою жизнь» или «отторгающий меня».

3. Нарушение единства прошлого, настоящего и будущего во временной структуре личности (ностальгия по прошлому в сочетании со страхом будущего и возрастной регрессией, прагматизм или нереалистическая «вера в чудесное избавление», «жизнь одним днем», уход в мир грез и фантазий)¹.

¹ Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях : учебное пособие. Москва : Академия, 2012. 288 с.

В исследовании Ю. Ю. Стрельниковой установлено, что с увеличением периода времени, прошедшего с момента выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, возрастают, а по прошествии 3 лет стабилизируются симптомы «вторжения», «избегания» и физиологической гипервозбудимости. Линейно нарастают невротический контроль, пессимистичность, социальная интроверсия. Прогрессиентно снижаются оптимистичность, дистресс, воспоминания о психотравмирующих событиях. В период от 1,5 до 3 лет после выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, возрастает число лиц с признаками эмоциональной лабильности, ригидности, непродуктивной напряженности, хронически накопившегося утомления, истощения энергоресурсов¹.

В. М. Волошин, помимо общепризнанных симптомов ПТСР, выделяет четыре хронических синдрома², которые встречаются наиболее часто:

1. *Тревожный тип ПТСР* (максимально соответствующий клиническим критериям) появляется 1–2 раза в неделю и характеризуется «высоким уровнем вегетативной и психической немотивированной тревоги на гипотимно окрашенном аффективном фоне с переживанием повторяющихся, навязчивых психотравмирующих воспоминаний»³. Тревожно-фобические нарушения проявляются в подавленности, гнетущей напряженности, сверхбдительности и подозрительности, повышенной чувствительности к «бытовым» раздражителям (громкие звуки, запах гари, бензина). Площади и рынки ассоциируются со страхом минометного огня, газоны и парки — с опасностью спрятанных «растяжек» и подрыва на них, недостроенные или разрушенные здания — с засадой и угрозой снайперского огня, строительные котлованы — с воронками от разорвавшихся бомб.

2. *Дисфорический тип ПТСР* (часто встречаемый, наряду с тревожным типом) отличается ранее несвойственными человеку «раздражительностью, агрессивностью, гневливостью. Депрессия характеризуется доминированием тоскливо-апатического настроения с переживанием подавленности, выраженным снижением интереса к окружающему. Нарушения сна проявляются не только трудностями засыпания, но и ранними пробуждениями, что не характерно для тревожного типа ПТСР»⁴.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия... С. 205.

² Волошин В. М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакология. 2001. Т. 3, № 4. С. 125–129.

³ Цейликман В. Э. Указ. соч.

⁴ Там же.

3. *Астенический тип ПТСР* проявляется симптомами тоскливо-апатический депрессии: «снижением интереса к окружающему, пассивностью, преобладающим ощущением вялости, слабости, безразличия к ранее интересовавшим событиям жизни, равнодушием к проблемам семьи и рабочим вопросам»¹, а также повторяющимися и навязчивыми воспоминаниями о травматическом событии с умеренно выраженными феноменами «флэшбэка». Нарушения сна проявляются мучительной дремотой и отсутствием глубокого ночного сна, днем – затяжной сонливостью, нежеланием встать с постели. Недосыпание приводит к когнитивным нарушениям: снижению концентрации внимания, памяти, регулярной забывчивости, заторможенности, быстрой утомляемости и замедлению мышления.

4. *Соматоформный тип ПТСР* характеризуется преобладанием «соматоформных расстройств в кардиальной (54 %), абдоминальной (36 %) и церебральной (20 %) областях, в сочетании с психовегетативными пароксизмами. Симптомы ПТСР возникают спустя 6 месяцев и более после психотравмирующего события, что позволяет обозначить эти случаи как отсроченный вариант ПТСР»². Соматоформный вариант проявляется также ипохондрическим типом реагирования на сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания, невралгиями, расстройствами сна, урологическими и сексуальными дисфункциями.

Специалисты выделяют также *эксплозивный вариант ПТСР*, который характеризуется следующими личностными чертами: ригидностью, вспыльчивостью, склонностью к невротическим импульсивным реакциям и нарушению волевого контроля, враждебностью, агрессивностью (преимущественно физической), обидчивостью и мстительностью, настороженностью, мрачным недовольством окружающими и негативизмом. На фоне этих особенностей наблюдаются различные формы дезадаптивного и девиантного поведения (алкоголизм, наркомания, асоциальные поступки, акты насилия, аутоагрессии, включая суицидальное поведение). Такие лица не склонны обращаться за помощью, избегают психологов и психотерапевтов. «Обычно их начинают лечить после того, как становится ясно, что протестная агрессивность неадекватна реальности»³.

Важно также отметить, что помимо последствий травматического стресса, психологи могут наблюдать последствия «психокоррекционной

¹ Цейликман В. Э. Указ. соч.

² Там же. С. 77.

³ Патопсихологическое обследование... С. 62.

и/или психотерапевтической сессии, сопровождающиеся интенсивным эмоциональным реагированием, изменениями психологического состояния (эмоциональная лабильность, плаксивость, опустошенность, агрессия) в сочетании с нарушением физиологического состояния (вялость, апатия, заторможенность, головные боли, тахикардия, сухость во рту и жажда), которые могут сохраняться в течение 10–14 суток и зависят от индивидуальной реакции клиента на психотравму»¹.

Симптомы нейротоксикоза, которые могут развиваться после проработки психической травмы, сходны по своим проявлениям с психофизиологическим состоянием, наблюдаемым при некоторых заболеваниях центральной нервной системы, сопровождающихся *эндогенной нейроинтоксикацией*.

В исследовании, проведенном С. А. Салеховым с соавторами, установлено, что у 67,7 % (n = 127) человек после коррекции симптомов психической травмы наблюдались явления нейротоксикоза. Авторы считают, что «в ЦНС на фоне воздействия психологических стрессоров, приведших к психотравме, формируется застойный подавленный очаг возбуждения, который оказывает негативное влияние на поведенческие и физиологические паттерны реагирования на раздражитель и создает предпосылки к развитию психосоматической патологии. Во время психологической коррекции посттравматического стрессового расстройства, сопровождающейся интенсивной эмоциональной реакцией, происходит активация застойного очага возбуждения, что играет роль триггера для реакции в формате «борьба-бегство» на организменном уровне. Это приводит к активизации и высвобождению из депо нейротоксинов, которые в посткоррекционный период сопровождаются явлениями эндогенной интоксикации, в том числе и нейроинтоксикации»².

На рисунке 1 показан механизм развития нейротоксикоза при коррекции последствий психологического стресса.

Перечисленные выше последствия психокоррекционной работы с ОСТ и ПТСР преимущественно характерны для методов, техник, например, в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ)

¹ Салехов С. А., Корабельникова И. А., Салехова Ю. С., Максимюк Н. Н., Яблочкина Е. С. Патогенетическое обоснование развития нейроинтоксикации после психологической коррекции // Вестник Новгородского государственного университета. Серия: Медицинские науки. 2021. № 1 (122). С. 54–57; [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1\(122\).54-57](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1(122).54-57).

² Салехов С. А. Указ. соч.

и нейролингвистического программирования (НЛП), когда с клиентом до конца не прорабатываются подсознательные и аффективные реакции, как на актуальное психотравмирующее событие, так и на семантически связанное с ним, но более раннее, а также психосоматические симптомы.



Рисунок 1 – Развитие нейротоксикоза при коррекции последствий психологического стресса (по С. А. Салехову с соавт.¹)

Таким образом, «мишенями» психологической реабилитации, проводимой ведомственными психологами среди сотрудников ОВД являются: негативные (дезадаптивные), пограничные (предпатологические) последствия психической травматизации (независимо от ее этиологии), проявляющейся в виде субкомпенсированных (не достигающих уровня развернутого клинического диагноза) симптомов ОСР и ПТСР, патофизиологических личностных изменений, а также психогенных реакций, состояний непсихотического уровня, модально-

¹ Салехов С. А. Указ. соч. С. 55.

специфических подсознательных ощущений, негативных эмоций, симптомов нейротоксикоза и психосоматических проявлений. Первоочередной задачей в психотерапии ОСР и ПТСР является работа с негативными эмоциями, модально-специфическими подсознательными ощущениями, гиперреактивностью и взаимосвязанными с ними вегетативными проявлениями, на фоне актуализации ресурсного состояния сотрудника (которое призвано помочь избежать симптомов нейротоксикоза).

1.4. Проблема агрессивного поведения участников боевых действий: зарубежный опыт психологической интервенции и профилактики

Проблема агрессивного поведения участников боевых действий (далее — комбатантов) является довольно дискуссионной. Подавляющее большинство интегративных исследований, проводимых в зарубежном научном пространстве, представлена рассмотрением взаимосвязи ПТСР и агрессии комбатантов¹. Национальная практика тяготеет к медицинскому подходу в диагностике, оценке и превенции агрессивного поведения в рамках патологических расстройств личности². В то же время является актуальным формирование психологической готовности личности к негативному влиянию особых условий и совершенствовании регуляции эмоционального состояния комбатанта в психологической практике в органах внутренних дел.

Ретроспективный анализ проблемы доказывает, что первые попытки исследовать феномен агрессии, понять его детерминанты было осуществлено в философском пространстве (Т. Гоббс, Дж. Локк,

¹ См.: Moyer J., Kaiser A. P., Cook J., Pietrzak R. H. Post-traumatic Stress Disorder in Older U.S. Military Veterans: Prevalence, Characteristics, and Psychiatric and Functional Burden // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2022. Vol. 30, № 5. P. 606–618;. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.10.011> ; Snir A, Itzhaky L, Solomon Z. The Double-Edged Sword – Outward and Inward Directed Aggression among War Combatants // *Arch Suicide Res*. 2017. № 21 (4). P. 595–609; <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1227740>.

² Психологическая помощь, оказываемая в рамках медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации с признаками невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств / Мальцева Т. В., Возженикова О. С., Михайлова Т. В. [и др.]. Москва : Академия управления МВД России, 2024. 172 с.

Ж.-Ж. Руссо, Ш.-Л. Монтескье). Определенную традицию изучения феномена агрессии было сформировано и в пределах социологии. Изучая социальные конфликты, немало исследователей (К. Маркс, Г. Зиммель, Р. Дарендорф, Л. Козер) выделяли социально-экономические предпосылки насильственного поведения человека. В контексте психологической науки феномен агрессии стал предметом отдельных исследований в конце XIX века. Указанные психологические исследования природы агрессии предусматривали редукции теоретических толкований и отличались недостаточностью эмпирической базы анализа. Формирование в начале XX века двух мощных теоретико-методологических направлений – психоанализа и бихевиоризма — обусловило выделение двух основных подходов к проблеме агрессии: как к врожденному свойству личности и как реакции на неблагоприятные внешние стимулы.

Обобщение имеющихся теоретических исследований очерчивает разнообразие подходов к определению понятия агрессивности: любое поведение, которое включает в себя угрозу или причинение вреда другим (А. Басс); определенные действия, содержащие намерение оскорбить или засвидетельствовать пренебрежение (Л. Берковиц, С. Фешбач); попытки нанести другим исключительно физические повреждения (Д. Зильман); поведение человека, причиняющее моральный, физический и материальный вред другим людям или нарушающее их психологический комфорт (вызывает негативное переживание, состояние страха, подавленности) (Г. Варий) и т. д. Понятие агрессии понимается как специфическая форма поведения, направленная на причинение вреда другим людям или животным¹. При этом агрессивность понимается как психическое свойство человека, проявляющееся в готовности к агрессии².

Решение в рамках психологии служебной деятельности вопроса нормативности агрессии в современном мирном обществе доказывает, что в норме агрессивность имеет локально ограниченный характер. Гипертрофированная агрессивность – это результат деформации личности, в своих крайних нормах выражается в асоциальном поведении или свидетельствует об определенных психических отклонениях. Освоенные социальные нормы формируют особый

¹ Шестакова Е. Г., Дорфман Л. Я. Агрессивное поведение и агрессивность личности // Образование и наука. 2009. № 7 (64). С. 51–66.

² Андруник А. П., Смородинскова И. А. Содержание понятия агрессии, психологические характеристики видов и форм агрессивности // Антропология. 2022. № 3 (7). С. 104–109.

механизм контроля за проявлением определенных действий. Если нормы нарушены, поведение оценивается как агрессивное. Акцентирование на проблеме определения нормативности агрессивного поведения часто различается в зависимости от взгляда, как на субъектном уровне, так и в пределах национальной культуры и менталитета.

Выделение психологических детерминант агрессивного поведения комбатантов служит реализации важной психосоциальной функции — поиска средств социально-психологической реадaptации.

Агрессивность личности имеет внутреннюю структуру, компоненты которой находятся в соподчинении, в частности: с когнитивными процессами (определенный способ восприятия и интерпретация внешней ситуации); эмоциональными (эмоции раздражения, гнева, переживания тревоги, чувства вины); волевыми процессами. При этом развитая эмпатия является основой для регуляции имманентного уровня агрессивности комбатанта. В частности, снижение уровня эмпатии, гнев являются основаниями для стимулирования агрессивного поведения. В контексте волевых процессов важную роль играет сложившаяся способность контролировать эмоции и поведение в целом.

Согласно общей модели агрессии (*GAM*), разработанной Б. Дж. Бушман и К. А. Андерсон есть много переменных, которые могут влиять на вероятность агрессивного поведения¹. Некоторые переменные индивидуальны (например, враждебность, отношение к насилию и др.), другие – ситуационные (например, наличие оружия, социальная изоляция и др.). Эти данные могут влиять на непосредственную оценку ситуации человеком и на агрессивное поведение одним или несколькими путями: через познание (враждебные мысли, сценарии агрессии), аффект (враждебные чувства, отчетливые двигательные реакции) и возбуждение (физиологическое, мысленное). Эта непосредственная оценка происходит автоматически и охватывает интерпретацию ситуации (например, потенциал вреда, враждебность) и интерпретацию переживания аффекта (например, гнев). После оценки ситуации может произойти повторная оценка. Переоценка — это продуманный, старательный и сознательный процесс, во время которого человек рассматривает дополнительную информацию о ситуации, альтернативные поведенческие реакции на ситуацию, осуществимость различных альтернатив и последствия выполнения различных альтернативных поведенческих реакций. Поскольку переоценка

¹ Allen J. J., Anderson C. A., Bushman B. J. The General Aggression Model // Current Opinion in Psychology. 2018. Vol. 19. P. 75–80; <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.034>.

является трудоемким процессом, ее проводят лишь тогда, когда человек имеет достаточно когнитивных ресурсов. На завершающем этапе модели индивид делает выбор: агрессивировать или не агрессивировать¹.

Ситуация агрессивного поведения является системой социально-психологических факторов, наиболее способствующих проявлениям агрессии в процессе взаимодействия между людьми. Она может быть решающим фактором формирования негативных явлений, в частности агрессивного поведения комбатанта. Важна связь агрессии с установками и ценностями, превалирующими в этом сегменте общества, то, как часто комбатант видит других людей, использующих агрессию для решения собственных проблем (в реальной жизни или в медиа-пространстве), и то, как он понимает события социального мира. Согласно результатам научных исследований, трансформация личностных особенностей начинается от «перемещения из тревожной среды» к переходу к гражданской жизни. Указанная трансформация является следствием диссонанса между правилами, нормами поведения и реакциями в служебно-боевой обстановке и привычном для большинства людей средами².

В рамках затронутой проблематики считаем целесообразным сосредоточить внимание на разновидностях, подтипах агрессии, которые потенциально могут быть присущи комбатантам. Импульсивная агрессия комбатанта является эмоционально заряженной, реактивной и неконтролируемой. Предварительно обдуманную агрессию считают преднамеренной, целенаправленной и спланированной. Каждая из них связана с различными клиническими коррелятами, инструментами вмешательства и, соответственно, результатами психологической интервенции. Подтипы агрессии комбатантов (опосредованная вербальная, импульсивная) могут быть реализованы в различных видах насильственного поведения и его последствиях, например, противоправном поведении, агрессии к себе, домашнем насилии и т. д. Большинство комбатантов характеризуются проявлением импульсивной агрессии, что часто приводит к чувству вины за совершенное и желание изменить поведение. Преобладание импульсивной агрессии у комбатантов свидетельствует о потенциальной возможности для психологической

¹ DeWall C. N., Anderson C. A., Bushman B. J. The General Aggression Model: Theoretical Extensions to Violence // *Psychology of Violence*. 2011. № 1 (3). P. 245–258; <https://doi.org/10.1037/a0023842>.

² Караяни А. Г. Хронотоп войны как методическая оптика для анализа поколения специальной военной операции // *Российский военно-психологический журнал*. 2024. № 4 (6). С. 53–64; <https://doi.org/10.25629/RMPJ.2024.04.06>.

интервенции. Психологическое сопровождение комбатанта и содержательное наполнение психологической помощи без учета имманентного субъекта подтипа агрессии могут пагубно повлиять на конечный результат. На первый взгляд, основными дифференциаторами различия подтипов агрессии личности может быть степень выраженности таких черт, как импульсивность и гнев. В то же время ряд эмпирических исследований доказывают, что они не являются основными¹. Как импульсивные, так и преднамеренные агрессоры демонстрируют схожие уровни импульсивности и гнева. Хотя вполне возможно, что этот результат выделяет эффект порога высокой импульсивности и гнева и удостоверяет, что в контроле импульсивной агрессии участвуют и другие факторы. В то же время применение для анализа нейропсихологических факторов дает возможность различать импульсивных и преднамеренных агрессоров (импульсивные агрессоры имеют более слабые вербальные навыки, меньший объем вербальной памяти, менее чувствительный уровень нейронного возбуждения к новым стимулам, а также меньшее количество запланированных агрессивных действий по сравнению с преднамеренными агрессорами). Указанное может служить диагностическим ориентиром для психологов ОВД на этапе предоставления первичной консультативной помощи. Значимый факт в различии подтипов агрессии комбатантов заключается в том, что психологические факторы являются важными посредниками в различии импульсивной и опосредованной агрессии личности в сфере регуляции эмоций.

В зарубежном психологическом сообществе распространенной стала концептуальная модель катализатора для понимания механизма возникновения импульсивной агрессии личности. Она учитывает индивидуальные различия комбатанта и воздействие окружающей среды. Поэтому ее положения согласуются с эволюционной теорией и признают адаптивную ценность агрессии человека. Модель катализатора предполагает наличие биологической предрасположенности индивида (преимущественно у мужчин через андрогенные стероидные гормоны), которая взаимодействует с особенностями

¹ См.: Караяни А. Г. Посттравматический рост у участников боевых действий: есть повод для оптимизма // Человеческий капитал. 2024. № 8 (188). С. 236–244; <https://doi.org/10.25629/НС.2024.08.25> ; Стрельникова Ю. Ю. Структура психологических последствий контртеррористической деятельности: дифференцированный подход к реабилитации // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2024. № 3 (103). С. 322–335; <https://doi.org/10.35750/2071-8284-2024-3-322-335>.

воспитания в семье и опытом насилия, обуславливая проявление агрессивного поведения в социальном окружении, влечет формирование агрессивной личностной диспозиции. Вроде того, как импульсивное поведение возникает при пограничном расстройстве личности, модель катализатора предполагает, что наследственные черты взаимодействуют с неблагоприятной семейной средой и приводят к агрессивному поведению. Модель объясняет, как биологические предпосылки, детство и боевой опыт могут играть роль в формировании и развитии импульсивной агрессии у комбатантов. Важный аспект модели катализатора предполагает, что она позволяет рассматривать агрессию с эволюционной позиции. Агрессивность является не только человеческой чертой, она присуща всему животному миру. В то же время люди развили эту черту и продолжают «владеть» ею, поскольку она имеет функциональное назначение, а именно — предоставляет возможность достигать чего-то в жизни, защищать собственные границы, стремиться к большему и т. д. Это не значит, что любая агрессия — это положительный аспект в поведении, однако агрессия может служить адаптивной цели, в том числе защиты себя и своей семьи, обуславливать желание быть уверенным в себе и отстаивать собственные интересы и ценности, в которые человек верит. Хотя эти действия преимущественно не считают агрессией. Их рассматривает общество как часть повседневной жизни.

По мнению зарубежных ученых, комбатанты становятся уязвимыми к проблемам психического здоровья из-за пяти факторов:

- 1) наличие похожих проблем в прошлом;
- 2) наличие боевых событий независимо от того, принимал ли в них участие ветеран или нет;
- 3) принадлежность к женскому полу;
- 4) возраст до 25 лет при первом участии в военном столкновении;
- 5) наличие минимального уровня образования¹.

Проведенный теоретический анализ позволяет утверждать, что боевой опыт является бесспорным фактором дальнейшей жизни комбатантов. На появление возможного агрессивного поведения участников боевых действий имеет влияние значительное количество факторов, имеющих первичную детерминацию. Ряд исследований в зарубежном и отечественном предметном поле психологической

¹ Maguen S., Metzler T. J., Litz B. T., Seal K. H., Knight S. J., Marmar C. R. The impact of killing in war on mental health symptoms and related functioning // Journal of Traumatic Stress. 2009. №. 22. P. 435–443; <https://doi.org/10.1002/jts.20451>.

науки рассматривали данные вопросы с разных позиций. В то же время большинство из них удостоверяют, что боевой опыт является весомым фактором личностных трансформаций комбатанта. Анализ теоретических и эмпирических исследований позволяют констатировать связь проявления агрессии комбатантов с рядом факторов, а именно наличием: чувства вины и стыда, внутриличностного конфликта вследствие моральной травмы, антисоциальных поведенческих проявлений респондентов в предыдущем опыте (до службы), привычки употребления алкогольных напитков, неадекватный уровень самооценки и т. д. Это предопределяет важность создания комплексной и научно обоснованной системы психологического сопровождения комбатантов.

В некоторых работах исследователей довольно основательно рассмотрено влияние волевой регуляции эмоций на агрессивное поведение комбатантов.

Во-первых, результаты указанных исследований дают основания утверждать, что комбатанты, которые недостаточно регулируют гнев и другие проявления эмоций, могут чаще вести себя агрессивно, пытаться исправить, прекратить или избежать дискомфортных эмоциональных состояний.

Во-вторых, чрезмерная регуляция эмоций комбатантами может привести к агрессивности поведения путем усиления негативного влияния и сдерживания, компромисса в процессах принятия решений, уменьшению объема привычного общения, повышению физиологического возбуждения, препятствующего решению сложных ситуаций.

В то же время в прикладном аспекте заслуживает внимания выделение трех действенных навыков, которые являются основой эффективного волевого регулирования эмоций комбатантами: эмоциональное осознание, эмоциональное принятие и мастерство использования комплекса разнообразных стратегий регулирования эмоций.

Из-за гнева, эмоционального онемения и социальной изоляции, часто связанных с ПТСР, ветераны могут дистанцироваться от семей. Комбатанты с ПТСР и их партнеры отмечают возникновение проблем в отношениях, в том числе интимных. У комбатантов с ПТСР и высоким уровнем физической агрессии близкие отношения часто близки к разрыву или разводу, по сравнению с лицами, не имеющими таких симптомов. Сложность симптомов ПТСР (избегание, потеря эмоциональной чувствительности) может существенно повредить отношениям комбатантов с детьми. Комбатанты-мужчины, утверждавшие, что опыт войны — их худший травматический опыт, чаще

разлучены или жестче обращаются с близкими, чем мужчины, считавшие травмы другой этимологии своим худшим травматическим опытом¹. ПТСР-симптоматика среди комбатантов повышает риск агрессии в отношении их родственных партнеров². Указанное обуславливает необходимость психологической поддержки супруги и членов семей комбатантов.

Оказание психологической помощи личности, находящейся в кризисной жизненной ситуации, должно основываться на глубоком понимании сущности тех процессов и явлений, происходящих в психике. Прежде всего это касается личности, индивидуальности, движущих сил и психологических механизмов ее развития. Социально-психологическая адаптация комбатанта к условиям мирного времени требует учета значительного количества детерминант. Выделение возможных путей и направлений психологической профилактики агрессивного поведения комбатантов в мирное время обусловлено указанными выше соображениями.

Психологическая подготовка военнослужащих и сотрудников полиции в большинстве стран охватывает два этапа: до ведения боевых действий и во время ведения боевых действий. Она предусматривает ряд мер как важной составляющей в снижении уровня и последствий травматизации. Например, в Великобритании важную роль играют командиры. Их задачей является обучение личного состава визуальной диагностике основных психологических проблем, а также умений (в виде ролевых игр, ситуативных задач и т. п.), оказывать экстренную помощь товарищам.

В армии США используют приложения для устройств *iOS* и *Android*. Действующими являются программы самопомощи «тренер по ПТСР», который помогает человеку получить необходимую информацию о его симптомах.

Семейный *PTSD Family Coach Coach Trainer* — это приложение для поддержки семьи комбатанта и тех людей, которые живут и работают рядом с ним. Управление гневом — это мобильное приложение *AIMS*, которое помогает справиться с ситуацией, с проблемами

¹ Колобова С. В. Факторы резильентности комбатантов. Аналитический обзор зарубежных исследований // Психология человека и общества. 2023. № 4 (55). С. 15–20.

² Misca G., Forgey M. A. The Role of PTSD in Bi-directional Intimate Partner Violence in Military and Veteran Populations: A Research Review // *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. P. 1394. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01394>.

гнева, отслеживать причины возникновения этой эмоции и найти инструменты для управления реакциями гнева.

Эффективной в психологической помощи комбатантам является программа *Project 2,0*. Ее содержание объединяет несколько направлений в помощи. Прежде всего это поддержка людей с ПТСР (присоединение их к групповым занятиям фитнесом с целью минимизации и преодоления последствий психотравмы)¹.

При рассмотрении вопросов профилактики агрессивного поведения комбатантов в условиях мирного времени встает необходимость понимания ее пролонгированного и системного характера. Мы уже акцентировали на значимости предварительной действенной психологической подготовки личности к выполнению действий в боевой обстановке. Примером последней может быть запущенная программа психологической подготовки *Battlemind*². Она была разработана с целью нормализации поведения комбатантов. Это приложение является одним из средств обучения военнослужащих практических навыков управления собственными психологическими реакциями во время службы. Программа направлена на развитие самоуверенности и психической устойчивости.

BATTLEMIND — аббревиатура составляющих тренинга военнослужащих: *Buddies* — боевая сплоченность, дружеские отношения; *Accountability* — ответственность; *Targeted Aggression* — сдерживание агрессивности; *Tactical Awareness* — тактическая осведомленность и нецелесообразность чрезвычайной настороженности; *Lethally Armed* — осознание нецелесообразности ожидания смертельной опасности дома; *Emotional Control* — контроль эмоций; *Mission Operational Security* — правила безопасности в военных операциях; индивидуальная устойчивость — личная ответственность; *Non-Defensive (combat) Driving* — сдерживание агрессивного стиля вождения; *Discipline and Ordering* — дисциплина и бесконфликтность³.

Обучение *Battlemind* предназначено для проведения в малых группах, в которых поощряют взаимодействие и обсуждение в течение 35–40 мин.

¹ О программе Project 2.0 // Project 2.0 Foundation : [сайт]. URL: <https://www.project2p0.org/our-mission> (дата обращения: 10.02.2025).

² Castro C. A., Hoge C. W., Cox A. L. Battlemind Training: Building Soldier Resiliency. In Human Dimensions in Military Operations – Military Leaders’ Strategies for Addressing Stress and Psychological Support. Meeting Proceedings RTO-MP-HFM-134. Paper 42. Neuilly-sur-Seine, France : RTO, 2006. С. 42-1–42-6. URL: <http://www.rto.nato.int/abstracts.asp>. (дата обращения: 10.02.2025).

³ Там же.

Целью обучения является развитие психологической устойчивости, которая способствует развитию воли и духа, а также ослабляя реакции и симптомы боевого стресса. Этот подход обусловил разработку серии учебных модулей, которые имеют название «обучение разуму битвы». Для обучения перед началом боевых действий разработан учебный модуль «психологическая готовность к боевым действиям». Эти учебные модули предусмотрены для работы с четырьмя целевыми аудиториями: командирами, военнослужащими, членами семьи, специалистами-психологами.

На основании зарубежного опыта можно утверждать, что есть несколько уровней, учитывая которые, можно реализовать снижение агрессии, в частности универсальные меры профилактики (направленные на широкий круг населения), целенаправленную профилактику для групп риска (в отношении лиц, которые еще не проявляли насилия) и адресную профилактику (направленную на лиц, которые уже совершили агрессию). Примером универсальной профилактики является усиление ситуационного сдерживания, например, соответствующее уличное освещение или камеры наблюдения. Второй уровень профилактики предполагает направленность на лиц, являющихся потенциальными субъектами агрессивного поведения. Министерство обороны и министерство по делам ветеранов США разработали меры против насилия, которые выходят за пределы традиционного контроля гнева. Была создана рабочая группа для разработки национальной программы предотвращения насилия комбатантов. Одним из действий рабочей группы является внедрение программ пилотного скрининга и психологической интервенции комбатантов, совершающих насилие («сила дома», «первичная помощь близким»). Важным направлением является использование техник регуляции эмоций для снижения уровня агрессии. Признание нарушения регуляции эмоций как посредника или механизма, являющегося основой взаимосвязи между опытом боевых действий, ПТСР и импульсивной агрессией, предоставляет возможность решить проблему импульсивной агрессии путем развития навыков регуляции эмоций. Ограничение нарушения регуляции эмоций может снизить выраженность стрессоров окружающей среды (катализаторов) или может помочь комбатанту регулировать поведение¹.

¹ Miles S. R., Sharp C., Tharp A. T., Stanford M. S., Stanley M., Thompson K. E., Kent T. A. Emotion dysregulation as an underlying mechanism of impulsive aggression: Reviewing empirical data to inform treatments for veterans who perpetrate violence // *Aggression and Violent Behavior*. 2017. № 34. P. 147–153; <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.017>.

Эффективность психопрофилактической работы по агрессивному поведению комбатанта обусловлена пониманием специалистом-психологом сущности мыслей и переживаний, актуальных для комбатанта. В осуществлении профилактики агрессивного поведения комбатантов первоочередным для психолога встает вопрос основных методологических основ проведения указанной работы независимо от выбранной теоретической парадигмы и прикладного инструментария. В зарубежной парадигме существуют два основных подхода к осуществлению превенции агрессивного поведения: ориентированность на результат (наличие или отсутствие агрессии в поведении комбатанта); ориентированность на ощущение субъективного благополучия, повышение качества социальной жизни (удовлетворенность взаимоотношениями в семье, выстраивание конструктивных взаимоотношений в профессиональной сфере). Для достижения эффективной интеграции комбатанта в мирные условия жизнедеятельности важно сочетать инструментальные средства психологической интервенции двух указанных подходов.

Динамика восстановления комбатанта не является линейным процессом. Его следует рассматривать как серию взаимосвязанных шагов, которые комбатант преодолевает в собственном темпе, с определенными сложностями в зависимости от интенсивности и воздействия боевой травмы, личных и межличностных ресурсов. В процессе преодоления проблемы агрессивного поведения комбатанта можно выделить шесть этапов, а именно¹:

1. Шаг застоя, отличающийся чувством глубокого отчаяния, которое приводит к отстранению личности.

2. Шаг осознания, соответствующий возникновению ощущения борьбы с фатальностью. Он отражает восстановление контроля за личным чувством действия и возникновение возможной проекции в будущее.

3. Шаг анализа, на котором комбатант анализирует собственные преимущества и недостатки на пути к достижению цели.

4. Шаг восстановления, который означает активную работу по определению задач и возрождение измененного самоопределения, чтобы восстановить позитивный образ себя. Происходит поддержание

¹ Orth U., Wieland E. Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: a meta-analysis // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006. Vol. 74. Is. 4. P. 698–706; <https://doi.org/2006-09621-007>.

активного принятия собственной агрессивности, что позволяет комбатанту восстановить связь с собственной личностью.

5. Шаг подготовки, на котором комбатант оценивает способы реализации личных и межличностных рычагов, которые следует решить на этапе развития.

6. Шаг развития демонстрирует кульминацию механизмов устойчивости и регуляции личности комбатанта.

Профессиональное вмешательство, независимо от выбранной теоретической схемы и практического инструментария, должно достигать совокупности определенных задач в профилактике агрессивного поведения комбатантов, а именно:

- ограничить случаи проявления агрессивного поведения у комбатантов и укрепить социальные связи, поддержку семьи и сообщества;
- снизить уровень дискриминации и стигматизации;
- улучшить социальные навыки; также поощрять способность действовать, одновременно улучшая самоопределение и самовосприятие.

Комплексное достижение задач обеспечит сочетание ориентированности на результат и ощущение субъективного благополучия, повышение качества социальной жизни. То есть реализуют две основных миссии: обеспечивают благосостояние и функциональность комбатанта в разнообразных сферах жизнедеятельности. Психологическая помощь может способствовать предотвращению агрессии, в т. ч. насилия. Например, импульсивно насильственные люди в основном лучше реагируют на программы обучения контролю гнева, чем склонные к преднамеренной агрессии. С другой стороны, последние получают больше пользы в процессе вмешательства посредством когнитивной реструктуризации.

Таким образом, анализ зарубежного опыта дает основания утверждать, что есть несколько уровней, учитывая которые можно реализовать снижение агрессии, среди них — универсальные меры профилактики (направленные на большие группы), целенаправленная профилактика для групп риска (в отношении лиц, еще не совершивших насилия) и адресная профилактика (направленная на лиц, которые уже совершили агрессию). Реализация психопрофилактической работы с комбатантами должна основываться на актуальных для нашей страны реалиях оказания психологической помощи, а именно: подавляющим большинством получателей услуг являются

мужчины, которые проходят медико-психологическую реабилитацию; наиболее распространенные жалобы — высокий уровень раздражительности и вспышки агрессии, подавленное (депрессивное) состояние, апатия, плохой сон, флешбэки; ряд проблем в когнитивной сфере; отношение участников боевых действий к психологам и психологической работе колеблется в диапазоне от полного негативизма и скепсиса до безоговорочной готовности получить помощь.

1.5. Понятие психологического кризиса, роль ресурсов личности в преодолении кризисных ситуаций

Последствия профессиональных и личных психических травм сотрудников ОВД могут усугубиться на фоне психологического кризиса.

Психологический кризис (от греч. *crisis* — решение, поворотный пункт, исход) — состояние, при котором невозможно дальнейшее функционирование личности в рамках прежней модели поведения. Кризис — это не патология, а норма человеческого развития. Кризис, нарушая привычный ход жизни и затрагивая фундаментальные потребности и ценности, требует от человека переосмысления жизненных целей, отношений с окружающими, образа жизни и др. Поэтому успешное преодоление кризиса способствует личностному росту человека, его большей зрелости¹.

В качестве синонима термина «психологический кризис» иногда используется понятие «трудная жизненная ситуация», которое имеет скорее социальное, чем психологическое смысловое значение.

Трудная жизненная ситуация — это обстоятельства, объективно нарушающие или ухудшающие условия жизнедеятельности гражданина, которые дают ему право на признание его нуждающимся в социальном обслуживании. В статье 15 Федерального закона № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» изложен подробный перечень трудных жизненных ситуаций:

¹ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ соч.

1) «полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;

2) наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;

3) наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;

4) отсутствие возможности обеспечения ухода (в т. ч. временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;

5) наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье;

6) отсутствие определенного места жительства, в т. ч. у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

7) отсутствие работы и средств к существованию;

8) наличие иных обстоятельств, которые нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации признаны ухудшающими или способными ухудшить условия жизнедеятельности граждан»¹.

Трудные жизненные ситуации могут сопровождаться психологическим кризисом и психической травматизацией человека, нуждающегося в психологической помощи и социальной поддержке.

В современной психологической науке существуют различные типологии кризисов, среди которых выделяют нормативные и ненормативные кризисы.

Нормативные кризисы сопровождают человека на протяжении всей жизни — это кризисы развития, которые есть суть переходного периода от одного этапа развития к другому, от одной стадии развития к другой. К нормативным кризисам относятся:

1) возрастные — обусловлены переходом на следующий возрастной этап;

¹ Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 26.12.2024) // СЗ РФ. 2013. № 52 (ч. I). Ст. 7007.

2) профессиональные — связаны с этапами профессионального развития;

3) творческие — определяются творческой деятельностью;

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

5) духовные (кризисы отношений, состояний, морально-этические) — обусловлены личностным и духовным ростом¹.

Профессиональное становление сотрудников ОВД также может происходить с развитием следующих нормативных кризисов: профессиональной адаптации (18–25 лет); профессионального роста (25–30 лет); развития карьеры (30–33 года); социально-профессиональной самоактуализации (38–45 лет); угасания профессиональной деятельности (55–65 лет).

Факторами риска развития профессиональных кризисов у сотрудников ОВД могут являться, например, личная неудовлетворенность социальным статусом; замещение должности с высоким уровнем ответственности; плохой морально-психологический климат в коллективе; ухудшение здоровья; трудоголизм; синдром «эмоционального выгорания»; профессиональная деформация и др. Кризис актуализирует мысли о недостаточной профессиональной компетентности и ощущение беспомощности, «ненужности», «профессиональной некомпетентности». При этом проблемы не всегда осознаются, но проявляются в психологическом дискомфорте, раздражительности, недовольстве организацией, оплатой труда, руководителем.

Человек, переживающий кризис, не может оставаться прежним: возникает острая необходимость преодолеть ригидные установки, отказаться от привычных форм поведения, переосмыслить, переработать и принять новый жизненный опыт.

Другим типом кризиса являются *ненормативные кризисы*, которые возникают под воздействием кризисной ситуации, выходящей за рамки обычного опыта, к ней нет готовых адаптивных стереотипов поведения, поэтому она вызывает потрясение человека и изменение его привычной картины мира. К ненормативным кризисам относятся экстремальные ситуации и ситуации утраты близкого. Переживая кризисное состояние, человек чувствует тревогу различной интенсивности, может переживать стыд, тоску, ярость, вину,

¹ Психология кризисных и экстремальных ситуаций...

психологическую пустоту, ощущает собственную беспомощность, безнадежность, одиночество. Человек пессимистично оценивает собственную личность, окружающую среду и будущее, испытывает затруднения в планировании, может возникнуть полная дезорганизация личности. Если переживания достигают максимума психической устойчивости, возможны суицидальные действия¹.

В реакции на кризисную ситуацию выделяют четыре тесно взаимосвязанных между собой компонента:

1. *Эмоциональный* — включающий высокую интенсивность негативных переживаний (страх, злоба, обида, вина, беспомощность и др.), превосходящих по интенсивности эмоции повседневной жизни, а также амбивалентность чувств (например, боль утраты и облегчение в случае смерти больного родственника). Вследствие этого человек может ощущать неприятие своих эмоций, чувствовать себя «ненормальным», стремиться «держать себя в руках», что еще более усугубляет его кризисное состояние. Триада «беспомощность, безнадежность, безвыходность» рассматривается как показатель посттравматического стресса.

2. *Когнитивный* — проявляющийся в неспособности человека рационально мыслить и самостоятельно найти выход из создавшейся ситуации («я не знаю, что мне делать») вследствие «сужения поля зрения», одностороннего взгляда на обстоятельства и невыносимых чувств, так как все, что с ним происходит не вписывается в его Я-концепцию и «картину мира». Окружающий мир воспринимается как опасный, «вторгающийся в мою жизнь» или «отторгающий меня», происходит разделение людей на «своих и чужих». Образ себя воспринимается как «бессильный», «уязвимый», «брошенный», «беззащитный», не способный преодолеть трудности и изменить свою жизнь к лучшему.

3. *Мотивационный* — выражающийся в «потере себя», своей идентичности, смысложизненных ориентиров, крахе надежд, глубокой апатии («мне ничего уже не надо», «я ничего не хочу»), утрате перспектив профессионального развития.

4. *Поведенческий* компонент включает отказ от каких-либо действий, усилий по изменению ситуации, уход от собственной ответственности за преодоление неблагоприятных обстоятельств, дезинтеграция профессиональной деятельности. Наблюдается разрыв

¹ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч.

во «временной структуре» личности, проявляющийся в нарушении единства прошлого, настоящего и будущего (ностальгия по прошлому в сочетании со страхом будущего и возрастной регрессией, нереалистичная вера в «чудесное избавление», прагматизм, жизнь одним днем).

Ненормативные профессиональные кризисы сотрудников ОВД — это неожиданные кризисные ситуации, критически влияющие на профессиональную деятельность и развитие (травма, вынужденная перемена места жительства, невозможность работать по своей профессии, перемещение по службе на нижестоящую должность, сокращение, увольнение и т. д.).

Кризисные состояния отличаются по длительности и интенсивности, но в их динамике можно выделить следующие стадии:

- «психического шока»: период дезорганизации психической деятельности, эмоционального дисбаланса;
- «демобилизации»: отказ от деятельности, кроме жизненно важных сфер;
- «пессимизма»: период мрачно-окрашенного мироощущения;
- «адаптации»: принятие создавшейся ситуации, ее рационализация и включение во внутриличностную картину мира;
- «восстановления»: период нормализации психической деятельности, восстановление эмоционального баланса¹.

Разрешение кризиса может протекать по трем направлениям: конструктивному, профессионально-нейтральному и деструктивному.

Конструктивный (позитивный) выход из кризисного состояния возникает тогда, когда человек использует кризис как возможность развития и личностного роста. Пройдя болезненный этап изменений, человек приобретает новые качества и способности, открывает и принимает более сложный, противоречивый Я-образ. Его представления о себе и мире становятся более адекватными и дифференцированными. Он отказывается от стандартных вариантов решения проблем, не избегает трудностей ради комфорта и безопасности. Человек становится более зрелым, независимым и ответственным.

Профессионально-нейтральный вариант выхода из кризиса не приводит к каким-либо изменениям, не отражается на личностном и профессиональном росте, выражается в стагнации («как-нибудь дотяну до пенсии») и принятии ситуации как неизбежной.

¹ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч.

Деструктивный (негативный) тип разрешения кризиса выражается в переходе к адаптивности за счет регресса. В этом случае человек теряет возможность личностного роста. Это проявляется в отказе от ответственности, пассивности, минимизации затрат, личностной изоляции, формировании зависимости от других людей. Типично стремление действовать «как все», шаблонно (а значит, безопасно), опираться на указания руководства и мнение окружающих.

Психологические детерминанты *профессиональных деструкций*:

- 1) неудачные мотивы выбора профессии;
- 2) нереалистичные ожидания в начале карьеры;
- 3) стереотипы (шаблоны) профессионального поведения;
- 4) выраженные психологические защитные механизмы;
- 5) синдром «эмоционального выгорания»;
- 6) снижение уровня профессионального развития, активности, творчества, стремления к личностному росту;
- 7) индивидуальный «потолок» развития работника, обусловленный уровнем его образования, интеллекта, интереса к работе, ограничением карьерного роста;
- 8) акцентуации характера, неврозы;
- 9) возрастные изменения (социально-психологическое и профессиональное старение).

Профессиональные деформации — это частный случай профессиональных деструкций, которые нарушают целостность личности, снижают ее адаптивность, устойчивость, отрицательно сказываются на продуктивности деятельности. Практически любая профессиональная деятельность при многолетнем, регулярном выполнении деформирует личность. Какие-то качества человека остаются не востребуемыми, развиваются *профессиональные акцентуации* — чрезмерно выраженные качества, отрицательно сказывающиеся на деятельности и поведении специалиста.

Уровни профессиональных деструкций:

«1. *Общепрофессиональные деструкции*, типичные для данной профессии и обусловленные ее спецификой. Например, отсутствие сострадания, у начальников — синдром «вседозволенности» (нарушение профессиональных и этических норм, манипуляция подчиненными).

2. *Специальные профессиональные деструкции*, возникающие в процессе специализации. Например, у следователя — правовая подозрительность; у оперативника — агрессивность; у адвоката — профессиональная изворотливость; у прокурора — обвинительность.

3. Профессионально-типологические деструкции, обусловленные сочетанием особенностей личности со структурой профессиональной деятельности:

– деформация профессиональной направленности личности (искажение мотивов, ценностных ориентаций, пессимизм, цинизм);

– деформации, обусловленные чертами характера (властолюбие, доминантность, комплекс превосходства, завышенные притязания, нарциссизм, черствость, трудовой фанатизм, педантичность и др.)»¹.

Преодолению кризисных состояний различной этиологии способствуют психологические ресурсы. По мнению Н. Е. Водопьяновой, «ресурсы психологического преодоления — это актуализированные потенциальные возможности человека, представленные в виде инструментов психической саморегуляции, направленных на совладание со стрессорами прошлых, настоящих или будущих жизненных ситуаций. Основными атрибутами ресурсов преодоления являются осмысленность, осознанность, мотивированность, значимость и целенаправленность их использования, а также осознанного накопления для совладания с прогнозируемыми в будущем стрессовыми ситуациями»².

В контексте ресурсной концепции личностные и социальные переменные рассматриваются как ресурсы психологического преодоления кризисных ситуаций. Согласно модели «консервации» (накопления) ресурсов С. Е. Хобфолла, «люди стремятся приобрести, сохранить, защитить и восстановить то, что ценно для них, при этом стресс возникает как в ситуациях фактической или угрожаемой потери ресурсов, так и в ситуации невозможности возмещения истраченных ресурсов» (таблица 7)³. С. Е. Хобфолл считает, что ресурсы (психические, энергетические, вегето-соматические характеристики и др.) необходимы для выживания и способствуют психологической устойчивости человека в стрессовых ситуациях⁴.

¹ Психология кризисных и экстремальных ситуаций...

² Водопьянова Н. Е. Противостояние синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 12. 2009. Вып. 1, ч. 1. С. 75–86.

³ Стрельникова Ю. Ю., Бобрищев А. А. Факторы риска и ресурсы выживания в чрезвычайных ситуациях // Вестник Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России. 2015. № 2. С. 180–188.

⁴ Hobfoll St. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress // American Psychologist. 1989. Vol. 44 (3). P. 513–524.

Классификация ресурсов (по С.Е. Хобфоллу)¹

Признак	Классификация	Проявления	Примечания
«Я-концепция» индивида	Внутренние ресурсы	Самоуважение, ценностные ориентации, оптимизм, креативность, профессиональные навыки, опыт преодоления кризисных и психотравмирующих ситуаций в прошлом	Внутренние ресурсы более доступны, чем внешние (во времени и социальном пространстве).
	Внешние ресурсы	Социальная (в т. ч. семейная) поддержка, работа, профессиональный и экономический статус, личные связи и др.	Мобилизация внешних ресурсов требует усилий и временных затрат, приспособления к обстоятельствам, затрудняющим их использование
Структурная классификация	Объектные ресурсы	Характеризуются своим физическим объективным присутствием (дом, автомобиль, самолет, драгоценности).	Необходимы как для поддержания статуса, самооценки, так и для выживания, требуют огромных усилий для их достижения
	Личностные ресурсы	Включают навыки (профессиональные, социальные, лидерские и др.), личностные качества (самооценка, интеллект, способность аналитически мыслить, креативность,	Обусловлены уровнем образования, воспитания и ролевой адаптации, биологическими особенностями темперамента, способствующими развитию отдельных личностных черт

¹ Стрельникова Ю. Ю., Бобрищев А. А. Указ. соч. С. 182.

Продолжение таблицы 7

Признак	Классификация	Проявления	Примечания
		активность, продуктивность, эмоционально-волевые качества, жизнестойкость и др.)	(общительности, активности и др.). Воля к жизни мотивирует на самосохранение в любых условиях
	Ресурсы состояний или условий	Одни из них имеют биологическую основу (здоровье), другие — «зарабатываются» (брак, семья, стаж), зависят от наследования (первенство рождения) или социального ранга (высокая должность, престижная работа)	Такие ресурсы долго приобретаются и требуют больших затрат, при этом их можно быстро потерять (болезнь, увольнение, измена в браке, и т. п.). Они являются основой для приобретения других ресурсов, их можно обменять на ресурсы первых двух категорий
	Энергетические ресурсы	Включают деньги, знания и навыки	Они могут быть инвестированы в приобретение других ресурсов или защиту от их потери
По значению для выживания	Первичные	Непосредственно помогают выживанию (еда, вода, медикаменты, одежда, оружие и др.)	Первичные и вторичные ресурсы важны для выживания при любом типе чрезвычайных ситуаций. При природных катастрофах третичные ресурсы теряют свое значение
	Вторичные	Содействуют первичным ресурсам (принадлежность к группе, социальная поддержка, деньги, особенности и свойства личности)	

Окончание таблицы 7

Признак	Классификация	Проявления	Примечания
	Третичные	Социальный и экономический статус, титулы, роскошные дома, автомобили, одежда, способствующие доминированию в социуме	

К. С. Вызулина определила, что ресурсы востребованной личности в молодом возрасте обуславливают «достижение высокого уровня социальной адаптации и включают: развитый личностный адаптационный потенциал, высокую осмысленность жизни, преобладание внутренней мотивации, потребность в росте и развитии как личности, в востребованности и интересной работе, четком структурировании рабочей деятельности, формировании навыков решения сложных профессиональных задач; наличие ценностей счастливой семьи, здорового образа жизни, хороших друзей, а также личностные качества (уверенность в себе, сообразительность, эмоциональная стабильность, подчиненность, жесткость, конформность)»¹. Автор также отмечает, что «истощение ресурсов отмечается в периоды зрелости кадрового военнослужащего и маркируется ослабленным личностным адаптационным потенциалом, неудовлетворенностью профессиональной реализации, переживанием профессиональной невостребованности, негативным отношением к себе как профессионалу и результатам своей профессиональной деятельности, ригидностью мышления, эмоциональной неустойчивостью, уступчивостью, чувствительностью, подозрительностью, прямолинейностью, тревожностью, нонконформизмом, перфекционизмом в форме высокого самоконтроля поведения»².

Одна из задач психологической помощи в период кризиса заключается в актуализации ресурсов клиента (объективных и субъективных, осознание того, что часть ресурсов не используется человеком, а часть — являются опосредованными, открывающими доступ к другим ресурсам).

¹ Вызулина К. С. Личностно-психологические ресурсы социальной адаптации кадровых военнослужащих на разных этапах жизненного пути : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Краснодар : Кубанский гос. университет, 2017. С. 8.

² Там же. С. 9–10.

Задачами кризисных реабилитационных мероприятий являются: работа с разрушительными чувствами; переоценка жизненных ценностей, расстановка приоритетов; принятие и укрепление своего «Я-образа»; обретение жизненных смыслов; освоение новых ролей и моделей поведения.

Развитие нового жизненного качества личности — *адаптивности* (способности самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими) в кризисных жизненных ситуациях возможно при условии соблюдения в процессе психологической реабилитации, ее процессуальности, пролонгированности и не директивности.

По мнению Л. В. Куликова, позитивный выход из кризисной ситуации обусловлен возможностями адаптационного потенциала личности: «если экстремальные воздействия не превышают пределов психологической устойчивости, то их преодоление увеличивает адаптационные ресурсы, расширяет спектр адаптационных стратегий, обогащает опыт преодоления трудностей»¹.

Принято думать, что прошлый травматический опыт — это источник проблем последующей жизни, однако такой взгляд не является единственно верным. Противоположное представление заключается в том, что прошлое — это не только источник страдания, но также и ресурс (ценный обучающий опыт), который может помочь человеку в достижении его целей, поддержании стойкой жизненной позиции и способности к преодолению кризисных, экстремальных и психотравмирующих ситуаций.

Таким образом, понимание роли ресурсов личности, а также внешних и внутренних факторов риска в развитии состояний дезадаптации в случае кризисного и посттравматического состояния, лежит в основе комплексного подхода к разработке программ психологической помощи сотрудникам органов внутренних дел для коррекции и реабилитации последствий служебной деятельности в особых условиях.

¹ Куликов Л. В. Здоровье и субъективное благополучие личности // Психология здоровья : учебное пособие / под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург : Издательство Санкт-Петербургского государственного университета, 2000. С. 405–442.

ГЛАВА 2

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

Сохранение здоровья и работоспособности специалистов правоохранительной системы обеспечивается деятельностью психологов по коррекции нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний¹.

По мнению Ю. А. Александровского, «система психической адаптации является сложной динамической функциональной системой биопсихосоциального приспособления личности к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды»². В целостной системе психической адаптации он выделяет *подсистему психологической адаптации*, включающую в себя перцептивно-когнитивную, эмоционально-аффективную и мотивационно-поведенческую сферы. Современные исследования в структуре психологической адаптации выделяют еще копинг-поведение (стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения), механизмы психологической защиты, «внутреннюю картину болезни» (в случае заболевания), а также личностные особенности индивида.

Результатом процесса адаптации является адаптированность. Ф. Б. Березин рассматривает *адаптированность* как «уровень психической деятельности, определяющий адекватное заданным условиям среды поведение человека, его эффективное взаимодействие со средой и успешную деятельность без значительного нервно-

¹ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409200024> (дата обращения: 12.03.2025).

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

психического напряжения»¹. В качестве критериев адаптированности автор выделяет внутреннюю психическую комфортность человека, которая определяется балансом положительных и отрицательных эмоций, и степень удовлетворения его потребностных состояний.

Состоянием, противоположным устойчивой психической адаптации, является состояние *дезадаптации*, выражающееся в неадекватном реагировании и поведении личности. Деадаптация может возникать в двух случаях. Во-первых, в ситуациях функционирования психики на пределе ее регуляторных и компенсаторных возможностей или же в запредельном режиме. В этом случае деадаптация, являясь достаточно устойчивым сложным психическим состоянием, может с высокой вероятностью привести к психосоматическим, невротическим или поведенческим расстройствам. Во-вторых, деадаптация является обязательным составным компонентом адаптационного процесса при возникновении новых, непривычных, изменившихся условий среды. В этом случае деадаптация является кратковременным ситуативным состоянием. Это состояние может характеризоваться нарушением баланса между личностью и средой, который порождает адаптивную активность личности (временная деадаптация), или может проявляться в желании личности адаптироваться при отсутствии у нее механизмов адаптации (устойчивая ситуативная деадаптация)².

Выделяют объективные и субъективные признаки деадаптации. «Среди объективных признаков выделяют изменение поведения человека в социальной сфере, несоответствие поведения человека своим социальным функциям, патологическую трансформацию поведения. К субъективным признакам относятся: эмоциональные состояния угнетения или подъема, при которых нарушается динамика эмоций; клинически выраженные психопатологические симптомы и синдромы; состояние психологического тупика, возникающее в результате нахождения личности в длительном конфликте (внешнем или внутреннем)»³.

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

² Стрельникова Ю. Ю., Баринова М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 110.

³ Баринова М. Г., Пряхина М. В. Методы психологической коррекции сотрудников правоохранительных органов // Педагогика и психология в деятельности сотрудников правоохранительных органов: интеграция теории и практики : материалы международной научно-практической конференции, г. Санкт-Петербург, 27 октября 2023 г. Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский университет МВД России, 2023. С. 26–31.

Чрезмерные психические нагрузки, угрозы, опасности, непредвиденные обстоятельства, чрезвычайные происшествия наполняют профессиональную деятельность сотрудников органов внутренних дел, вызывая у них различные состояния нервно-психической дезадаптации.

Н. А. Антонова обследовала 9 305 сотрудников органов внутренних дел при ГУВД по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области на предмет оценки их актуального состояния и уровня нервно-психической адаптации. По данным исследования общее распределение сотрудников по уровню нервно-психической адаптации оказалось следующим: 15,9 % респондентов находились в границах идеальной нормы, более чем у трети респондентов (38,8 %) была отмечена оптимальная адаптация, у 26,9 % — непатологическая психическая дезадаптация, у 8,8 % — патологическая психическая адаптация, а вероятно болезненное состояние было зафиксировано у 9,7 % респондентов. Значимых различий по уровню нервно-психической адаптации между теми, кто участвовал и кто не участвовал в боевых действиях, обнаружено не было¹. Все это указывает на высокий уровень стрессовых воздействий, которым подвергаются сотрудники в ходе своей повседневной жизнедеятельности.

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

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

Состояние страха имеет разные проявления: от боязни, испуга до ужаса, который полностью может дезорганизовать деятельность

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

сотрудника. Становясь устойчивым состоянием, страх нарушает работу психических познавательных процессов. Сужается объем внимания, памяти, уровень и острота восприятия, мышление становится ригидным, сознание концентрируется на воспоминаниях о ситуации, вызывающей страх. Могут появиться и такие физиологические изменения как: частые головокружения, тошнота, рвота, частое мочеиспускание, потеря сознания. Все это в итоге приводит к нарушению саморегуляции, в результате чего снижается надежность и эффективность служебной деятельности специалистов правоохранительной системы¹.

В новой, неожиданной, неопределенной ситуации возникает *стрессовое состояние*, на первой и второй стадии которого организм мобилизует и поддерживает ресурсы, чтобы адаптироваться к ситуации. Если в силу различных причин адаптация не происходит, возникает дистресс, в ходе которого ресурсы организма истощаются, что приводит к развитию нервно-психических или психосоматических расстройств. Стресс отягощается эмоциональными переживаниями гнева, страха, горя, тревоги, подавленности и т. д. В состоянии стресса у сотрудников снижается способность адекватно оценивать ситуацию, принимать правильное решение, оптимально устанавливать межличностное взаимодействие, что отражается на результативности служебной деятельности. Интенсивность стрессовой реакции зависит от ряда факторов: силы и длительности стрессора, силы нервной системы, прошлого опыта, уровня толерантности сотрудника к стрессу, используемых стратегий копинг-поведения².

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

¹ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 112.

² Пряхина М. В., Кобозев И. Ю. Профессиональный стресс руководителей органов внутренних дел и его психопрофилактика : монография. Санкт-Петербург : Политехника-Сервис, 2011. С. 114.

увечий) и агрессия (нередко направляется на совершенно посторонние объекты, так называемая «реакция замещения»). Такой закономерностью нередко объясняют агрессивное поведение сотрудников органов внутренних дел, непонятное для окружающих своей неадекватностью, немотивированностью, а порой и жестокостью.

Техники когнитивно-поведенческой терапии, направленные на преодоление состояния стресса, тревоги и страха приведены в приложении 1.

Длительное состояние эмоциональной напряженности у сотрудников органов внутренних дел может привести к *аффекту* как реакции на накопление переживаний по механизму «последней капли». В таком состоянии нарушается ясность сознания, волевая регуляция действий, человека полностью захватывает чувство, что вызывает импульсивные действия. В состоянии аффекта резко изменяется привычное поведение, установки и жизненные позиции деформируются. Все это приводит к служебным и семейным конфликтам, нарушению дисциплины и законности сотрудниками органов внутренних дел¹.

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

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

Другой формой эмоционального расстройства может быть *эмоциональная лабильность* или *ригидность*. Эмоциональная лабильность связана с быстрой и частой сменой настроения. Эмоциональная

¹ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 113.

ригидность, наоборот, связана с замедлением эмоциональных реакций, сотрудник застревает на какой-то одной эмоции даже в отсутствии вызвавшего ее раздражителя.

Одним из часто встречающихся дезадаптивных состояний сотрудников органов внутренних дел является *переутомление* — тоническое состояние, проявляющееся в непреодолимом чувстве усталости и слабости. Длительные периоды переутомления могут быть признаком *синдрома хронической усталости*. В этом состоянии снижаются функции внимания, памяти, мышления, появляются необъяснимая мышечная боль, боль в суставах, сильные головные боли, проблемы со сном, чувство изнеможения.

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

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

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

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

выбирается такое, когда сотрудники относительно свободны от выполнения оперативно-служебных задач.

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

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

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

На третьем заключительном этапе закладываются установки мобилизующего характера. Постепенно включается освещение, могут демонстрироваться видеоизображения активизирующего характера. Сотрудники изменяют позу в креслах, постепенно переходят в положение стоя, делают несколько мобилизующих дыхательных движений. Одновременно с этим, психолог применяет словесные формулы на повышение общего тонуса, активизацию психических процессов².

В кабинете психологической регуляции для коррекции состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления используется *специальное психологическое оборудование*, которое включает: аппарат аэроионопрофилактики, цветодинамическое проекционное устройство,

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

² Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 115.

устройство биологической обратной связи, аппарат аудиовизуальной стимуляции, аппарат психоэмоциональной коррекции.

Аппарат аэроионопрофилактики обогащает воздух в помещениях легкими отрицательными аэроионами, благодаря чему воздух становится целебным. Аппарат нормализует обменные процессы, повышает умственную и физическую работоспособность, нейтрализует влияние электронной техники.

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

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

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

Аппарат аудиовизуальной стимуляции путем воздействия синхронизированными между собой световыми и звуковыми импульсными сигналами стимулирует определенные волны в мозге, вызывая то или иное психофизиологическое состояние человека. Основные частоты мозговых ритмов соответствуют определенным типам активности: гамма-волны — перевозбуждение (более 35 Гц); бета-волны — состояние бодрствования (13–35 Гц); альфа-волны — первичное расслабление (8–12 Гц); тета-волны — глубокая релаксация

или медитация (4–8 Гц); дельта-волны — глубокий сон (менее 4 Гц). Прибор стимулирует аналогичные волны в мозге, вызывая состояния от энергетической подзарядки до медитации или сна. Аппарат используется для снижения стрессовых влияний, быстрой релаксации, снятия усталости, улучшения памяти, нормализации сна, улучшения интеллектуальных функций и др.

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

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

¹ См.: Декер-Фойгт Г. Г. Введение в музыкотерапию. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 208 с.

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

добавлении в средства гигиены и косметики. Бесконтактные способы осуществляются с помощью специальных приборов для аэрозольного распыления, аромаламп, ингаляций»¹.

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

Методы *арт-терапии (терапии творчеством)* находят свое применение в гармонизации психического состояния сотрудников органов внутренних дел. Британский врач и художник Адриан Хилл работал с туберкулезными больными и заметил, что занятия рисованием помогают им бороться с болезнью. «Он и ввел впервые этот метод в арсенал психотерапии. В дальнейшем появились и другие виды творчества — пение, танцы, актерская игра, лепка, фото, литература и др. В ходе *кино-видеотерапии* как разновидности арт-терапии помимо традиционного просмотра и обсуждения фильма осуществляется еще видеосъемка участников и дальнейший анализ, проработка полученных видеоматериалов»².

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

В практике работы психологов правоохранительной системы хорошо зарекомендовали себя методы *телесно-ориентированной терапии*. «Пионером» этого направления является В. Райх³, который

¹ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 117.

² Барина М. Г., Пряхина М. В. Методы психологической коррекции... С. 26–31.

³ Райх В. Анализ характера / пер. с англ. Е. Поле. Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. 528 с.

считал, что обеспечивающая нашу психическую жизнь оргонная энергия блокируется в мышцах тела социальным запретом на проявление гнева, страха, сексуального возбуждения. Эти мышечные блоки формируют телесный панцирь человека, являющийся эквивалентом его характера, психической жизни, ограничений и комплексов. Поэтому в качестве основного принципа телесно-ориентированной психотерапии В. Райх постулировал работу не с психическими проблемами, а с определенными зонами в теле, являющимися материальным субстратом этих проблем.

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

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

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

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

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

⁴ Алиев Х. М. Метод ключ. Разблокируй свои возможности. Реализуй себя! Санкт-Петербург : Питер, 2009. 94 с.

Дыхательные, мышечные и звукодвигательные упражнения, направленные на регуляцию эмоциональных состояний, а также техника проведения методики «Ключ» Х. М. Алиева приведены в приложении 2.

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

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

Научное исследование по изучению влияния холистического массажа на психофизиологическое состояние сотрудников органов внутренних дел проводилось в 2011 году на базе ОМВД по Приозерскому району Ленинградской области. Исследование осуществлялось с использованием психологических, психофизиологических методов

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

² Браунинг Т. Сила мягкости. Холистический массаж. Санкт-Петербург : Принт, 2024. 480 с.

и путем регистрации электроэнцефалографических показателей. Полученные данные свидетельствуют о том, что метод при курсовом использовании оказывает нормализующее воздействие на баланс процессов возбуждения/торможения, улучшает процессы дифференцировочного торможения, способствует снижению времени простой сенсомоторной реакции, повышает подвижность нервных процессов, способствует увеличению времени релаксации мышц в структуре циклического двигательного акта. «Также результаты курсового использования метода свидетельствуют об улучшении переключения внимания, увеличении объема кратковременного зрительного восприятия, нормализации воспроизводимого временного интервала, что свидетельствует о снижении уровня тревожности и уровня психоэмоционального напряжения»¹. Анализ динамики электрической активности головного мозга при проведении сеанса палсинга показывает следующие характерные изменения: постепенное увеличение мощности тета- и дельта-ритма при сохраненных ритмах бодрствования (альфа- и бета-), что доказывает мощный релаксационный эффект метода. «При описании своих состояний во время сеансов сотрудники чаще всего использовали такие определения, как: «потеря контроля», «защищенность», «уверенность», «спокойствие», «провалы», «перемещение в пространстве», «потеря ощущения своего тела», «слияние с Вселенной». После сеанса сотрудники чувствовали себя отдохнувшими, отмечали, что у них повысился тонус, улучшилось эмоциональное состояние, появилась уверенность в своих силах»².

На основании выявленных тенденций изменения психофизиологических показателей, электрической активности головного мозга можно сделать вывод о нормализации нервно-психического состояния сотрудников органов внутренних дел и повышении эффективности их деятельности после курсового использования холистического массажа³.

Таким образом, одним из важнейших направлений психокоррекционной работы психолога органов внутренних дел является обеспечение адаптации сотрудников к условиям оперативно-служебной деятельности и повышение ее эффективности. Решение

¹ Пряхина М. В., Голуб Я. В. Технологии стресс-менеджмента в системе МВД России // Юридическая психология. 2012. № 3. С. 34–38.

² Там же.

³ Пряхина М. В., Голуб Я. В. Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД // Вестник психотерапии. 2012. № 42 (47). С. 85.

задач, связанных с адаптацией к службе, направлено на поддержание нервно-психического состояния сотрудников, определяющего их адекватное поведение, оптимальное взаимодействие с гражданами, всю систему социальных связей личности в условиях службы.

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

Одним из направлений коррекционной работы психологов органов внутренних дел является работа с *сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании* (СПППВ). Это понятие было введено приказом МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации».

Сотрудники, нуждающиеся в повышенном психолого-педагогическом внимании, представляют собой категорию лиц, у которых личностные и функциональные особенности определяют повышенную вероятность возникновения дезадаптации, способствующей развитию нервно-психических и психосоматических заболеваний, асоциального (делинквентного) поведения, аутоагрессии, приводящих к снижению эффективности и надежности профессиональной деятельности¹. К СПППВ относят несколько категорий сотрудников, для которых определены свои сроки сопровождения их службы, а также направления и методы психологической помощи.

К *первой группе* относятся сотрудники, имеющие по результатам профессионального психологического отбора третью категорию профессиональной психологической пригодности. Им определен срок психологического сопровождения службы не менее 6 месяцев. Для них рекомендованы индивидуальная психокоррекция и социально-психологический тренинг, направленный на развитие профессионально важных качеств сотрудников ОВД.

К *второй группе* относятся сотрудники с низкими адаптационными способностями к условиям оперативно-служебной деятельности, признаками нервно-психической неустойчивости. Им определен срок

¹ Методические рекомендации по организации работы с сотрудниками органов внутренних дел, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании : письмо ДГСК МВД России от 30 сентября 2015 г. № 21/7/10458 (Приложение). Документ не публиковался.

психологического сопровождения службы не менее 3 месяцев. Для них рекомендованы психологический тренинг, сеансы релаксации и аутогенной тренировки, индивидуальное консультирование и психокоррекция.

К *третьей группе* относятся сотрудники, имеющие низкий социометрический статус, находящиеся в неудовлетворительном психологическом состоянии, имеющие признаки дезадаптации, в т. ч., обусловленном психической травматизацией (применением оружия, получением ранения, травмы, увечья, острой конфликтной ситуацией, гибелью родственников, близких лиц и др.). Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 3 месяцев. В случае реакции горевания — до 1 года. Им рекомендованы индивидуальная и групповая психологическая коррекция (в т. ч. семейная), психологическая реабилитация, способствующая устранению симптомов посттравматического стресса, а также тренинги по сплочению коллектива для повышения социального статуса сотрудника.

К *четвертой группе* относятся сотрудники, склонные к аддиктивному поведению. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 3 месяцев. Им рекомендованы индивидуальные формы работы в различных психокоррекционных направлениях.

К *пятой группе* относятся сотрудники, допустившие грубые нарушения служебной дисциплины или неоднократные нарушения служебной дисциплины при наличии у них дисциплинарного взыскания, наложенного в письменной форме. Им определен срок психологического сопровождения службы не менее одного месяца. Для них рекомендованы индивидуальная психокоррекция, консультирование и социально-психологический тренинг, направленный на развитие профессионально важных качеств сотрудников ОВД, в ходе которого прививались бы новые формы поведения проблемного сотрудника, повышался его социальный статус, сеансы релаксации и аутогенной тренировки, иные коррекционные психотехники.

При оказании психокоррекционной помощи сотрудникам, нуждающимся в повышенном психолого-педагогическом внимании, психологу, прежде всего, необходимо определить, в каких сферах личности у них существуют проблемы: потребностно-мотивационной, эмоционально-волевой, когнитивно-познавательной, межличностно-социальной, морально-нравственной, экзистенциально-бытийной, действенно-практической. Определив проблемную сферу, целесообразно

сформулировать цель психокоррекции и выбрать адекватные ей методы работы.

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

Для категории сотрудников ПППВ проводятся различные виды тренингов личностного роста.

Личностный рост — это сложный процесс самоактуализации, самосовершенствования человека в самом широком спектре его проявлений, способствующий личностной зрелости. «При полноценном личностном росте эти изменения затрагивают взаимоотношения личности как с внутренним миром (интраперсональность), так и с внешним миром (интерперсональность)»¹. Это может быть устойчивое психологическое состояние (обретение уверенности, примирение с самим собой, выбор своего жизненного пути др.), гармонизация отношений, что повышает способность к профессиональным, духовным, социальным достижениям, способствует самореализации в профессиональной деятельности, творчестве и семейной жизни.

Тренинг личностного роста включает в себя ряд занятий, направленных на развитие психологических качеств, повышающих эффективность деятельности сотрудников органов внутренних дел. Цель данного тренинга — качественные изменения, которые переводят возможности сотрудника на новый уровень и повышают эффективность его профессиональной деятельности. Специфическими чертами

¹ Минуллина А. Ф., Гурьянова О. А. Тренинг личностного роста : методическое пособие. Казань : Бриг, 2015. С. 13.

тренингов личностного роста являются: «нацеленность на психологическую помощь участникам группы в саморазвитии; наличие постоянной группы (от 7 до 15 человек), периодически собирающейся на встречи или работающей непрерывно в течение 2–5 дней; применение активных методов групповой работы в атмосфере психологической безопасности, с акцентом на взаимоотношения участников в ситуации «здесь и теперь»; соблюдение принципов групповой работы (максимальной активности, конфиденциальности, искренности и открытости, персонификации высказываний, партнерского общения, обратной связи и др.)»¹.

Оценивать эффективность тренинга личностного роста необходимо по следующим критериям:

А. Интраперсональные критерии:

1. Принятие себя как личности, достойной уважения, способной к самостоятельному выбору, обретение веры в свои возможности.

2. Доверие к себе, открытость внешнему и внутреннему опыту переживаний, способность «жить настоящим».

3. Понимание себя — точное, полное и глубокое представление о себе и своем состоянии (включая актуальные переживания, мотивы, мысли и др.); способность увидеть и услышать себя подлинного, сквозь наслоения масок, ролей и психологических защит; адекватная и гибкая «Я»-концепция, чувствительная к актуальным изменениям и новому опыту, сближение «Я»-реального и «Я»-идеального.

4. Ответственная свобода (ответственность за проживание своей жизни, за выбор ценностей, оценочных суждений, независимость от внешнего давления, за самоактуализацию, верность себе и своим убеждениям).

5. Сохранение целостности внутреннего мира личности: конгруэнтности (например, между разумом и чувствами, «Я»-реальным и «Я»-идеальным, и др.), интегрированности и взаимосвязанности всех аспектов жизни человека.

6. Динамичность, гибкость, открытость к изменениям и способность к развитию при сохранении своей идентичности.

Б. Интерперсональные критерии:

1. Принятие других людей, уважение их своеобразия и права быть собой, глубокое понимание на основе сопереживания и эмпатии. Свобода от предрассудков и стереотипов, способность к адекватному восприятию окружающей действительности вообще и в особенности — других людей.

¹ Минуллина А. Ф., Гурьянова О. А. Указ. соч. С. 19–20.

2. Социализированность — это способность к конструктивным социальным отношениям, т. е. жить с другими в максимально возможной гармонии.

3. Творческая адаптивность — готовность мужественно встречать жизненные проблемы и справляться с ними, и умение использовать при этом все потенциальные внутренние возможности¹.

Одним из вариантов тренинга личностного роста является *тренинг профессиональной и жизненной успешности*, который направлен на повышение мотивации профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел за счет реализации принципа метафорической биологизации (активизация энергии природных мотивов человека)². На рисунке 2 представлены структурные составляющие личностно-профессионального потенциала сотрудника органов внутренних дел (по А. М. Столяренко).



Рисунок 2 – Структурные составляющие личностно-профессионального потенциала сотрудника ОВД

¹ Минуллина А. Ф., Гурьянова О. А. Указ. соч. С. 14–15.

² Деева Н. А. Тренинг профессиональной и жизненной успешности сотрудников органов внутренних дел: ресурсы, значимость, субъектность : учебно-практическое пособие. Краснодар : Издательство Краснодарского университета МВД России, 2021. 191 с.

Техники и упражнения, которые предлагается использовать для тренинга личностного роста, представлены в приложении 3.

Тренинг сензитивности направлен на развитие способности интерпретировать чувства, мысли другого человека, групп людей и на основе этого прогнозировать поведение человека и социальных групп.

Тренинг ассертивности (уверенного поведения) опирается преимущественно на методы поведенческой терапии. Чаще всего причинами неуверенности человека являются разнообразные социальные страхи (страх критики, ошибки, страх попросить, потребовать, отказать или получить отказ), а также поведенческий и когнитивный дефицит (неспособность открыто выражать свои чувства и желания, недооценка успехов, переоценка негативных событий). Цель тренинга ассертивности — научить сотрудника навыкам уверенного поведения, самопрезентации, самоутверждения и отстаивания своих прав в профессиональных отношениях без агрессии.

Тренинг эмоциональной компетентности направлен на развитие умений и навыков сотрудников осознавать свои эмоции и управлять ими, а также на умение восстанавливаться после эмоциональных потерь. Упражнения для коррекции эмоционально-волевой сферы личности представлены в приложении 4.

Задачами *тренинга преодоления тревоги* являются: распознавание иррациональных мыслей, тренировка приостановки мыслей, коррекция искаженных восприятий и убеждений, тренировка адекватных моделей поведения в различных ситуациях служебного взаимодействия.

При разработке тренинговых занятий психологу важно знать методологию и методику проведения тренинга. Так, при проведении группового тренинга необходимо определить принципы и критерии формирования группы, продолжительность занятий, иметь соответствующее количеству участников помещение, где места расположены по кругу, что способствует их активному взаимодействию. Методика проведения тренинга описывает структуру, этапы проведения тренинга, групповые нормы, типологию тренинговых методов. Традиционно выделяют следующие этапы проведения группового тренинга: целеполагание (ведущий сообщает участникам тему, цель, задачи, порядок проведения тренинга, выясняет групповые ожидания и приводит их в соответствие с целью занятия), принятие правил работы группы, оценку уровня информированности группы по теме тренинга, актуализацию проблемы, информирование, формирование практических навыков, подведение итогов работы. Методами тренинга

являются методы стимуляции взаимодействия участников, методы обучения, методы коррекции, методы обсуждения, методы результатов оценки тренинга. Так, например, среди методов обсуждения используются метод «переноса» (ведущий предлагает перенести сложную для участника ситуацию на другого), метод «проверки реальностью» (предлагается конкретная реальная ситуация), метод «трех измерений» (анализ ситуации с трех точек зрения), метод «медали» (анализ противоположных сторон ситуации).

Категория сотрудников ПППВ часто нуждается в коррекции неадекватной тревожности. *Метод систематической десенсибилизации* в этом случае является достаточно эффективным, так как направлен на уменьшение уровня тревожности. Сама процедура относительно проста: в состоянии релаксации в воображении представляются от самых легких к самым трудным ситуации, вызывающие тревогу и страх. На первом этапе сотрудника обучают релаксации, например, с помощью аутогенной тренировки, в некоторых случаях может использоваться трансовое воздействие. На втором этапе производится ранжирование ситуаций по степени интенсивности переживания тревоги или страха. На третьем этапе осуществляется собственно десенсибилизация — соединение представлений о ситуациях, вызывающих тревогу или страх, с релаксацией. Подробно метод систематической десенсибилизации изложен в приложении 5.

Одним из вариантов этого метода является *техника десенсибилизации и переработки тревожащих переживаний посредством движений глаз*. В этом случае релаксация не используется. Каждое представление сотрудником ситуаций, от более легких к самым трудным по степени переживания тревоги или страха, сопровождается направлением его взгляда за движением, взятого психологом в руки предмета (ручка, карандаш). Движение предметом осуществляется по горизонтали, по вертикали, по кругу, а также приближаясь и отдаляясь от центра глаза.

Существуют методы коррекции тревоги и страха, при которых происходит быстрое столкновение с ситуациями, их вызывающими, без предварительной релаксации. Эти методы получили название *«иммерсионные методы»*. Если в методике систематической десенсибилизации погружение в ситуацию происходит постепенно: от легкой к трудной, то в иммерсионных методиках эффективность обеспечивается быстрым погружением в трудную ситуацию. Это приводит к тому, что организм после повторных столкновений с трудными ситуациями привыкает к взрыву тревоги вплоть до полного ее исчезновения.

К иммерсионным методам относят метод наводнения (нахождение максимально долгого времени в реальной ситуации, вызывающей сильную тревогу или страх), метод имплозии (нахождение в воображаемой трудной ситуации с максимальным эмоциональным вовлечением в нее через зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные ощущения), метод парадоксальной интенции (изменение отношения к ситуации путем отстранения от нее и формирования юмористической установки).

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

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

Эффективность оперативно-служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел, выполнявших задачи в особых условиях, их психическая адаптация, эмоциональное состояние во многом зависит от того, какой характер отношений существует в его семье. Семья может быть огромным ресурсом для человека, а может, наоборот, быть постоянным источником напряжения и проблем. Психологическая помощь семье регламентируется приказом МВД России № 500, определяющим основные направления и задачи психологической работы в органах внутренних дел¹.

Семья имеет ряд важнейших характеристик (функции, структуру, динамику), определяющих ее благополучие или неблагополучие. Основными *функциями семьи* являются: хозяйственно-бытовая, эмоциональная, общения, воспитательная, первичного социального контроля, сексуально-эротическая. Функции семьи претерпевают определенные изменения, они могут нарушаться, что приводит к нарушению всей жизнедеятельности семьи. *Структура семьи* определяет ее состав, совокупность всех взаимоотношений, специфику реализации функций семьи, прав и обязанностей ее членов. *Динамика семьи* определяет этапы ее развития. В научной литературе описаны различные

¹ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409200024> (дата обращения: 12.03.2025).

подходы к выделению основных этапов жизненного цикла семьи. Е. Дюваль выделил восемь этапов, которые достаточно точно описывают те кризисы и проблемы, с которыми сталкивается каждая пара¹.

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Основы психологии семьи и семейного консультирования : учебник / под общ. ред. Н. Н. Посысоева. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Юрайт, 2020. 266 с.

Семья может рассматриваться как гармоничная и дисгармоничная. *Гармоничная семья* отличается иерархической структурой власти, ясными семейными правилами, сильной родительской коалицией, четкой дистанцией между поколениями. В такой семье присутствуют терпимость, взаимоуважение, искренность, честность. Члены такой семьи тянутся друг к другу, умеют договариваться по всем аспектам совместной жизни, имеют похожие ценностные ориентации и интересы. В *дисгармоничных семьях* нарушается равновесие во взаимоотношениях, снижается социально-психологическая адаптация, формируются хронические противоречия и конфликты. В этих семьях существует недостаток интимности, семейные роли являются ригидными, что ограничивает развитие, как каждого члена семьи, так и семьи в целом.

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

- острые (внезапная смерть члена семьи, известие о супружеской измене, внезапное изменение в семье и социальном статусе и т. д.);

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

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

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

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

- связанные с кризисами семьи (первый критический период наблюдается между 3-м и 7-м годами существования семьи, когда

происходит изменение эмоциональных взаимоотношений и как результат — увеличение числа конфликтных ситуаций, рост напряжения; второй кризис назревает между 17-м и 25-м годами и связан с отделением детей от семьи, что приводит к нарастанию соматических жалоб, тревожности, ощущению пустоты жизни);

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

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

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

¹ Осипова А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие. Москва : Сфера, 2002. С. 297.

используются различные по своим психологическим механизмам методы: ролевые игры, групповая дискуссия, анализ и интерпретация взаимоотношений и т. д.¹

Действенным методом при решении семейных затруднений является *психодрама Я. Морено*, которая проводится в форме сюжетно-ролевой игры на избираемую тему². «Проживая» ситуацию, человек по-новому начинает осознавать проблему, способ своего реагирования, свое отношение к событиям, что открывает возможности коррекции своего поведения. При отреагировании внутренних конфликтов в ходе психодрамы происходит катарсис, что имеет большой целебный эффект. Классическая процедура психодрамы предполагает работу в группе, где выбираются позиции участников: протагонист (главный герой, который предоставляет свою семейную проблему), режиссер (психолог, который создает атмосферу в группе, распределяет роли, помогает протагонисту исследовать свою проблему, организует обсуждение происходящего), вспомогательные «Я» (участники группы, которые могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного «Я»), зрители (члены группы, которые не принимают непосредственного участия в психодраматическом действии, но могут обсуждать ситуацию после ее завершения). Для проведения психодрамы необходима сцена — место в пространстве, где разворачивается психодраматическое действие. В ходе этой коррекционной работы протагонист творчески переосмысляет свои семейные проблемы и конфликты, глубже начинает понимать самого себя, овладевает навыками конструктивного поведения и способами эмоциональной саморегуляции.

В рамках системного подхода в коррекции семейных отношений зарекомендовал себя метод *системных расстановок Б. Хеллингера*³. Расстановка может производиться в группе или самостоятельно специалистом-психологом. Семейная проблема как взаимодействие членов семейной системы расставляется в пространстве. Если это работа в группе, то психолог для представления в расстановке каждого члена семьи выбирает того или иного участника (заместителя). Определение места заместителя производится на основании его телесных

¹ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 135.

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

³ Хеллингер Б. Порядки любви: Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий. Москва : Издательство Института психотерапии, 2003. 400 с.

ощущений. Затем заместители могут двигаться в пространстве и коротко описывать словами, что они чувствуют. Через свои ощущения, эмоции, чувства, образы они описывают семейную ситуацию, причем это может выходить далеко за пределы того, что рассказывает сам человек, заявивший семейную проблему. Заказчик, не имея определенной информации и будучи вовлеченным в семейную проблему, много не видит и не понимает. Заместители получают информацию о своих прототипах из «информационного поля». Доверие информации, которая приходит из «поля» посредством восприятия заместителя, является основным отличительным признаком метода системных расстановок. Такая терапевтическая возможность существует только в этом методе, хотя именно по этому поводу его и критикуют.

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

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

Методика «сравнение ценностей» ориентирована на определение ценностей и социальных ролей, влияющих на внутрисемейные взаимоотношения. Данная методика используется, если в работе участвуют как минимум два члена семьи. Каждому члену семьи предлагается составить два списка ценностей: один список — собственные ценности, другой — ценности партнера. Ценности необходимо располагать в порядке их важности, при этом не существует никаких ограничений по содержанию ценностей. Членов семьи просят зачитать составленные ими списку вслух, затем они сравнивают представленные списки и обсуждают ряд вопросов (источники ценностей, противоречия и различия в списках, как каждый член воспринимает ценности других и т. д.). Члены семьи не должны критиковать позиции друг друга, их задача — конструктивно обсудить несовпадение ценностных ориентаций и выявить связанные с этим скрытые от осознания семейные проблемы.

Групповая методика «родительский семинар», «супружеский семинар» используется для коррекции детско-родительских и супружеских отношений. Основной задачей выступают изменения отношений родителей к задачам воспитания, изменение отношений к проблемам супружества. В данной методике используются лекции, групповые дискуссии, библиотерапия, анонимные трудные ситуации. Лекционные темы подбираются в соответствии с запросами участников семинара (например, «семейный кризис и пути выхода из него», «естественность в воспитании детей» и т. д.) и ориентированы на расширение сознания участников по интересующим вопросам. Групповая дискуссия организуется по типу тематической или по типу анализа конкретных случаев. Целью дискуссии является осознание ее участниками психологического смысла жизненной ситуации и определение оптимальных подходов к ее решению. Библиотерапия строится на рекомендации участникам семинара специально подобранной литературы по обсуждаемым проблемам для формирования собственной точки зрения. Психологом предлагаются также различные анонимные случаи из практики. Члены семинара обсуждают свои варианты разрешения ситуаций, опираясь на полученную информацию в ходе семинара, в ходе чтения литературы, на свой собственный опыт. В дальнейшем происходит обобщение и анализ предложенных решений.

Вариант программы и возможные техники, используемые для психологической коррекции семейных отношений, представлены в приложении 6.

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

2.4. Психологическая реабилитация сотрудников органов внутренних дел, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях

Законодательно определена возможность проведения *психологической реабилитации* как самостоятельного направления работы. В статье 61 Федерального закона от 30 ноября 2011 г. № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» указано, что «сотруднику предоставляется на срок не более 10 суток отпуск по личным обстоятельствам в случае необходимости психологической реабилитации»¹.

Приказом МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации» одной из функций психолога подразделения по работе с личным составом определено «проведение психологической реабилитации с сотрудниками, имеющими признаки нарушений психической адаптации или переутомления»².

При проведении *медико-психологической реабилитации* оказывается медико-психологическая помощь (включающая психологические, медицинские и общеоздоровительные мероприятия, в т. ч. с применением психотерапевтических или психокоррекционных методов), «в целях снижения риска формирования стресс-ассоциированных расстройств, коррекции остаточной психопатологической симптоматики и сокращения сроков восстановления работоспособности сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации»³.

¹ Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. № 49 (ч. 1). Ст. 7020.

² URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 12.03.2025).

³ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

В соответствии с приказом МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 «медико-психологической реабилитации при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний подлежат сотрудники ОВД Российской Федерации:

1. Выполнявшие задачи по обеспечению правопорядка и общественной безопасности в отдельных регионах Российской Федерации (в т. ч. при проведении оперативно-служебных и специальных мероприятий вне мест постоянной службы, в период проведения крупномасштабных общественно-политических или спортивных мероприятий) при возникновении ситуаций, сопряженных с опасностью для жизни и здоровья.

2. Проходившие службу в условиях военного положения или чрезвычайного положения, вооруженного конфликта, проведения контртеррористической операции, специальной военной операции.

3. Проходившие службу в условиях ликвидации последствий аварий, катастроф природного и техногенного характера (в т. ч. при авариях на охраняемых объектах, железнодорожном, авиационном, других видах транспорта, при ликвидации таких аварий или обеспечении безопасности в зонах ответственности при ликвидации последствий аварий).

4. Проходившие службу за пределами Российской Федерации (в т. ч. в качестве сотрудников загранаппарата Министерства внутренних дел Российской Федерации или участвовавших в деятельности по поддержанию или восстановлению международного мира и безопасности):

- в ситуациях, сопряженных с опасностью для жизни и здоровья;
- более одного календарного года на территориях иностранных государств с особыми (в том числе климатическими) условиями.

5. Непосредственно выполнявшие работы по поиску и (или) обезвреживанию (уничтожению) взрывоопасных предметов.

6. Принимавшие участие в оперативно-служебных и специальных мероприятиях, сопряженных с опасностью для жизни и причинением вреда здоровью, в местах постоянной службы, в т. ч. подвергшиеся при выполнении служебных обязанностей противоправному воздействию со стороны правонарушителей»¹.

Согласно приказу МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 «медико-психологической реабилитации подлежат сотрудники органов внутренних дел, при наличии у них следующих *показаний*:

¹ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

1. Воздействие факторов риска снижения адаптационных возможностей организма и профессиональной работоспособности сотрудников при выполнении оперативно-служебных задач в особых условиях, а также при участии в оперативных мероприятиях, сопряженных с опасностью для жизни и причинения вреда здоровью: воздействие неблагоприятных климатических условий; последствия природной или техногенной катастрофы; угроза гибели, физической боли, захвата в плен; гибель или ранение сослуживцев; длительное (более 30 суток) переутомление, связанное с изменением режима отдыха.

2. Пережитая сотрудником чрезвычайная ситуация (вне зависимости от ее продолжительности), сопряженная с угрозой его жизни и здоровью, при выполнении оперативно-служебных задач, в т. ч. по месту постоянного прохождения службы.

3. Снижение адаптационных возможностей организма к условиям окружающей среды, возникшее при выполнении служебных обязанностей и проявляющееся в симптомах и признаках:

3.1. Нарушения эмоциональной сферы (нервозность, беспокойство и возбуждение; неуверенность в своих силах, состояние тревоги и страха; раздражительность, вспыльчивость; несвойственный ранее эгоцентризм, снижение способности к сопереживанию; снижение фона настроения).

3.2. Нарушения волевой сферы и поведения (проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни; чрезмерная немотивированная активность, многоречивость, расторможенность, суетливость или апатия, заторможенность; излишняя настороженность, подозрительность; стойкая фиксация на пережитых стрессовых событиях; повышенная конфликтность; ограничение привычного круга межличностных контактов, избирательность в общении, замкнутость; снижение или потеря интереса к любимым занятиям, увлечениям; изменение привычного отношения к потреблению алкоголя с более частым и в больших количествах, чем ранее, употреблением спиртных напитков).

3.3. Недомогания и переутомления (недостаточность отдыха и расслабления; постоянное ощущение усталости; снижение памяти, внимания, работоспособности; нарушения сна; разбалансированность реакций вегетативной нервной системы)»¹.

¹ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

Профилактика развития негативных последствий воздействия профессиональной деятельности на сотрудников ОВД осуществляется в три этапа:

1) подготовительный (профессиональный психологический отбор перед выполнением оперативно-служебных задач);

2) оперативный психологический мониторинг (контроль состояния с помощью наблюдения, беседы, экспресс-диагностики), прогноз деятельности и первичная психологическая реабилитация в процессе выполнения оперативно-служебных задач;

3) психологическое сопровождение сотрудников органов внутренних дел после выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях (вторичная психологическая реабилитация в процессе динамического наблюдения).

Профилактика развития негативных последствий начинается на подготовительном этапе путем проведения профессионально-психологической подготовки, подбора психологически совместимых групп, оперативного психологического контроля и прогноза деятельности сотрудников органов внутренних дел¹.

Профессионально-психологическую подготовку (ППП) можно представить по трем направлениям:

1) обучение, поддержание постоянной бдительности и профессионально-психологической готовности персонала к экстремальным условиям деятельности (предварительная ППП);

2) специальное обучение быстрому реагированию на внезапное обострение обстановки и переходу от повседневного состояния ожидания к энергичным и эффективным действиям (предварительная ППП);

3) обеспечение повышения бдительности и готовности персонала до высшего уровня в ситуации обострения обстановки и угроз безопасности и жизни людей (непосредственная ППП).

Профессиональная экстремально-психологическая подготовка состоит из трех этапов, образующих единый цикл.

Первый этап — предварительный, он направлен на осознание ценностей, профессионально важных качеств, знаний, умений, навыков, характеристик профессиональных ситуаций, экстремально-психологических по своей сути.

Второй этап — непосредственный, нацелен на преодоление сотрудниками страха в условиях, приближенных к реальной профессиональной деятельности, связанной с риском, опасностью для жизни.

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия... С. 188.

Третий этап подготовки решает задачу поддержки высокого уровня подготовленности сотрудников ОВД к действиям в особых условиях¹. Профилактические меры по повышению стрессоустойчивости включают следующие мероприятия:

1) ознакомление с основными симптомами ОСР и ПТСР, наиболее частыми типами реакций, что обеспечивает готовность к их появлению и оказывает профилактическое действие на изменения собственного состояния;

2) анализ мотивации и личностного смысла пребывания в зоне боевых действий, работа над индивидуальной стратегией преодоления посттравматического стресса.

В процессе выполнения оперативно-служебных и служебно-боевых задач проводится:

1) динамическое наблюдение (мониторинг) за психофизиологическим состоянием сотрудников органов внутренних дел: диагностика и контроль негативных последствий выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, рекомендации по формам и методам реабилитации;

2) первичная психологическая реабилитация, которая реализуется в три этапа:

– выделение подразделений, выполнявших служебные задачи в особо опасных условиях;

– выявление сотрудников органов внутренних дел с признаками социально-психологической дезадаптации;

– проведение индивидуальной и групповой реабилитации после применения огнестрельного оружия в ситуациях оперативно-служебной деятельности².

По истечении 2 суток (48 часов) после вооруженного столкновения в рамках психологической реабилитации возможно провести с личным составом *психологический дебрифинг*, направленный на структурирование и выражение эмоциональных переживаний. Руководить дебрифингом должен психолог органов внутренних дел, в случае его отсутствия — командиры подразделений, знакомые с симптомами психической травмы и обученные технике групповой работы.

¹ Психологическая работа в органах внутренних дел... С. 93–94.

² Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Прякина М. В. Указ. соч. С. 159.

Дебрифинг стресса критического инцидента был впервые описан Дж. Митчеллом как метод групповой кризисной интервенции и профилактики последствий психотравмы. Дебрифинг направлен на снижение острого дистресса и превенцию отсроченных симптомов ПТСР¹.

Психологический дебрифинг позволяет участникам в условиях конфиденциальности осуществить рефлекссию и самоанализ впечатлений, чувств, связанных с инцидентом, и в результате снизить тяжесть психологических последствий от пережитого стресса. Для достижения этой цели решаются следующие задачи: отреагирование эмоций; когнитивная переработка полученного опыта посредством понимания структуры и смысла произошедших событий; усиление чувства солидарности, групповой поддержки и понимания; подготовка к переживанию тех симптомов, которые могут возникнуть в дальнейшем, определение средств возможной помощи. В результате мобилизации внутренних ресурсов у сотрудников уменьшается внутреннее напряжение, снижается ощущение уникальности и патологичности собственных реакций.

Дебрифинг имеет четкую структуру, в нем выделяют три части:

I — проработка чувств участников: «Что Вы чувствовали эмоционально и телесно во время психотравмирующего события?», «Какое событие (ситуация) было наиболее тяжелым?», «Что Вы видели, слышали и ощущали?», «Что Вас беспокоит, тревожит, раздражает, злит больше всего?» и др.;

II — детальное обсуждение симптомов в атмосфере эмпатии, эмоциональной защищенности и поддержки: «Какова была Ваша реакция на происходящее?», «Есть ли у Вас вторгающиеся воспоминания, нарушения сна, гипербдительность, раздражительность, агрессия в настоящий момент?», «Стремитесь ли Вы избегать разговоров, мыслей, людей и мест, как-то связанных или напоминающих Вам о травматическом событии?», «Есть ли у Вас чувство вины или желание отомстить?»;

III — мобилизация внутренних ресурсов, информирование о типичных состояниях и реакциях на психическую травматизацию, формирование планов на будущее.

Существуют различные варианты дебрифинга, включающие разное количество стадий, которые ставят своей задачей отреагирование негативного жизненного опыта или осознание позитивного опыта. Основные этапы дебрифинга: вводная (знакомство участников с основными задачами дебрифинга); подробное восстановление фактов инцидента,

¹ См.: Энциклопедия юридической психологии / под ред. А. М. Столяренко. Москва : Закон и право, 2003. 607 с.

«вентиляция» (описание) мыслей, переживаний и чувств, обсуждение симптоматики состояния, мобилизация ресурсов и планирование будущего (фаза реадaptации). Альтернативная методика психологической помощи «Позитивный дебрифинг» описана в энциклопедии юридической психологии¹.

Дебрифинг может быть повторен спустя несколько недель или месяцев. В этот период целесообразно рекомендовать сотрудникам органов внутренних дел использовать навыки саморегуляции (аутогенная тренировка, прогрессирующая мышечная релаксация) для профилактики и коррекции отдельных симптомов постстрессовых нарушений.

По мнению А. Г. Караяни, в рамках психопрофилактики боевого стресса сотрудникам необходима «актуализация внутренних ресурсов (например, памяти об эффективных действиях, мотивации и т. д.) или предоставлении им внешнего психологического ресурса (заражение боевым настроем, сообщение мобилизующей информации и т. д.), позволяющего преодолевать стресс-факторы и вернуть состояние в требуемый для боя интервал психофизиологической мобилизованности»².

К способам психопрофилактики, влияющим на психическое состояние, относятся: «регуляция дыхания, управление тонусом скелетной мускулатуры, отвлечение внимания, визуализация ресурсных состояний и успешных действий (идеомоторная тренировка, сенсорная репродукция образов), вербализация желаемых состояний и действий, закрепление (якорение) ресурсных состояний»³.

А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева сформулировали основные проявления ПТСР, которые могут поддаваться коррекции при помощи *аутогенной тренировки*:

1) расстройства сна: затруднение засыпания, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха после пробуждения, тягостные и кошмарные сновидения;

2) эмоциональная холодность, отсутствие позитивных эмоций, повышенная возбудимость и тревожность, сопровождающиеся сердцебиением, потливостью, слабостью, одышкой и др.;

3) нарушения концентрации внимания;

4) гипотимия и снижение мотивации (чувство подавленности, безнадежности, снижения энергетического потенциала, активности);

¹ Энциклопедия юридической психологии...

² Караяни А. Г. Указ. соч. С. 50.

³ Энциклопедия юридической психологии...

5) отдельные психосоматические симптомы (боль, тахикардия, учащенное дыхание, онемение конечностей и др.)¹.

В отечественной литературе лучшим руководством по аутогенной тренировке признается монография В. С. Лобзина, М. М. Решетникова².

Прогрессирующая мышечная релаксация (ПМР) по Э. Джекобсону позволяет с помощью выполнения простых упражнений снизить произвольное напряжение поперечнополосатой мускулатуры, возникающее в стрессовых ситуациях и по принципу обратной связи уменьшить тревожность, нервно-психическую напряженность, явления переутомления. При регулярных занятиях у индивида развивается «привычка отдыхать» в любых условиях профессиональной деятельности, тем самым формируется психологическая установка, характеризующаяся меньшей возбудимостью и подверженностью стрессам. ПМР также позволяет снизить проявления невротических реакций, сопровождающихся фобиями и нарушениями сна.

В качестве «экспресс-психотерапии» в период подготовки к выполнению служебно-боевых задач (или непосредственно после них) возможно использовать технические средства, например аппарат электротранквилизации «Микро-Лэнар», способствующий нивелированию психологической напряженности, переутомления, восстановлению физиологического ритма сна, купированию болевого синдрома различной этиологии и «предстартовой лихорадки». Аппарат нормализует естественный для индивида альфа-ритм головного мозга, тем самым стабилизируя когнитивные функции, восстанавливая функциональное состояние, повышая психическую устойчивость и работоспособность, а также оказывая седативный и анальгезирующий эффекты. Микро-Лэнар способен подготовить сотрудника органов внутренних дел к оптимальной реакции и адекватным действиям в экстремальных условиях. Воздействие импульсным током производится путем наложения электродов на область лба (катод) и область сосцевидного отростка (анод) через влажные ватные тампоны³.

¹ Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. Москва : Издательство Института психотерапии, 2000. 128 с.

² Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. Ленинград : Медицина, 1986. 279 с.

³ Стрельникова Ю. Ю., Баринаева М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 162–163.

Рефлексотерапия (точечный массаж) — эффективный неинвазивный метод, который искусственно создает синхронный поток афферентных сигналов благодаря местной рефлекторной реакции, изменяя функциональное состояние центральной, периферической и вегетативной нервной системы. Наиболее эффективны активные зоны дистальных отделов верхних и нижних конечностей, лица и головы, поскольку их афферентные системы имеют в сенсомоторной коре наиболее широкое представительство. Данный метод может применяться при широком круге нарушений сна, бодрствования, вегетативных функций, поведения, эмоций, мотиваций¹.

Заключительный (третий) этап психологического сопровождения включает *психофизиологическую реабилитацию*. Этот процесс содержит и общий комплекс профилактических мероприятий: сбалансированное питание, правильный режим работы и отдыха, физическую активность, отказ от алкоголя и психоактивных веществ, лечение соматической патологии, восстановление социальных связей, семейных отношений и др.

А. Г. Караяни указывает, что «основными задачами психологической реабилитации военнослужащих являются: выявление деструктивного и травматического стресса; сортировка (классификация) военнослужащих по уровню стресса; эвакуация с поля боя; восстановление нарушенных (утраченных) психических функций; коррекция самосознания, самооценки и самочувствия; формирование у пострадавших эффективных моделей поведения в различных ситуациях, навыков саморегуляции психических состояний и др.»².

А. Г. Караяни сформулировал перечень принципов психологической реабилитации военнослужащих, объединяемый акронимом «БЛОКПОСТ»:

«Близость» — мероприятия психологической реабилитации должны осуществляться в пунктах психологической работы и медицинских подразделений своих соединений и частей («в пределах слышимости боя»).

Личностный подход — требует относиться к пострадавшим не как к пациентам, а как к лицам, нуждающимся во временном отдыхе; не допускать нанесения им какого-либо вреда; располагать пункты психологической помощи вне пределов видимости медицинских подразделений; организовывать посещения пострадавших командирами и сослуживцами, выражающими надежду на возвращение их в боевой строй.

¹ Коханов В. П., Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. Москва : Практическая медицина, 2008. 448 с.

² Караяни А. Г. Указ. соч. С. 61.

Оперативность — предполагает немедленное начало реабилитации после обнаружения психологических проблем в целях обеспечения отреагирования травматического события, трансформации его смысла и оказания пострадавшим социальной поддержки.

Краткосрочность — проведение психологической помощи в течение ближайших 12–72 часов (в целях профилактики возникновения «вторичной выгоды»).

Профилактика — формирование психологической устойчивости и обучение приемам психопрофилактики, само- и взаимопомощи.

Обеспеченность — создание методической и материально-технической базы для оказания психологической помощи.

Системность — устанавливает, что психологическая помощь должна осуществляться: командирами, психологами, медицинскими работниками, психологическим активом, самими военнослужащими; в пунктах психологической работы, медицинских подразделениях, воинских подразделениях; на различных этапах эвакуации; с помощью простых физиологических, психологических, социально-психологических и медикаментозных средств и способов.

Твердость — ориентирует на приоритетное выявление лиц, симулирующих боевую психическую травму; на восстановление боеспособности, а не абсолютного психического здоровья; на соблюдение пострадавшими формы одежды, включение их во временные подразделения, вовлечение в простейшие формы активности»¹.

В соответствии с приказом МВД России от 23 июля 2024 г. № 429, сотрудники ОВД не позднее пяти суток по прибытию в пункт постоянного прохождения службы после выполнения служебных задач в особых условиях, «проходят медицинский осмотр с целью определения показаний к МПР в медицинских организациях, на которые возложено их медицинское обеспечение. При установлении сотрудникам показаний для МПР продолжительностью 30 суток реабилитация осуществляется в два этапа: первый этап, длительностью не менее 7 суток, осуществляется амбулаторно в подразделениях медицинской организации; второй этап осуществляется в стационарных условиях медицинских организаций или санаторно-курортных организациях. Решение о нуждаемости сотрудника в МПР принимается врачебной комиссией не позднее пяти суток после завершения медицинского осмотра. Врачебной комиссией на основании

¹ Караяни А. Г. Указ. соч. С. 65–66.

результатов медицинского осмотра сотрудника определяются показания к МПР и противопоказания к ее проведению, составляется индивидуальная программа медико-психологической реабилитации сотрудника с указанием необходимого объема реабилитационных мероприятий и мест их проведения. Программа МПР составляется в одном экземпляре, утверждается начальником медицинской организации, после чего становится обязательной для исполнения сотрудником»¹.

Психологами решаются следующие задачи: осуществляется психологическое обследование и выявляются сотрудники, находящиеся в трудном психическом состоянии, испытывающие проблемы с возвращением к обычным условиям профессиональной деятельности; выявляются сотрудники с признаками посттравматического стрессового расстройства и других негативных психологических последствий воздействия экстремальных факторов; осуществляется психологическая коррекция имеющихся нарушений с целью предупреждения возникновения более тяжелых психологических последствий; предотвращается возникновение «стресса возвращения», «синдрома демобилизации» и социально-психологической дезадаптации; формируется и поддерживается мотивация для продолжения службы в подразделении, в т. ч. для выполнения новых задач в экстремальных условиях; организуется социально-психологическая работа с семьями сотрудников².

В процессе динамического наблюдения сотрудников органов внутренних дел по прибытию в пункт постоянного прохождения службы применяются как индивидуальные, так и групповые формы психологической работы. Для глубинной проработки психической травмы более эффективной считается индивидуальная психотерапия, однако часто психолог органов внутренних дел вынужден проводить *групповую* реабилитацию сотрудников вследствие ограниченности времени и ресурсов.

Реабилитационный тренинг – это «организованное в специальных группах взаимодействие ветеранов боевых действий, ориентированное на оказание взаимопомощи в разрешении личностных проблем, связанных с их участием в боевых действиях и последующей реадаптацией,

¹ URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

² Психологическая работа в органах внутренних дел... С. 98 ; Душкин А. С. Концептуальные основы психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации // Обеспечение личной безопасности в деятельности сотрудников органов внутренних дел : материалы внутриведомственной научно-практической конференции, г. Санкт-Петербург, 28–29 мая 2015 г. Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2015. С. 92–95.

в личностном самосовершенствовании и повышении эффективности их социального функционирования. Реабилитационный тренинг включает элементы тренинга личностного роста, тренинга социальных умений и групповой психотерапии»¹.

Задачами групповой реабилитации сотрудников органов внутренних дел являются:

- 1) разделение с ведущим (и группой) повторного эмоционального переживания травмы в безопасном пространстве и атмосфере принятия;
- 2) обеспечение чувства принадлежности, общности целей, «чувства локтя», комфорта и социальной поддержки;
- 3) возможность почувствовать универсальность собственного опыта;
- 4) избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания отдельного участника;
- 5) обучение методам совладания с последствиями травмы;
- 6) наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий эффект;
- 7) возможность быть в роли того, кто помогает (поддерживает, вселяет уверенность и чувство собственного достоинства);
- 8) уменьшение чувства собственной неполноценности, вины и стыда, развитие доверия, опыт новых взаимоотношений;
- 9) возможность составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы².

Тренинг преодоления тревоги включает технику «биологической обратной связи», релаксационные методы, когнитивное переструктурирование. Последнее служит для распознавания и коррекции искаженных восприятий и убеждений: тренировка «остановки мыслей» в случае настойчиво возникающих воспоминаний; опознание иррациональных мыслей; заучивание адекватной модели поведения; когнитивное переструктурирование посредством «сократовского» метода задавания вопросов.

Экстремальная ситуация может вызвать развитие ненормативного личностного кризиса. В этом случае необходима психологическая работа, как с последствиями психической травмы, так и с кризисным состоянием. Важно отметить, что причина (этиология) психической травматизации не важна для выбора тактики, форм и методов психологической

¹ Караяни А. Г. Указ. соч. С. 110.

² Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия...

помощи. Значение имеет время возникновения травмы и длительность периода последствий (острая — часы, дни; отсроченная — от 1 до 12 месяцев; отдаленная — более 1 года), субъективный вид травмы (актуализированная, нарушающая жизнедеятельность или латентная, вытесненная в подсознание механизмами психологической защиты), характер изменений (линейный прогрессирующий, интермиттирующий или прогрессивный), стадия адаптации или тип, степень дезадаптации, а также личностные особенности индивида¹.

Основными задачами реабилитации личности после психической травмы независимо от ее этиологии являются:

– аффективная и когнитивная переоценка травматического опыта (снижение тревоги, ауто- и гетероагрессии, освобождение от вторгающихся воспоминаний, флэшбэков, гипервозбудимости);

– когнитивная переоценка жизненных ценностей, приоритетов, целей и смысла жизни, пробуждение желания жить и веры в возможность позитивного будущего;

– обретение контроля над своей жизнью и создание новой когнитивной модели жизнедеятельности;

– восстановление самоидентичности и разрушенной «картины мира», осознание ценности себя и своей жизни;

– принятие своего «Я», интеграция травматического опыта в представление о себе, обретение уверенности в своих силах и готовности к переменам, развитие нового жизненного качества — «адаптивности» (способности самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими)².

Основные психотерапевтические методы, наиболее часто применяемые для реабилитации психической травмы:

1. В остром периоде, при работе с симптомами ОСР: техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз; техника вскрывающих интервенций; систематическая десенсибилизация, релаксационная визуализация; трансформация образа (метод В. Стюарт) в сочетании с фокусированием (метод Ю. Джендлина); метод двойной диссоциации и другие методы нейролингвистического программирования (НЛП).

2. В отдаленном периоде, при работе с симптомами ПТСР: метод «мнемореабилитации» (реабилитация памяти о психотравмирующем

¹ Стрельникова Ю. Ю., Баринаева М. Г., Прякина М. В. Указ. соч. С. 167.

² Осухова Н. Г. Указ. соч.

события); техники гештальт- и арт-терапии; краткосрочной позитивной психотерапии; психодраму, символдраму; коррекцию отношений к другим людям, развитие способности к эмпатии; тренинг преодоления тревоги и др.

Многие специалисты в области психологии также используют при лечении ПТСР методы рациональной и когнитивной психотерапии, личностно-ориентированной и когнитивно-поведенческой психотерапии, а также технику «Анализ стресса», семейную психотерапию и многие другие¹.

В процессе психологической реабилитации может быть использована психологическая психотерапия. *Психологическая психотерапия* — это «вид психологической помощи, реализуемый через мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на изменение психического состояния объекта (физическое лицо, юридическое лицо, группа лиц) через активацию внутренних ресурсов, с целью обеспечения оптимального качества жизни (оптимизации жизнедеятельности)»².

Наиболее распространенными видами *индивидуальной реабилитации* методами индивидуальной психотерапии ПТСР являются: поведенческая, когнитивная, психодинамическая, клиент-центрированная (по К. Роджерсу), логотерапия В. Франкла, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, интегративная трансперсональная психотерапия (ИТП), семейная терапия, символдрама, нейролингвистическое программирование (НЛП). Кратко приведем описание некоторых из них.

В *когнитивно-бихевиоральной (поведенческой)* психотерапии центральное место отводится конфронтации пациента с травматическими образами (воспоминаниями) в целях постепенного ослабления симптомов ПТСР. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности «флэшбэков» и гипервозбуждения³.

Существует несколько вариантов поведенческой терапии.

Техника вскрывающих интервенций основана на положении, что при ПТСР действует страх не только релевантных травме стимулов,

¹ Бонкало Т. И. Комплексная реабилитация участников специальной военной операции на Украине : дайджест январь–февраль 2023. Москва : НИИОЗММ ДЗМ, 2023. 39 с. URL: <https://niioz.ru/moskovskayameditsina/izdaniya-nii/daydzhest-meditsinskiy-turizm-i-ekspport-meditsinskikh-uslug/> (дата обращения: 10.01.2025).

² Проект Федерального закона «О психологической помощи в Российской Федерации» // Федеральный портал проектов нормативных правовых актов : [официальный сайт]. URL: <https://regulation.gov.ru/projects> (дата обращения: 10.01.2025).

³ Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В. Указ. соч. С. 167.

но и воспоминаний о травме. Метод помогает пациенту пережить заново травматические воспоминания и их интегрировать, снизить уровень дистресса, физиологической реактивности и симптомов «вторжения». Метод необходим для снятия симптомов психофизиологической активации и реакции испуга, навязчивых мыслей, ночных кошмаров и агрессивности. Он противопоказан клиентам, находящимся в кризисном состоянии или психотическом расстройстве (ввиду риска суицида); злоупотребляющим наркотическими препаратами и алкоголем; у которых отсутствуют «флэшбэки» и симптомы «вторжения»; не способным «включать» свое воображение или выдерживать реакцию сильного возбуждения; имеющих выгоду от заболевания или неэффективный опыт прохождения данной терапии в прошлом. При этом подчеркивается, что эффективность терапии зависит от мотивации индивида на лечение и уверенности в достаточном ресурсе для успешного «погружения» в работу¹.

Когнитивная психотерапия, способствующая переоценке травматических событий, устраняет иррациональные суждения, стереотипные мысли, возникающие на фоне тревоги, приводит к коррекции депрессивного состояния пациента и негативных поведенческих установок: отрицательного отношения к себе, своему жизненному опыту и пессимистичного взгляда в будущее. Данный метод учитывает особенности состояния сотрудников, испытывающих потребность рассказать об обстоятельствах травмы.

А. Д. Демкин, В. В. Иванов, В. И. Круглов предлагают использовать для медико-психологической реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой *«психотерапевтическую технику эмоционального освобождения (Clinical EFT — Emotional Freedom Techniques)*, которая представляет собой комбинированную сомато-когнитивную технику, включающую в себя элементы когнитивно-бихевиоральной, телесно-ориентированной и экспозиционной психотерапии с использованием техник акупрессуры»².

Техника Ф. Джербода *ослабление травматического инцидента (ОТИ)* состоит в визуализации и повторном переживании травмы (без прерываний, интерпретаций и ободрений), которая приводит к когнитивной переоценке события.

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (ДПДГ) — метод, предложенный

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия... С. 197.

² Демкин А. Д., Иванов В. В., Круглов В. И. Новые методы реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой в армиях зарубежных государств // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2019. № 3. С. 125–131.

Ф. Шапиро в 1987 г., используемый в психокоррекции и для лечения отдельных симптомов психической травматизации, в настоящее время вызывает наибольшее число споров. В основе метода лежит представление о существовании у всех людей психофизиологического механизма — адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Основной его компонент — генерация ритмических мультисаккадических движений глаз одновременно с процессом концентрации на травматических воспоминаниях. Ф. Шапиро считал, что движения глаз запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, которая в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глаз (Shapiro, 1989; Neilsen, 1991). Повторяющиеся серии движений глаз, вероятно, приводят к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке¹. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения приобретают конструктивный характер. Методика активизирует естественный процесс самоисцеления, который пациент может контролировать. Подробно принципы и техника данного метода изложены в руководстве Ф. Шапиро².

В русле психодинамического понимания травму интерпретируют как экстремальное событие, ограниченное во времени (имевшее начало и конец), оказавшее неблагоприятное воздействие на психику субъекта.

Психодинамическая психотерапия ПТСР основывается на теоретической концепции психической травмы З. Фрейда, согласно которой, помимо внешних травматических воздействий, имеются внутренние травмирующие факторы (побуждения и желания). З. Фрейд считал, что травма является провоцирующим фактором развития невроза, при этом симптомы «вторжения» можно понять как попытки отреагировать на травму³. Последовательные задачи психодинамической краткосрочной психотерапии ПТСР отражены в таблице 8.

¹ Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз : Основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. А. С. Ригина. Москва : Класс, 1998. 496 с.

² Там же.

³ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия... С. 200.

Последовательные задачи психотерапии в соответствии с фазами реакций клиента на травматическое событие

Актуальное состояние	Задачи психотерапии
Длительный посттравматический стресс	Вывести клиента из стрессогенного окружения. Помочь в принятии решений, планировании действий
Симптомы «избегания», «вторжения», «флэшбэки», состояние оглушенности	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний
«Застревание» в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности	Помочь повторно пережить травму, установить контроль над воспоминаниями. Оказывать помощь в структурировании и выражении переживаний; обеспечить глубокую проработку травмы
Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания	Помочь переработать ассоциации, связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся образа «Я» и образов других людей. Помочь установить связи между травмой и переживаниями угрозы, межличностными отношениями, образом «Я» и планами на будущее
Независимая переработка мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию

Нейролингвистическое программирование изменяет в сознании психический образ травмирующей ситуации, дает возможность получить доступ к скрытым психическим ресурсам человека и изменить, таким образом, его психическое состояние. Это достигается с помощью различных техник. Например, техника «тройной диссоциации» позволяет путем диссоциативной формы восприятия пересмотреть «со стороны», преобразовать и интегрировать психотравмирующий опыт, оставаясь эмоционально не вовлеченным и располагая всеми ресурсами личности¹. Техника «шестишагового рефрейминга» направлена на формирование более адекватных способов поведения путем разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, повышения уверенности в своих способностях, а также путем выведения на сознательный уровень истинных мотивов и целей поведения. Техники «визуально-

¹ См.: Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Москва : Эксмо, 2005. 960 с.

кинестетической диссоциации», «интеграции якорей» и «взмаха» позволяют редуцировать негативную фиксацию на травме и изменить ригидные стереотипы поведения. Перечисленные и другие техники НЛП могут быть использованы как основные (в остром травматическом периоде) или как вспомогательные в составе других психотерапевтических приемов¹.

Эриксоновский гипноз, осуществляемый в рамках краткосрочной психотерапии (6–12 сессий), позволяет путем косвенной суггестии активизировать подсознательные процессы, являющиеся для человека источником ресурсов, а затем отреагировать травмирующую ситуацию. В результате происходит реорганизация психики комбатанта, негативные переживания подвергаются значительной нейтрализации, уменьшается эмоциональная напряженность, раздражительность, улучшается сон. Индивид получает возможность более конструктивно (без прежней эмоциональной вовлеченности) переосмыслить события прошлого и принять их, найти пути выхода из кризисной ситуации, сформировать «образ достижения» привлекательного будущего. Для достижения стойкого эффекта и успешного преодоления текущих жизненных стрессов участникам боевых действий рекомендуется обучаться самогипнозу.

Гештальт-терапия эффективна при наличии невротических, тревожных, фобических, депрессивных и некоторых психосоматических расстройств, наблюдаемых при ПТСР, а также в случае интрапсихических и межличностных конфликтов, суицидальных тенденций, нарушений сна и повышенной агрессивности. Гештальт-терапия стимулирует процесс совладания с травмой за счет ассимиляции вытесненного материала, создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции. Мишенью терапевтического воздействия является симптом ПТСР — неспособность строить планы на длительную жизненную перспективу, избегать отношений, поэтому необходимо восстановить способность человека к контакту с самим собой и окружением, а также работа с механизмами его прерывания. Другой симптом ПТСР — агрессия, которая проецируется на окружающих, — связан с избеганием ответственности за свои действия. В этом случае супрессивная техника помогает индивиду осознать свои чувства и начать реагировать более адекватно².

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия... С. 201.

² Там же. С. 201–202.

Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) широко применяется в целях лечения нейровегетативных и коммуникативных нарушений, неврозов, депрессий непсихотического уровня, тревожно-фобических и психосоматических расстройств психогенного уровня. Цель психотерапии — вывести на сознательный уровень вытесненные тенденции путем переноса (трансфера) символических образов и действий на реальное поведение индивида. Субъект последовательно проходит мотивы, символически отражающие индивидуальные проекции его личности (эмоции, уровень притязаний, бессознательные желания, защитные установки, страхи и др.). Для лиц, страдающих ПТСР, для проработки актуальных конфликтов, фобических реакций, формирования установки на самостоятельное решение проблем и скорейшей социальной адаптации используют мотивы луга, горы, представление реальных ситуаций, позволяющих добиться быстрой динамики состояния. Для коррекции личностных особенностей применяют: мотив луга, реки, плавания на лодке без весел, купания (для снижения тревожности, напряженности, симптомов «избегания»); переправы через реку (для стимуляции ресурсов преодоления препятствий); мотив дома (для проработки «социальной маски», оценки готовности к общению, раскрытия подсознательной информации, полученной в детстве, семье); мотив горы (для проработки эдипова комплекса, целеполагания); мотив подъема в гору и открывающейся с ее вершины панорамы (для социальной адаптации — проработки тематики достижения успеха); мотив неизвестного существа, выходящего из темной пещеры (для проработки фобий, вытесненных страхов). Применение символдрамы противопоказано при психозах, истерических расстройствах, тяжелых депрессивных состояниях, т. к. может спровоцировать галлюцинации и суицидальные попытки. Данный метод не эффективен при церебрально-органическом синдроме, невысоком интеллекте (сниженной способности визуализировать образы) и низкой мотивации к лечению¹.

Клиент-центрированная психотерапия (по К. Роджерсу) необходима для осознания новых перспектив и возможностей возвращения к нормальной жизни путем взгляда на их жизненную ситуацию «со стороны», а также с помощью выражения своих чувств, осознания причин текущего состояния и принятия собственной ответственности за него. В результате снижается страх перед будущим, изменяются установки по отношению к другим людям, исчезает ощущение изоляции, возникает стремление действовать.

¹ Малкина-Пых И. Г. Указ. соч.

Логотерапия В. Франкла. Поскольку психическая травма деформирует образ привычной «картины мира», в структуру ПТСР входит симптоматика, соответствующая проявлениям неврозов с потерей смысла жизни. В этих случаях применяется методика «сократовского диалога», позволяющая раскрыть новый или осознать альтернативный смысл жизни: если будет смысл в каждом моменте жизни — он будет и во всем существовании в целом. В. Франкл считал, что человек способен найти собственный уникальный смысл своего существования даже в безвыходных ситуациях, а найдя его, в дальнейшем сам несет ответственность за его осуществление. При этом важно осознавать, что активная деятельность, интерес и вовлеченность в жизнь — наиболее эффективные средства против бессмысленности существования. Обрести дом, заботиться о других, искать, творить, любить — эти формы вовлеченности обогащают человека и являются мощнейшим противовесом ощущению утраты смысла жизни.

Семейная психотерапия направлена на коррекцию характерологических особенностей и межличностных отношений супругов, ликвидацию неадекватных форм реагирования участников боевых действий, гармонизацию семейных отношений в целом. Основным методом является групповая психотерапевтическая дискуссия, которая строится в системе трехкомпонентной структуры межличностного взаимодействия (когнитивного, аффективного, поведенческого) и реализуется в интроиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной плоскостях личности. Используются также психогимнастика, музыкотерапия и др.¹

Помимо традиционных форм психотерапии за рубежом разработаны высоко технологичные варианты, например, *градуированная экспозиционная психотерапия в среде виртуальной реальности (Virtual Reality Graded Exposure Therapy — VRGET)*². С ее помощью происходит актуализация психотравмирующих образов, которые человек эмоционально переживает в безопасных условиях, переосмысливает и учится контролировать. К патогенетическим вариантам лечения ПТСР, широко применяемым в зарубежных странах, относятся:

¹ Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия... С. 203.

² Courtois C. A., Brown L. S., Cook J., Fairbank J. A., Friedman M., Gone J. P., Schulz P. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults // American Psychological Association : American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults Adopted as APA Policy, February 24, 2017. Washington, DC, USA. 2017.

1. *Светозвуковая нейростимуляция (Light & Sound Neurotherapy — LSN)*, позволяющая с помощью световых и звуковых стимулов синхронизировать электромагнитную активность головного мозга, улучшить его кровоснабжение и метаболизм.

2. *Серийная транскраниальная магнитная стимуляция отдельных участков коры головного мозга (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation)*, позволяющая лечить хронические формы ПТСР, не поддающиеся психотерапии и фармакотерапии¹.

3. *Система нейробиологической обратной связи (Neurofeedback, Brain-Computer Interface — BCI)*, доказавшая высокую эффективность в лечении резистентных форм ПТСР².

Примерная программа тренинга «Психологическая коррекция личностных изменений и реабилитация симптомов ПТСР» изложена в приложении 7.

В таблице 9 представлены типы психологических последствий деятельности, психотерапевтические «мишени» воздействия и предлагаемые мероприятия психологической реабилитации сотрудников ОВД, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях. Данные мероприятия не являются исчерпывающими, но могут сориентировать психологов ОВД в направлениях и видах оказания психологической помощи.

Традиционный подход, основанный не на стремлении помочь человеку избавиться от кризиса или психологической травмы, а привести его изменившиеся представления об окружающем мире к нормам, принятым в данном обществе, приводит к стигматизации и ухудшению состояния. Следует учитывать, что негативные предубеждения к посещению психолога или психотерапевта, а также психотравматическая стигматизация могут приводить к неудовлетворительным результатам психологической реабилитации.

Комплексная реализация мер по психологической профилактике, реадaptации и реабилитации включает не только информирование сотрудников ОВД об особенностях и закономерностях реагирования на психотравмирующие события, критериях необходимости обращения за психологической помощью, но и формирование у них навыков

¹ Philip N. S., Barredo J., van't Wout-Frank M., Tyrka A. R., Price L. H., Carpenter L.L. Network mechanisms of clinical response to transcranial magnetic stimulation in posttraumatic stress disorder and major depressive disorder // *Biological Psychiatry*. 2018. Vol. 83, № 3. P. 263–72.

² Panisch L., Hai A. The Effectiveness of Using Neurofeedback in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review // *Trauma Violence Abuse*. 2018. Vol. 21, № 3. P. 1524838018781103; <https://doi.org/10.1177/1524838018781103>.

саморегуляции (в том числе с использованием метода биологически обратной связи, контроля и управления вниманием), внедрение представлений о ценности психологической гигиены, физической, социальной и когнитивной активности, гармонизации семейных отношений, а также формирование ценностно-смысловой перспективы профессиональной деятельности и личностного роста.

Таблица 9

Типы психологических последствий, психотерапевтические «мишени» воздействия и мероприятия психологической реабилитации сотрудников ОВД

Типы психологических последствий	Психотерапевтические «мишени» воздействия	Мероприятия Психологической реабилитации
Позитивные (конструктивные)	Нет	Не нуждаются в психологической реабилитации. Рекомендован здоровый образ жизни, соблюдение режима труда и отдыха, полноценный сон, занятия спортом. Внедрение представлений о ценности психологической гигиены, физической, социальной и когнитивной активности.
Неустойчиво-адаптивные	Состояние психического напряжения и утомления, возбудимость, склонность к риску, импульсивность, недостаточный волевой контроль, агрессивность, эгоцентричность, директивность, индивидуалистичность, дистресс, отдельные умеренно выраженные симптомы ПТСР, возможны признаки психосоматических расстройств	1. Психологическая профилактика: информирование об особенностях и закономерностях реагирования на психотравмирующие события, критериях необходимости обращения за психологической помощью. 2. При отсутствии симптомов ПТСР: психокоррекция состояния, личностных черт, релаксационные и физио-процедуры (рефлексо- и ароматерапия, аутогенная тренировка, электросон, массаж, акупунктура, бальнеопроцедуры и др.), активный отдых, дозированные физические нагрузки, обучение методам психической

Продолжение таблицы 9

Типы психологических последствий	Психотерапевтические «мишени» воздействия	Мероприятия Психологической реабилитации
		<p>саморегуляции, в т. ч. с помощью системы биологической обратной связи,</p> <p>3. При наличии умеренно выраженных симптомов ПТСР: когнитивно-поведенческая психотерапия, ДПДГ, телесно-ориентированная, гештальт-терапия, символдрама, семейная психотерапия и др.</p> <p>4. Лечение психосоматических заболеваний</p>
Негативные (пограничные)	<p>Состояние выраженной астении, психической напряженности, утомления, дисбаланс гипостенических и стенических личностных черт, признаки внутриличностного конфликта, эгоцентризм, социальная интроверсия, ригидность, нонконформизм, пессимистичность, гипостенический или смешанный тип стрессового реагирования, низкая мотивация к деятельности, склонность к употреблению психоактивных веществ, выраженные симптомы ПТСР, частая и длительная заболеваемость</p>	<p>1. Лечение соматической и коморбидной патологии (фармако- и физиотерапия).</p> <p>2. Психотерапия ПТСР: когнитивно-бихевиоральная, нарративная экспозиционная, когнитивно-процессуальная, телесно-ориентированная, ДПДГ, гештальт-терапия, символдрама, семейная психотерапия и др.</p> <p>3. Психокоррекция мотивации, личностных установок, конфликтного сочетания противоречивых личностных черт.</p> <p>4. Психокоррекция состояния напряжения и утомления с помощью релаксационных и физиопроцедур (рефлексо- и ароматерапия, аутогенная тренировка, электросон, массаж, акупунктура, бальнео-процедуры и др.), рекомендованы здоровый образ жизни, спокойные условия жизнедеятельности, привычный круг общения, дозированные физические нагрузки,</p>

Окончание таблицы 9

Типы психологических последствий	Психотерапевтические «мишени» воздействия	Мероприятия Психологической реабилитации
		5. Психокоррекция стрессоустойчивости: обучение методам психической саморегуляции с использованием системы биологической обратной связи (БОС)

Таким образом, своевременно оказанная профессиональная помощь в виде психологической реабилитации, позволяет повысить эффективность выполнения профессиональной деятельности сотрудников ОВД в особых условиях. При этом значение имеет эффективная профилактика, раннее начало и адекватность проводимых реабилитационных мероприятий, социальная поддержка со стороны общества, коллег, семьи и близких, а также высокая квалификация оказывающего помощь психолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, особые условия деятельности не являются фактором, действующим абсолютно негативно. Для небольшой части участников — это травматический опыт и негативные последствия, которые требуют проведения широкого спектра медико-психологических реабилитационных мероприятий, при планировании которых необходимо обращать внимание на негативную мотивацию деятельности, интенсивность выполнения оперативно-служебных задач и длительность нахождения в особых условиях. Однако для относительно небольшого числа лиц — это естественная, нормальная деятельность, позитивный опыт, ведущий к увеличению профессионализма.

Крайне важно своевременно выявлять сотрудников ОВД с возникшими признаками дезадаптации и своевременно (в кратчайшие сроки) проводить психологическую интервенцию, используя системный подход к реализации психологической работы. С этой целью желательно организовать регулярное повышение квалификации психологов подразделений ОВД по программе «Психологическая интервенция и подготовка сотрудников органов внутренних дел к действиям в особых условиях» и реализовать ее на базе образовательных организаций системы МВД России. Своевременно оказанная профессиональная помощь в виде психологической интервенции, позволяет повысить эффективность выполнения профессиональной служебной деятельности сотрудников ОВД. При этом значение имеет эффективная профилактика, раннее начало и адекватность проводимых реабилитационных мероприятий, социальная поддержка со стороны общества, коллег, семьи и близких, а также высокая квалификация оказывающего помощь психолога.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера : Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ (ред. от 08.08.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации (далее — СЗ РФ). – 1994. – № 35. – Ст. 3648.

2. О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 342-ФЗ (ред. от 28.12.2024) // СЗ РФ. – 2011. – № 49 (ч. I). – Ст. 7020.

3. Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации : приказ МВД России от 2 сентября 2013 г. № 660 (ред. от 16.12.2022) // Справочная правовая система «ГАРАНТ» (далее — СПС «Гарант»). – URL: <https://base.garant.ru/70675376/> (дата обращения: 12.03.2025).

4. О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации (вместе с «Порядком и местами проведения медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации») : приказ МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 (зарег. в Минюсте России 30.08.2024, № 79354) // Официальный интернет-портал правовой информации (pravo.gov.ru). – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409020005> (дата обращения: 12.03.2025).

5. Об утверждении Положения о порядке организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации : приказ МВД России от 27 августа 2024 г. № 500 (зарег. в Минюсте России 20.09.2024, № 79534) // Официальный интернет-портал правовой информации (pravo.gov.ru). – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202409200024> (дата обращения: 12.03.2025).

6. Александровский, Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – Москва : Наука, 1976. – 272 с.

7. Алиев, Х. М. Метод ключ. Разблокируй свои возможности. Реализуй себя! – Санкт-Петербург : Питер, 2009. – 94 с.

8. Андруник, А. П., Смородинскова И. А Содержание понятия агрессии, психологические характеристики видов и форм агрессивности // Антропология. – 2022. – № 3 (7). – С. 104–109.

9. Антонова, Н. А. Социально-психологические факторы нервно-психической дезадаптации сотрудников силовых структур : 19.00.04 : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Антонова Наталья Александровна. – Санкт-Петербург, 2009. – 24 с.
10. Ароматерапия. Профилактика и лечение заболеваний. Что необходимо знать о лечебных свойствах эфирных масел. – 4-е изд. – Москва : Амрита, 2012. – 64 с.
11. Барина, М. Г., Пряхина, М. В. Методы психологической коррекции сотрудников правоохранительных органов // Педагогика и психология в деятельности сотрудников правоохранительных органов: интеграция теории и практики : материалы международной научно-практической конференции, г. Санкт-Петербург, 27 октября 2023 г. – Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский университет МВД России, 2023. – С. 26–31.
12. Безносков, С. П. Профессиональная деформация личности. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 272 с.
13. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Ленинград : Наука, 1988. – 267 с.
14. Браунинг, Т. Сила мягкости. Холистический массаж. – Санкт-Петербург : Принт, 2024. – 480 с.
15. Бутейко, К. П. Дыхательные практики Бутейко. – Москва : АСТ, 2016. – 130 с.
16. Водопьянова, Н. Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 12. – 2009. – Вып. 1, ч. 1. – С. 75–86.
17. Вызулина, К. С. Личностно-психологические ресурсы социальной адаптации кадровых военнослужащих на разных этапах жизненного пути : 19.00.01 : автореф. дис. ... канд. психол. наук. / Вызулина Ксения Сергеевна. – Краснодар, 2017. – 22 с.
18. Деева, Н. А. Тренинг профессиональной и жизненной успешности сотрудников органов внутренних дел: ресурсы, значимость, субъектность : учебно-практическое пособие. – Краснодар : Издательство Краснодарского университета МВД России, 2021. – 191 с.
19. Декер-Фойгт, Г. Г. Введение в музыкотерапию. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 208 с.
20. Демкин, А. Д., Иванов, В. В., Круглов В. И. Новые методы реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой в армиях

зарубежных государств // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2019. – № 3. – С. 125–131.

21. Душкин, А. С. Концептуальные основы психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации // Обеспечение личной безопасности в деятельности сотрудников органов внутренних дел : материалы внутриведомственной научно-практической конференции, г. Санкт-Петербург, 28–29 мая 2015 г. – Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2015. – С. 92–95.

22. Караяни, А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий (Психология боевого стресса и стресс-менеджмента) : учебное пособие. – Москва : Военный университет, 2018. – 152 с.

23. Караяни, А. Г. Посттравматический рост у участников боевых действий: есть повод для оптимизма // Человеческий капитал. – 2024. – № 8 (188). – С. 236–244; <https://doi.org/10.25629/НС.2024.08.25>

24. Караяни, А. Г. Хронотоп войны как методическая оптика для анализа поколения специальной военной операции // Российский военно-психологический журнал. – 2024. – № 4 (6). – С. 53–64; <https://doi.org/10.25629/RMPJ.2024.04.06>.

25. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия : учебник. – Санкт-Петербург : Питер, 2007. – 672 с.

26. Психиатрия : Национальное руководство : Краткое издание : [учебное пособие]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 624 с.

27. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – Санкт-Петербург : Питер, 2012. – 944 с.

28. Колобова, С. В. Факторы резильентности комбатантов. Аналитический обзор зарубежных исследований // Психология человека и общества. – 2023. – № 4 (55). – С. 15–20.

29. Костакова, И. В. Психологическая коррекция личности : электронное учебное пособие. – Тольятти : Тольяттинский государственный университет, 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

30. Коханов, В. П., Краснов, В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. – Москва : Практическая медицина, 2008. – 448 с.

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

32. Психология здоровья : учебное пособие / под ред. Г. С. Никифорова. – Санкт-Петербург : Издательство Санкт-Петербургского государственного университета, 2000. – 256 с.

33. Лихолетов, А. Г., Двинских, М. В., Ичитовкина, Е. Г. Медико-психологическая реабилитация комбатантов в медицинских

организациях органов внутренних дел Российской Федерации // Медицинский вестник МВД. – 2024. – Т. 128, № 1 (128). – С. 28–31; https://doi.org/10.52341/20738080_2024_128_1_28.

34. Лобзин, В. С., Решетников, М. М. Аутогенная тренировка. – Ленинград : Медицина, 1986. – 279 с.

35. Лобзов, А. С. Психологические трудности взаимодействия должностных лиц в процессе принятия решений в сфере охраны правопорядка // Тезисы I Всесоюзной конференции по психологии управления. – Москва : Академия МВД, 1979. – С. 39–42.

36. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации. – Москва : Эксмо, 2005. – 960 с.

37. Малкина-Пых, И. Г. Психологическая помощь в экстремальных ситуациях : [учебник]. — Москва : КноРус, 2023. – 418 с.

38. Минуллина, А. Ф., Гурьянова, О. А. Тренинг личностного роста : методическое пособие. – Казань : Бриг, 2015. – 96 с.

39. Молчанова, Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России. – 2014. – Т. 6, № 1 (24). – С. 1–21.

40. Мюллер, Й. П. Моя система. Пять минут упражнений в день для красоты и здоровья. – Москва : ЛитРес, 2019. – 88 с.

41. Осипова, А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие. – Москва : Сфера, 2002. – 510 с.

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

43. Осухова, Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях : учебное пособие. – Москва : Академия, 2012. – 288 с.

44. Петровский, А. В., Ярошевский, М. Г. История и теория психологии : в 2 т. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – Т. 2. – 413 с.

45. Поршук, А.С. Организация психологической реабилитации личного состава органов внутренних дел // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2020. – Т. 13, № 3. – С. 79–86.

46. Приемы саморегуляции : методическое руководство для специалистов психологической службы и спасателей МЧС России / сост. Т. Ю. Матафонова. – Москва : Центр экстренной психологической помощи МЧС России, 2005. – 56 с.

47. Пряхина, М. В., Голуб, Я. В. Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 85–95.

48. Пряхина, М. В., Голуб, Я. В. Технологии стресс-менеджмента в системе МВД России // Юридическая психология. – 2012. – № 3. – С. 34–38.

49. Пряхина, М. В., Кобозев, И. Ю. Профессиональный стресс руководителей органов внутренних дел и его психопрофилактика : монография. – Санкт-Петербург : Политехника-Сервис, 2011. – 158 с.

50. Психологическая поддержка участников вооруженных конфликтов : учебное пособие / Т. Н. Березина, Д. В. Деулин, К. И. Дьячук [и др.] ; под общ. ред. М. И. Марьина, В. Е. Петрова. – Москва : КноРус, 2025. – 320 с.

51. Психологическая помощь, оказываемая в рамках медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации с признаками невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств / Мальцева Т. В., Возженикова О. С., Михайлова Т. В. [и др.]. – Москва : Академия управления МВД России, 2024. – 172 с.

52. Психологическая работа в органах внутренних дел : учебное пособие / Вахнина В. В. [и др.] ; отв. ред. В. И. Долинко. – Москва : Академия управления МВД России, 2019. – 108 с.

53. Психология кризисных и экстремальных ситуаций : учебник / под ред. Н. С. Хрустальной. – Санкт-Петербург : Издательство СПбГУ, 2018. – 748 с.

54. Пушкарев, А. Л., Доморацкий, В. А., Гордеева, Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – Москва : Издательство Института психотерапии, 2000. – 128 с.

55. Райх, В. Анализ характера / пер. с англ. Е. Поле. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 528 с.

56. Салехов, С. А., Корабельникова, И. А., Салехова, Ю. С., Максимум, Н. Н., Яблочкина, Е. С. Патогенетическое обоснование развития нейроинтоксикации после психологической коррекции // Вестник Новгородского государственного университета. Серия: Медицинские науки. – 2021. – № 1 (122). – С. 54–57; [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1\(122\).54-57](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1(122).54-57).

57. Сидоров, П. И., Парняков, А. В. Введение в клиническую психологию : учебник. – Москва : Академический проект, 2000. – С. 362.

58. Снедков, Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : 14.00.18 : дис. ... д-ра мед. наук / Снедков Евгений Владимирович. – Санкт-Петербург, 1997. – 438 с.

59. Соловьев, И. В. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия, оказание психологической помощи и психореабилитация. – Москва : Витязь-Братишка, 2000. – 112 с.

60. Стрельникова, Ю. Ю. Психологические последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции : монография. – Санкт-Петербург : Издательство СПбУ МВД России, 2020. – 256 с.

61. Стрельникова, Ю. Ю. Стрессовая адаптация и дезадаптация личности в условиях чрезвычайной ситуации // Психолого-педагогические проблемы безопасности человека и общества. – 2014. – № 4 (25). – С. 21–29.

62. Стрельникова, Ю. Ю. Структура психологических последствий контртеррористической деятельности: дифференцированный подход к реабилитации // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2024. – № 3 (103). – С. 322–335; <https://doi.org/10.35750/2071-8284-2024-3-322-335>.

63. Стрельникова, Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля : 19.00.03 : дис. ... д-ра психол. наук / Стрельникова Юлия Юрьевна. – Санкт-Петербург, 2016. – 582 с.

64. Стрельникова, Ю. Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к мирной жизни // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2014. – № 2 (46). – С. 145–153.

65. Стрельникова, Ю. Ю., Барина, М. Г., Пряхина, М. В. Психологическая интервенция (развитие, коррекция и реабилитация) : учебное пособие. – Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2023. – 180 с.

66. Стрельникова, Ю. Ю., Бобрищев, А. А. Факторы риска и ресурсы выживания в чрезвычайных ситуациях // Вестник Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России. – 2015. – № 2. – С. 180–188.

67. Ушаков, Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – Москва : Медицина, 1987. – 303 с.

68. Харламова, Н. Н. Особенности организации и проведения психологического сопровождения деятельности личного состава

ГУВД Московской области, принимающих участие в антитеррористической операции в СКР // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД и ВВ МВД России : сборник тезисов Всероссийской совещания руководителей подразделений психологического обеспечения ОВД и внутренних войск. – Москва : Управление воспитательной работы ГУКиКП МВД России, 2000. – С. 98–108.

69. Хеллингер, Б. Порядки любви: Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий. – Москва : Издательство Института психотерапии, 2003. – 400 с.

70. Ходоров, Дж. Танцевальная терапия и глубинная психология. Движущее воображение / пер. с англ. – Москва : Когито-Центр, 2009. – 219 с.

71. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз : Основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. А. С. Ригина. – Москва : Класс, 1998. – 496 с.

72. Шаранов, Ю. А., Душкин, А. С. Психологическая травматизация сотрудников правоохранительных органов, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях // Прикладная юридическая психология. 2023. № 2 (63). С. 26–38. [https://doi.org/10.33463/2072-8336.2023.2\(63\).026-038](https://doi.org/10.33463/2072-8336.2023.2(63).026-038).

73. Шестакова, Е. Г., Дорфман, Л. Я. Агрессивное поведение и агрессивность личности // Образование и наука. – 2009. – № 7 (64). – С. 51–66.

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

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

76. Энциклопедия юридической психологии / под ред. А. М. Столяренко. – Москва : Закон и право, 2003. – 607 с.

77. Courtois, C. A., Brown, L. S., Cook, J., Fairbank, J. A., Friedman, M., Gone, J. P., Schulz, P. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults // American Psychological Association : American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults Adopted as APA Policy, February 24, 2017. – Washington, DC, USA. – 2017.

78. Hobfoll, St. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress // American Psychologist. – 1989. – Vol. 44 (3). – P. 513–524.

79. Philip, N. S., Barredo, J., van't Wout-Frank, M., Tyrka, A. R., Price, L. H., Carpenter, L. L. Network mechanisms of clinical response to transcranial magnetic stimulation in posttraumatic stress disorder and major depressive disorder // *Biological Psychiatry*. – 2018. – Vol. 83, № 3. – P. 263–72.

80. Panisch, L., Hai, A. The Effectiveness of Using Neurofeedback in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review // *Trauma Violence Abuse*. – 2018. – Vol. 21, № 3. – P. 1524838018781103; <https://doi.org/10.1177/1524838018781103>.

81. Allen, J. J., Anderson, C. A., Bushman, B. J. The General Aggression Model // *Current Opinion in Psychology*. – 2018. – Vol. 19. – P. 75–80; <https://doi.org/19.10.1016/j.copsyc.2017.03.034>.

82. DeWall, C. N., Anderson, C. A., Bushman, B. J. The General Aggression Model: Theoretical Extensions to Violence // *Psychology of Violence*. – 2011. – № 1 (3). – P. 245–258; <https://doi.org/10.1037/a0023842>.

83. Miles, S. R., Sharp, C., Tharp, A. T., Stanford, M. S., Stanley, M., Thompson K. E., Kent T. A. Emotion dysregulation as an underlying mechanism of impulsive aggression: Reviewing empirical data to inform treatments for veterans who perpetrate violence // *Aggression and Violent Behavior*. – 2017. – № 34. – P. 147–153; <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.017>.

84. Misca, G., Forgey, M. A. The Role of PTSD in Bi-directional Intimate Partner Violence in Military and Veteran Populations: A Research Review // *Frontiers in Psychology*. – 2017. – Vol. 8. – P. 1394. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01394>.

85. Moyer, J., Kaiser, A. P., Cook, J., Pietrzak, R. H. Post-traumatic Stress Disorder in Older U.S. Military Veterans: Prevalence, Characteristics, and Psychiatric and Functional Burden // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2022. – Vol. 30, № 5. – P. 606–618.

86. Snir, A., Itzhaky, L., Solomon, Z. The Double-Edged Sword – Outward and Inward Directed Aggression among War Combatants // *Arch Suicide Res*. – 2017. – № 21 (4). – P. 595–609; <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1227740>.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Когнитивно-поведенческие упражнения

Когнитивно-поведенческие упражнения — это лечебно-профилактические средства психотерапии, направленные на уменьшение или полное устранение негативных эмоций или стрессового дискомфорта¹.

Упражнение № 1. Преодоление тревоги

(техника гештальт-терапии)

Для того чтобы преодолеть тревогу, которая значительно ухудшает качество жизни, необходимо сделать следующее:

1. Задать себе вопрос и, главное, честно ответить на следующие вопросы:

– Тревожась и переживая за будущее, не уничтожаю ли я свое настоящее?

– Я испытываю тревогу потому, что моя проблема огромна и неразрешима или просто оттягиваю время, чтобы ее решить?

– Есть ли возможность сделать сейчас то, что меня так тревожит? Например, назначить любимому встречу, начать серьезный разговор, составить план и т. п.

2. После того как Вы ответили на изложенные выше вопросы, попытайтесь представить и перенести свои переживания на сегодняшний день и пережить их прямо сейчас. Вы убедитесь в том, что тревожится и переживать о том, что уже происходит «здесь, в данный момент времени» достаточно трудно.

3. Концентрируем внимание на окружающем:

Постарайтесь сосредоточиться на органах чувств, т. е. прислушайтесь к звукам, запахам и обратите внимание на цвета.

На листке бумаги: «Я осознаю, что...» запишите все то, что почувствовали.

4. Концентрируем внимание на внутреннем мире:

Прислушиваемся к сердцебиению, дыханию, коже, мускулатуре и т. п.

¹ Сайт психологов В17.ru : [сайт]. URL: <https://www.b17.ru/article/kognitivno-povedencheskie-uprazhneniya/> (дата обращения: 14.05.2024).

Берем тот же листок и пишем: «Я осознаю, что...» свои ощущения.

После этого подумайте: все ли части тела Вы ощутили. Если нет, тогда сделайте четвертый пункт несколько раз, чтобы не оставить без внимания ни одну часть своего тела.

Выполняя это упражнение, Вы почувствуете, что тревога начнет отступать, Вы успокоитесь, так как переведете свое внимание на другую деятельность. В следующий раз, как только Вы начнете испытывать тревогу, выполняйте поэтапно 4 пункта этого упражнения.

Упражнение № 2. Преодоление страха (по Эллису)

Если страх является следствием нерационального представления (ложного, не имеющего реальную основу), тогда необходимо сделать следующее:

Постарайтесь посмеяться над своим страхом, а также над страхом перед страхом. Например, зачем Вам нужно одобрение Ваших родных о приготовленном Вами обеде? Мыслите рационально: если бы блюдо было невкусным (пересоленным, недоваренным, слишком жирным и т. п.), то они точно бы об этом сказали, а раз молча едят, значит им все нравится. Посмейтесь над тем, что Вы ждете одобрение там, где его не следует ждать.

Честно и откровенно расскажите о своем страхе доверительному лицу и покажите свои эмоции, которые Вы при этом испытываете.

Постарайтесь найти первопричину Вашего страха, т. е. иррациональное (неправильное, ложное) представление о должном, и заменить его на рациональное (разумное).

Наблюдайте за своими страхами, признавайтесь себе, что они мелочны и ничтожны и находите «правильное» представление о должном, оспаривайте и постепенно преодолевайте их. Например, Вы испытываете страх из-за того, что боитесь показать другим, как Вы тревожитесь за кого-либо или что-либо. Поймите, нет ничего постыдного и страшного в том, что другие увидят, что Вы встревожены. Сознайтесь себе в том, что Ваш страх перед проявлением своих эмоций беспочвенен и необоснован. Запомните, что каждый человек имеет право на эмоции и переживания.

Упражнение № 3. Снятие стресса (по К. Шрайнеру)

1. Прислушайтесь к своим чувствам, которые Вы испытываете во время стресса, возможно, Вас «прошибает пот» или Вы напряжены от ожидания.

2. Теперь специально сделайте так, чтобы прочувствовать тот момент, когда Вы сильно напряжены. Задайтесь вопросом и ответьте на него: «Ради чего и зачем я так напрягаюсь?».

3. Теперь задайте себе следующий вопрос: «А что мне нужно для того, чтобы я почувствовал(-а) себя лучше?».

4. На 2–3 минуты преувеличьте свои ощущения, пусть Вас на это время «прошибет пот» или наступит колоссальное напряжение. Ничего не предпринимая, просто прочувствуйте это состояние и убедитесь в том, что оно занимает очень много энергии и сил, и что эта энергия тратится впустую.

5. После проведенного эксперимента-наблюдения ответьте себе: «Нужно ли мне такое напряжение? Хорошо ли это для меня? Хочу ли я избавиться от него?».

6. Следующим шагом будет осознание того, что Ваши требования создают чувство отчаяния.

7. Приступаем непосредственно к релаксации. Для этого нужно представить, что все Ваши мышцы стали подобием податливого теста или поролона. Постарайтесь поймать состояние равновесия.

8. «Отмечаем» лишние мысли и тревоги и делаем что-то конструктивное и нужное вместо того, чтобы впустую тратить свои силы и энергию для бесполезного напряжения.

9. Последним шагом будет осознанная замена Ваших требований на Ваши предпочтения.

*Упражнение № 4. Разрешение стрессовой ситуации
методом «Взмаха» (по Р. Бендлеру)*

Встаньте удобно или сядьте и закройте глаза. Теперь представьте себе, что у Вас в обеих руках по одной фотографии:

В одной руке карточка, где сфотографирована Ваша проблема или отрицательная ситуация, которую не желали бы видеть. Она мрачная, все негативное и размытое.

В другой руке карточка, где сфотографирована приятная ситуация в ярких разноцветных красках, глядя на которую Вас посещают положительные эмоции, такие как радость, успокоение, счастье и т. п.

Теперь одним взмахом, молниеносно опускайте негативную фотографию на колени, чтобы Вы ее перестали видеть, а позитивную поднимайте до уровня глаз.

Это упражнение необходимо делать в тот момент, когда стрессовая ситуация проявляется и у Вас наступает напряжение. Подобную молниеносную замену фотографий нужно делать до тех пор, пока положительный образ окончательно не вытеснит отрицательный.

Упражнение № 5. Диалог с самим собой в целях экстренной самопомощи (по М.Е. Сандомирскому)

Главная цель диалога — срочно помочь себе снять возникший телесный эмоциональный дискомфорт.

1. Закройте глаза и представьте перед собой зеркало, а в нем Ваше отображение. Присмотритесь: как Вы выглядите в момент наступившего дискомфорта, как это отражается на выражении Вашего лица, на осанке.

2. Сконцентрируйтесь на физических ощущениях и найдите места, где именно испытываются неуютные ощущения.

3. Суть следующего шага заключается в следующем: Вы должны сами себе (т. е. воображаемому собеседнику, своему отображению) сказать все те слова, которые, по Вашему мнению, успокоят Вас в данной ситуации, ободрят, остановят навязчивую тревогу, сожаление, самобичевание, самообвинения и восстановят Ваше самоуважение и достоинство. Вложите в эти слова столько эмоциональности и чувств, сколько, по Вашему мнению, нужно будет для достижения поставленной цели. Ваш воображаемый «зеркальный» собеседник будет реагировать на Ваши слова, и его реакция станет Вам сигналом — попали ли Ваши слова в цель или они были произнесены впустую.

4. Переключитесь на свои физические ощущения. Если слова дошли до цели, то физические страдания будут утихать, и дискомфорт со временем исчезнет. Если же этого не произошло, повторите шаг 3 еще раз.

При необходимости данное упражнение можно повторять несколько раз, главное — это заставить стихнуть физический эмоциональный дискомфорт

Способы регуляции эмоциональных состояний с помощью дыхательных упражнений и идеомоторных приемов¹

Дыхание — не только важнейшая функция организма, но и эффективное психофизиологическое средство влияния на тонус мышц и эмоциональные средства. Медленное и глубокое дыхание понижает возбудимость нервных центров и способствует мышечному расслаблению, частое дыхание обеспечивает высокий уровень активности. Изменяя вид, ритм дыхания, продолжительность вдоха и выдоха, человек может самостоятельно влиять на психологическое состояние.

«Нижнее» («диафрагмальное») дыхание используется, когда необходимо преодолеть излишнее волнение, побороть тревогу и раздражительность, максимально расслабиться для быстрого отдыха.

Выполняется брюшное дыхание следующим образом: сидя или стоя необходимо сбросить напряжение с мышц и сосредоточить свое внимание на дыхании. Затем производится 4 этапа единого цикла дыхания, сопровождаемые внутренним счетом. На счет «1, 2, 3, 4» осуществляется медленный вдох, при этом живот выпячивается вперед, мышцы живота расслаблены, а грудная клетка неподвижна. Затем на следующие 4 счета производится задержка дыхания и плавный выдох на 6 счетов, сопровождаемый подтягиванием мышц живота к позвоночнику. Перед следующим вдохом следует пауза на 2–4 счета. Следует помнить, что дышать нужно только носом и так плавно, как если бы перед вашим носом висела пушинка и она не должна была колыхаться. Уже через 5 мин. такого дыхания вы заметите, что ваше состояние стало заметно спокойней и уравновешенней.

«Верхнее» (ключичное) дыхание необходимо, если Вам нужно взбодриться после монотонной работы, скинуть усталость, подготовиться к активной деятельности. Оно проводится энергичным глубоким вдохом через нос с поднятием плеч и резким выдохом через рот. При этом никаких пауз между вдохом и выдохом не производится.

¹ Приемы саморегуляции : методическое руководство для специалистов психологической службы и спасателей МЧС России / сост. Т.Ю. Матафонова. Москва : Центр экстренной психологической помощи МЧС России, 2005. С. 14–25.

Уже через несколько циклов такого дыхания появится ощущение «мурашек» на спине, свежести, прилива бодрости.

Можно использовать следующие упражнения:

1. *«Успокаивающее дыхание».*

В исходном положении стоя или сидя сделать полный вдох. Затем, задержав дыхание, вообразить круг и медленно выдохнуть в него. Этот прием повторить четыре раза. После этого вновь вдохнуть, вообразить треугольник и выдохнуть в него три раза. Затем подобным же образом дважды выдохнуть в квадрат. После выполнения этих процедур обязательно наступит успокоение.

2. *«Выдыхание усталости»*

Лечь на спину. Расслабиться, установить медленное и ритмичное дыхание. Как можно ярче представить, что с каждым вдохом легкие наполняет жизненная сила, а с каждым выдохом она распространяется по всему телу.

3. *«Зевок»*

Напрягающиеся в процессе зевка мышцы шеи, лица, ротовой полости ускоряют кровоток в сосудах головного мозга. Зевок, улучшая кровоснабжение легких, выталкивая кровь из печени, повышает тонус организма, создает импульс положительных эмоций.

Для упражнения нужно закрыть глаза, как можно шире открыть рот, напрячь ротовую полость, как бы произнеся низкое «у-у-у». В это время необходимо как можно ярче представить, что во рту образуется полость, дно которой опускается вниз. Зевок выполняется с одновременным потягиванием всего тела. Повышение эффективности зева способствует улыбка, усиливающая расслабление мышц лица и формирующая положительный эмоциональный импульс. После зевка наступает расслабление мышц лица, глотки, гортани, появляется чувство покоя.

4. *«Очистительное дыхание».*

Выполняется в любом удобном положении — стоя, сидя, лежа. Способствует быстрому снятию утомления, очищает кровь от токсинов, повышает сопротивляемость организма.

После полного вдоха выдох осуществляется небольшими порциями сквозь узкую щель между губами, внешне напоминая попытки погасить пламя свечи. Каждая последующая порция должна быть меньше предыдущей. На первых порах число повторений не должно превышать трех, а в дальнейшем можно довести до десяти.

5. *Очистительное дыхание со звуком «Ха»* обладает тонизирующим воздействием, способствует снятию нервного напряжения, освобождению от ощущения внутреннего беспокойства.

Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч. С медленным вдохом поднять расслабленные руки над головой, задержать дыхание на несколько секунд и представить себя стоящим на краю глубокой пропасти, держа в руках сосуд, содержащий все, что омрачает жизнь — горести, страхи, физические недуги. Немного наклониться вперед (с прямой спиной) и со звуком «Ха» резким движением сбросить сосуд в пропасть. Звук должен не произноситься, а образовываться выходящим из груди воздухом. После выдоха некоторое время оставаться в наклоне, раскачивая руки, до ощущения желания сделать вдох. Повторить 2–3 раза.

6. *«Кузнечные меха»*

Упражнение, действующее освежающе на весь организм, повышающее работоспособность. Предупреждает и лечит заболевания носоглотки.

Сидя в удобной позе сделать 10 быстрых и сильных вдохов и выдохов. Выдохи осуществляются за счет работы диафрагмы. После выполнения упражнения сделать полный вдох и задержку дыхания на 7–10 сек. во избежание гипервентиляции. Повторить 3–4 раза весь цикл.

7. *«Ритмическое дыхание через одну ноздрю»*

Рекомендуется при упадке сил, умственном переутомлении. Нормализует работу дыхательного центра. Выполняется после предварительного освоения полного дыхания:

- после очередного выдоха закрыть левую ноздрю средним пальцем левой руки и сделать вдох через правую ноздрю;
- задержать дыхание на вдохе, затем большим пальцем правой руки закрыть правую ноздрю и, открыв левую, сделать выдох;
- после задержки дыхания на выдохе сделать вдох через левую ноздрю;
- после задержки дыхания закрыть средним пальцем правой руки левую ноздрю и, освободив правую ноздрю, сделать выдох;
- выполнить задержку дыхания на выдохе.

Повторить описанный дыхательный цикл 5 раз. Длительность вдоха, выдоха и задержек дыхания на вдохе и выдохе — 8 сек.

Упражнения, основанные на концентрации дыхания

Перед упражнениями: представьте надувной шар или мяч, вспомните, как тонкой струйкой выходит из них воздух, если шар

развязать или мяч открыть. Постарайтесь мысленно увидеть эту струйку воздуха. Каждый свой выдох будем представлять в виде такой же струйки воздуха, выходящей из точек, которые будем открывать.

1. Сосредоточьтесь на своем дыхании. Дышите как обычно; отмечайте свой вдох и выдох. Можно внутренним голосом проговаривать: «Вдох», «Выдох» (30 сек.).

2. Почувствуйте свои колени. Вдох. Очередной свой выдох сделайте через точки, которые Вы мысленно «откроете» на своих коленях. (На самом деле, выдох делаем через нос, но представляем, что выдыхаем через колени). Вдох, а выдох — через точки, на своих коленях (30 сек.).

3. Ощутите свой позвоночник. Мысленно «пройдите» по нему сверху вниз. Найдите произвольно точку в самом низу позвоночника. Вдох через нос, а выдох — мысленно через точку, которую вы сами определили на позвоночнике в самом низу. Представляем тонкую струйку воздуха, выходящую при выдохе из этой точки (30 сек.).

4. «Поднимитесь» по позвоночнику вверх. Найдите точку на середине позвоночника. Вдох. Выдох — через точку на середине позвоночника (30 сек.). Мысленно стараемся «нарисовать» свой выдох.

5. Поднимитесь мысленно к шейному отделу позвоночника. Вдох. Выдох через точку на шейном отделе позвоночника. Подышать так 30 сек.

6. Ощутите свои руки, кисти рук. Вдох, а очередной выдох через точки на кистях рук (30 сек.).

7. Мысленно поднимитесь к локтям. Вдох, а выдох через точки на локтях. Подышать так, мысленно представляя выходящий воздух (30 сек.).

8. Поднимитесь мысленно к плечам, на правом и на левом найдите точки, через которые будем «выдыхать». Вдох, а выдох через точки на плечах. Струйки воздуха уходят вверх. Дышим, представляя эти струйки (30 сек.).

9. Находим точку между бровями. Вдох, а выдох через точку между бровями (30 сек.).

10. Выдыхаем через точку на макушке (30 сек.).

11. Следующий выдох сделайте через все точки, которые мы называли. Подышите так. Почувствуйте, как воздух проходит через все поры, через всю кожу (30 сек.). Дышите спокойно. Побудьте в таком состоянии столько, сколько вам нужно. Возвращайтесь отдохнувшими.

Эти упражнения полезны для расслабления после напряженной работы.

Формирование навыков расслабления мышц лица и рук

Именно эти части тела имеют самое большое представительство в коре головного мозга, и именно в этих частях наиболее часто возникают мышечные зажимы, т. е. группы мышц хронически находятся в повышенном тонусе даже тогда, когда человек расслаблен. Постоянно посылая в мозг активирующие сигналы, они не дают расслабиться полностью, в т. ч. и во сне. Поэтому важно научиться расслаблять все группы мышц, хотя бы на короткое время.

Работа мышц лица начинается с напряжения и расслабления мышц лба (маска удивления, маска гнева), а затем мышц щек, жевательных мышц, мышц шеи.

Упражнения для лица:

1. Растянуть губы в улыбке как можно дальше, подобие улыбки Буратино. Вернуться в начальное положение. Повторить 5–7 раз.

2. Надуть щеки. Выдохнуть воздух, мысленно надувая воздушный шарик. Повторить 5–7 раз.

3. Руку положить на лоб. Стараясь, не морщив лоб, поднять брови и глаза вверх. Повторить 5–7 раз.

4. Закрывать глаза. Сильно зажмуриться. Ощутить, что стало темно. Прикрыть глаза руками. Ощутить, что стало еще темнее. Представить перед собой темный бездонный колодец, черный бархат, что-то черное. Ощутить, что стало еще темнее, увидеть, почувствовать эту темноту. Побывать в ней. Убрать руки от лица. Ощутить, что стало светлее. Глаза, не открывая, почувствовать, что стало светлее. Медленно открыть глаза. (Обратно возвращаться медленнее в два раза). Упражнение выполняется 1 раз.

5. Делать глотательные движения.

6. Поднять уголки губ вверх, улыбнуться, почувствовать, как приятные ощущения от уголков идут к ушам.

7. Провести рукой по мышцам шеи и, если они напряжены, сделать несколько наклонов и вращательных движений головой, помассировать шею. Затем легко погладить мышцы от плеча к уху, потереть подушечками пальцев заушные бугры. Это позволяет улучшить приток крови к голове, поможет снять нервное напряжение.

Если зажим снять не удастся, то его можно разгладить с помощью легкого самомассажа круговыми движениями кончиками пальцев. Конечным результатом является достижение «маски релаксации»: веки опущены, все мышцы лица разглажены, лицо становится несколько сонным, равнодушным, нижняя челюсть лица опущена, язык слегка прижат к зубам, как будто собирается сказать «да».

Звукодвигательные упражнения

В таких упражнениях используется звук в сочетании с пением с целью вибрационного воздействия на определенные органы.

Считается, что звук «и» вибрирует глотку и гортань, звук «ы» вызывает вибрацию головного мозга, «а» и «о» - область груди, «э» и «оу» — легких, сердца, печени, желудка.

Вибрация звуком оказывает благоприятное влияние на все органы, особенно на сердечно-сосудистую систему, усиливает защитно-адаптационные реакции организма.

Для снятия психических напряжений, негативных эмоциональных состояний рекомендуется напевать звукосочетание «м-пом-пэээ»: «М-пом» — коротко, а «пээ-эээ» — растянуто.

Известно, что мимическая мускулатура способна оказывать влияние на эмоциональное настроение человека; поэтому необходимо приучать себя поддерживать постоянно доброе, приятное выражение лица.

Чтобы научиться расслаблять мышцы, надо их иметь, поэтому, ежедневные физические нагрузки повышают эффективность упражнений на расслабление мышц.

Управление тонусом скелетных мышц.

Умение расслабиться, снимать мышечные зажимы, возникающие под воздействием психических нагрузок, позволяет организму получать полноценный отдых, быстро восстановить силы и снимать нервно-эмоциональную напряженность. Добиться полноценного расслабления сразу всех мышц тела, как правило, не удастся. Поэтому рекомендуется последовательное расслабление различных групп мышц с соблюдением ряда правил.

Во-первых, задача упражнения – осознать и запомнить ощущение расслабленной мышцы по контрасту с ее напряжением.

Во-вторых, каждое упражнение состоит из трех фаз: «напрячь – прочувствовать – расслабить».

В начальной фазе напряжение избранной группы мышц нарастает плавно, затем несколько секунд держится максимальное напряжение до дрожания мышц, а сбрасывание напряжения (фаза расслабления) осуществляется резко. Нужно учитывать, что полностью расслабленная мышца как бы «провисает», и в ней возникает ощущение тяжести.

В-третьих, медленному напряжению соответствует и медленный вдох, расслабление синхронно со свободным полным выдохом.

Каждое из упражнений повторяется 3–4 раза.

Скелетная мускулатура является одним из самых сильных источников стимуляции мозга. Мышечная импульсация способна в широких пределах изменять его тонус. Доказано, что произвольное напряжение мышц способствует повышению и поддержанию психической активности, торможению нежелательных реакций на действующий или ожидаемый стимул. Для снятия неактуальной или чрезмерной психической активности, напротив, необходимо мышечное расслабление (релаксация). Испытывая негативные влияния, организм максимально мобилизуется для интенсивной мышечной работы. Вот и нужно представить ему такую работу. Иногда снятию психического напряжения помогут 20–30 приседаний или максимально возможное число отжиманий от пола.

В других случаях более эффективным окажется дифференцированный аутотренинг по типу «экспресс-метода». Он заключается в максимальном расслаблении тех мышц, работа которых в данный момент не требуется. Так, если при ходьбе напрягаются преимущественно мышцы ног, то нужно расслабить мышцы лица, плеч, рук. В положении сидя следует расслабить мышцы лица, рук, плеч, ног.

Метод управляемой психофизиологической саморегуляции «Ключ» Х. Алиева

Упражнения для раскрепощения:

1. 30 секунд — любые повторяемые повороты головой в приятном ритме.

2. 30 секунд — любые повторяемые движения на уровне плеч в приятном ритме.

3. 30 секунд — любые повторяемые движения от «бедра» в приятном ритме.

4. 30 секунд — любые повторяемые движения на уровне ног в приятном ритме.

5. Повторить найденное раскрепощающее движение еще раз.

Затем добавляем идеомоторные приемы.

В первые 2–3 дня тренировок после выполнения идеомоторных приемов нужно сесть и просто посидеть несколько минут пассивно, как бы нейтрально (глаза закрывать следует не сразу, а только если они сами закрываются). При этом возникает чувство пустоты в голове. Это реабилитационное состояние, в котором происходит психологическая разгрузка и накопление новых сил.

Приемы можно выполнить стоя, или сидя, или лежа, как удобнее.

Стоя — интереснее, и сразу видно, что и как получается.

Когда это делается стоя, сразу убеждаетесь в их высокой эффективности, потому что они позволяют получить комфортное состояние (и при желании — даже очень глубоко расслабиться) без необходимости в удобной позе.

Прием 1. «Расхождение рук»

Держите руки удобно и дайте мысленную команду рукам, чтобы они начали расходиться в стороны как бы автоматически, без мышечных усилий.

Подберите себе для этого удобный образ, помогающий добиться этого движения.

Представьте себе, например, что они отталкиваются друг от друга как однополярные магниты, или подберите какой-либо другой образ. Как удобнее. Можно начать с разведения рук обычным механическим движением, а потом — идеомоторно.

Для того чтобы ваша воля «сработала» и руки сами стали расходиться, нужно снять препятствие между волей и организмом (создать связь между волей и организмом), т. е. найти в себе состояние внутреннего равновесия.

Для этого нужно внутренне расслабиться, ощутить в себе комфорт. Делайте как приятнее, перебирайте варианты (отклоняйте или склоняйте голову, сделайте глубокий вдох или выдох, задержите на мгновение дыхание и т. д.), главное — найти это чувство внутреннего комфорта, при котором ваша воля начнет влиять на автоматику движения.

Можно делать с открытыми или закрытыми глазами. Если руки устают, то опустите их, встряхните, затем попробуйте опять.

Прием 2. «Схождение рук»

Разведите руки в стороны обычным способом, а теперь настройтесь на их обратное автоматическое движение друг к другу.

Повторите его несколько раз. Попробуйте сделать первый прием.

Расхождение и схождение рук повторить несколько раз, добиваясь как бы непрерывности движения. В момент, когда руки как бы застревают, можно слегка подтолкнуть их. Или улыбнуться, или вздохнуть. Улыбка снимает напряжение. Если наступило желаемое состояние внутреннего расслабления, побудьте в этом состоянии, чтобы его запомнить.

Прием 3. «Левитация руки»

Руки опущены. Можно смотреть на руку, тогда нужно это делать неотрывно, или же закрыть глаза. Настройтесь, чтобы рука стала подниматься, «всплывать». Помните, как у космонавтов в невесомости «всплывают» руки, ноги? Если не получается, вернитесь к приемам 1 и 2.

Когда рука начинает всплывать, возникает масса новых и приятных ощущений. В первый раз это вызовет ощущение настолько неожиданное, что невольно вызывает улыбку.

Прием 4. «Полет»

Если рука начала «всплывать», то через несколько секунд дайте возможность такого же «всплывания» и для второй руки.

Пусть руки «всплывают». Пусть поднимают как крылья.

Помогите себе приятными образными представлениями. Представьте себе, что руки — это крылья! Крылья несут вас!

Вы высоко — высоко над землей! Чистое небо! Навстречу теплому солнцу».

Позвольте открыться дыханию. Позвольте себе дышать свободно. Позвольте себе ощутить состояние полета.

Прием 5. «Автоколебания тела»

При выполнении Ключевых приемов вместе с расслаблением обычно возникает явление автоколебания тела. Это естественно — при расслабленном состоянии человек покачивается.

При автоколебаниях тела руки можно опустить и просто покачиваться на волнах этого гармонизирующего биоритма, как покачивается ребенок на качелях. Глаза можно закрыть или оставить открытыми: как приятнее.

Этот прием с автоколебаниями тела тренирует и координацию. Человек с хорошей внутренней координацией более устойчив к стрессам, меньше других поддается внешним влияниям, обладает большей самостоятельностью мышления, быстрее находит выход в самых сложных ситуациях. Поэтому упражнения, направленные на развитие координации, формируют и устойчивость к стрессу.

Прием 6. «Движения головой»

Стоя или сидя, опускаем голову, расслабив шею, или откидываем голову, как приятнее, и, вспомнив опыт с идеомоторными движениями рук, вызываем идеомоторные повороты головой в удобном направлении.

Если это не получается, механически вращаем головой в приятном ритме по линии приятных точек поворота. Это такой ритм, при котором движение хочется продолжить, и напряжение шеи ослабевает.

Можно найти момент, когда голову можно как бы отпустить, и дальше она пойдет идеомоторно — автоматически.

Надо обходить болевые или напряженные точки, а если они появляются, их следует слегка помассировать. Когда вы находите при движении головой приятную точку поворота, на которой иногда

хочется голову так и оставить. Приятная точка поворота — это точка расслабления.

Можно помочь себе в поиске расслабления и с помощью движения глазных яблок, горизонтальных или вертикальных, ищите, как вам приятнее.

Если вы выполняете эти приемы перед сном, то при выходе из состояния саморегуляции настройтесь на приятный сон, выходите из процедуры с расслабленным чувством, с дремотой, с желанием сна.

Разрядке негативных эмоциональных состояний и поддержанию бодрого настроения поможет упражнение «Расслабление по контрасту». Здесь релаксация достигается через напряжение.

Упражнения, основанные на напряжении и расслабление группы мышц

1. Сидя. Руки вытянуть вперед, сжать в кулаки (1 мин.). Последующее расслабление.

2. Стоя на цыпочках «растем» позвоночником, тянем руки вверх. Пятками «врастаем» в пол (1 мин.). Расслабление.

3. Стоя. Представить, что ягодичы сжали монету. Напрягаем бедра, ягодичы. «Держим монету» (1 мин.). Расслабление.

4. Сидя. Спина прямая. Ноги вытянуты вперед. Пятками давим в пол, пальцы ног тянем вверх к голени (1 мин.). Расслабление.

5. Сидя. Спина прямая. Ноги на цыпочках. Пятки перпендикулярны полу. Пальцами ног давим на пол. Пятки поднимаем как можно выше. (1 мин.). Расслабление.

6. Сидя. Руки вытянуты вперед. Пальцы рук растопырены. Напрягаем (30 сек.). Сжать в кулак кисть. Напрягаем (30 сек.). Расслабление. Повторить.

7. Сидя. Тянем плечи к ушам. Как можно выше. Почувствовать тепло (1 мин.). Расслабление.

8. Упражнение для расслабления мышц лица.

Упражнения на регуляцию мышечного тонуса (выбираем несколько понравившихся вам упражнений)

1. Выполняется в паре. Сесть, закрыть глаза, мысленно просмотреть от кончиков пальцев до ключицы мышцы левой руки и попытаться расслабить их. Когда вы готовы, партнер берет руку за кисть и, свободно покачивая ее, неожиданно отпускает. При правильном расслаблении рука падает как плеть. Повторить для другой руки. Поменяться в паре.

2. Сжать в кулак одну из рук. Одновременно нужно мысленно просмотреть остальные объемы тела и максимально расслабить их,

не ослабляя усилия в нагруженной руке. При этом навыке можно усложнить упражнение, через каждые 20 сек. меняя локализацию напряженной группы мышц.

3. Закрывать глаза, на внутреннем экране просмотреть тело и выбрать наиболее напряженную мышечную группу. Например, мышцы плеча, бедра, икры. Сконцентрировав на ней внимание, попытаться расширить зону расслабления на соседние объемы. Используя визуализацию, можно представить себе, как горячая и тяжелая жидкость приятного цвета, вытекает из очага расслабления, медленно заполняет все тело.

4. Прикрыть глаза. Внимание на левой кисти. Представляем, как она погружается в горячую воду, постепенно краснеет, становится тяжелее. «Лучик внимания» переходит на запястье, медленно движется к локтю. Мышцы предплечья, а затем плеча расслабляются, становятся «ватными», тяжелыми, горячими.

5. Встать на колени и сесть на пятки (носки ног назад). Раздвинуть колени на 20–30 см. Наклониться, положить на пол лоб, вытянуть вперед сложенные вместе ладонями руки. Закрывать глаза, расслабляются мышцы живота, шеи, лица. Время выполнения 5–7 мин.

6. Глаза полуприкрыты: бегло просмотреть и расслабить все мышцы. Представьте себе, что ваше тело сделано из резины и обладает способностью сгибаться и скручиваться во всех направлениях. Все ограничения — кости, сухожилия — отсутствуют. Ступни плотно приклеены к полу. Дует ветер, порывы которого каждые 2–3 сек. меняют направление, заставляя тело наклоняться то в одну, то в другую сторону.

7. Изобразите пьяного, с нарушенной координацией движений, которого постоянно заносит из стороны в сторону. Ноги заплетаются, голова свешивается из стороны в сторону. Ноги заплетаются, голова свешивается то на одно, то на другое плечо.

8. «Зигфрид»

1 фаза — напряжение: сидя на кончике стула, согнуть руки в локтях и развести их на 90 градусов в стороны, максимально свести лопатки. Голова наклонена вперед и вниз. Сделать 2 вдоха и выдоха, на втором дыхании расслабиться, уронить руки вниз. Снять напряжение.

2 фаза — расслабление: сидя, согнуть одно колено, обхватить его руками и потянуть вниз вперед, расслабить мышцы спины. Сменить ногу.

9. «Квазимодо»

1 фаза — напряжение: сидя, согнуть руки в локтях. Поднять их перпендикулярно вперед. Максимально поднять плечи и втянуть голову.

Почувствовать образовавшийся на шее валик. Сделать 2 вдоха, 2 выдоха. На втором выдохе расслабиться, плечи опустить, голову на грудь.

2 фаза — расслабление: медленно перекачивать голову с груди на правое плечо и коснуться правым ухом плеча. Затем медленно перекачать голову на грудь, затем на левое плечо, коснувшись его ухом.

10. «Кинг-Конг»

1 фаза — напряжение: вытянуть руки перед грудью, слегка округлить их в локтях и сильно сжать кулаки - до дрожи.

2 фаза — расслабление: сделать 2 вдоха, 2 выдоха. На втором выдохе сбросить напряжение - расслабиться.

11. «Танк»

1 фаза — напряжение: в положении сидя, руки согнуты в локтях и отведены на 90 градусов вперед в районе талии. Пальцы сжаты в кулаки, ладони вверх. Мы как бы с усилием сдавливаем себя с боков. Становится трудно дышать (дыхание пассивное, как получится).

2 фаза — расслабление: расслабиться. Подвигать руками, расслабить.

Техники и упражнения для тренинга личностного роста

Упражнение № 1. «Сила языка»¹

Цель: повышение ответственности за собственные мысли, чувства и действия.

Группа разбивается на подгруппы по 4–5 человек. Ведущий: «Глядя в глаза партнерам, скажите три фразы, начиная каждую словами: «я должен...». Затем замените в них слова «я должен...» на «я предпочитаю...», сохранив неизменной остальную часть высказывания. Посмотрите, ведет ли замена необходимости желанием к ощущению свободы и облегчения. То же проделайте с фразами, начинающимися со слов: «я не могу...» — «я не хочу...», «мне надо...» — «я не хочу...», «я боюсь, что...» — «я хотел бы...», «меня возмущает...» — «меня восхищает...».

Анализ: фразы «я должен...», «я не могу...» отрицают способность человека, произносящего их, быть ответственным. Изменяя язык, можно сделать шаг к повышению ответственности за собственные мысли, чувства и действия.

Упражнение № 2. «Два стула»

Цель: развитие способности к пониманию и принятию себя, разрешению конфликта.

Ведущий: нередко человек ощущает некоторую двойственность, расщепление противоположностями, чувствует себя в группе этих противоположностей, противостоящих сил. Вам предлагается сыграть диалог между этими сторонами. С каждой сменой роли Вы будете менять стулья: «дружелюбное Я» и «раздраженное Я».

Варианты: исполняемая роль может быть ролью человека — какой он сейчас; ролью ребенка, матери, отца, супруги(а) или начальника. Исполняемая роль может быть физическим симптомом — язвой, головной болью, болью в пояснице, сильным сердцебиением. Она может быть предметом, встретившимся во сне, например, частью мебели, животным и т. д.

Упражнение № 3. «Здесь и сейчас»

Цель: развитие способности к саморефлексии и восприятию себя в текущем моменте времени.

¹ Минуллина А. Ф., Гурьянова О. А. Указ. соч. С. 53.

Ведущий предлагает участникам в течение нескольких минут составлять фразы, выражающие то, что они в данный момент осознают, замечают. Начинать каждое предложение необходимо со слов «сейчас», «в этот момент», «здесь». Рекомендуется повторить после анализа несколько раз.

Анализ: С какими трудностями Вы столкнулись? Почему Вы остановились?

Упражнение № 4. «Развитие навыков саморефлексии»

Цель: развитие навыков саморефлексии.

Инструкция. Сядьте поудобнее, закройте глаза, расслабьтесь... Вспомните все то время, что мы провели вместе..., выделите самое главное из того, что Вы здесь получили..., подумайте, как Вы сможете реализовать это в своей реальной жизни... Каким будет Ваш первый шаг? Когда Вы его сделаете?

Упражнение № 5. «Пожелания в копилку»

Цель: развитие способности к целеполаганию.

Инструкция. В первый день тренинга (или в начале длительной серии тренинговых занятий) участники, немного узнав остальных, пишут друг другу пожелания в отношении того, как должна измениться их жизнь под воздействием тренинга, и кладут их в копилку.

Перед распадом группы копилка достается, пожелания зачитываются, участники делятся впечатлениями.

Упражнение № 6. «Встреча с саботажником»

Цель: восприятие реального «Я-образа», развитие адекватной «Я-концепции»

1. Подумайте о каком-нибудь деле, которое Вы хотели бы успешно проделать. Это может быть поступление в учебное заведение, создание семьи, освобождение от ненужных связей, организация оздоровительного центра или прием гостей. Представьте теперь, что Ваш план осуществлен.

2. Теперь попробуйте придумать что-нибудь такое, что нанесет ущерб Вашему предприятию, помешает его осуществлению. Вообразите эту картину.

3. Нарисуйте саботажника или ту силу, которая толкает на саботаж, противодействует исполнению задуманного.

4. Теперь сами побудьте в роли саботажника и обдуманно помешайте осуществлению своего проекта. Расскажите, какую выгоду Вы извлекли из этого.

5. С точки зрения «Я»-образа представьте встречу с саботажником и проведите с ним переговоры. А как бы Вы назвали своего

саботажника? Возможно, Ваш саботажник — это одновременно и жертва, т. е. еще одна субличность, которая имеется у большинства из нас и которую достаточно легко обнаружить. Этой субличности нравится быть жертвой, чувствовать себя беспомощной, добиваться внимания искусным умением казаться неумелой. У некоторых людей жертва имеет такие названия: пустая чашка, капризный ребенок, мамочка, эгоист, злобный отшельник, ничтожество и т. д.¹

Упражнение № 7. «Успех в прошлом»

Цель: использование позитивных эмоций, которые связаны с успехами в прошлом, для формирования новых мотивационных отношений.

1. Вспомните случай из своей жизни, когда вы переживали значительный успех. Закройте глаза и представьте себе это ярко. Создайте картинку в воображении. Обратите внимание на размер, точность и качество этой картинки, на те движения, звуки, переживания, которые создают или сопровождают ее.

2. Далее поразмышляйте о цели, которую вы стремитесь достичь. Вообразите ее четко. Прокрутите в воображении картинку достижения цели.

3. Разместите в воображении эту картинку туда же, где была и предыдущая. Ваше задание заключается в том, чтобы эти две картинки наложить друг на друга. Стремитесь пережить радость, удовлетворение от будущего успешного завершения дела (достижения цели) так, как Вы ощущали это в прошлом².

Упражнение № 8. «Избегание неудачи»

Цель: развитие способности к пониманию себя, саморегуляции и мотивации на успех.

Задания:

1. Поразмышляйте над тем, каким бы Вы хотели себя видеть: достаточно способным, но неорганизованным (т. е. человеком, который боится поражения и постоянно откладывает дело на потом) или недостаточно способным, но настойчивым, организованным (человеком, который не боится неудачи).

2. Поразмышляйте: определяется ли неудача именно отсутствием способностей. Какие другие факторы, по Вашему мнению, могут определить неудачу?

3. Запишите позитивные моменты, связанные с неудачей (что дает и чему учит неудача).

¹ Минуллина А. Ф., Гурьянова О. А. Указ. соч. С. 53.

² Там же. С. 54.

4. Поразмышляйте и запишите, что бы Вы сказали человеку-неудачнику. Запишите, как бы Вы попробовали не только утешить, но и вдохновить человека на дальнейшую деятельность.

5. Запишите, что бы вы сказали самому себе в минуты неудачи и разочарования. Какие слова смогли бы не только восстановить потерянное душевное равновесие, но и побуждать к деятельности?

6. Усовершенствовав текст, запишите его крупными яркими буквами на обложке тетради или на карточке, поработайте над ним, попробуйте прокрутить соответствующие ситуации в воображении, анализируя записанный текст¹.

Упражнение № 9. «Сформируй позитивный образ «Я»

Цель: снизить чувство собственной беспомощности, повысить самооценку, которая часто является следствием негативного самовосприятия (человек видит в себе много нежелательных черт характера, недостатков, слабостей). Такой образ своего «Я» оказывает негативное влияние на мотивацию и деятельность личности. Когда Вы чувствуете себя беспомощными и бессильными в определенной деятельности, то, как правило, не будете прикладывать значительных усилий; Ваша мотивация в таком случае будет низкой. А когда Вы уверены в себе, то Ваше отношение к деятельности будет совсем иным.

Задания:

1. Поразмышляйте и запишите Ваши положительные черты характера (5 вариантов), особенности личности, которые помогают Вам в работе (учебе) и в жизни.

2. Вспомните и запишите Ваши успехи (5 вариантов). Поразмышляйте, какие Ваши особенности (способности) обусловили эти достижения.

3. Поразмышляйте (или посоветуйтесь с психологом) относительно перспектив, возможностей и методов развития некоторых способностей и навыков, важных для Вашей деятельности. Всегда есть возможности для совершенствования, а осознание путей и методов развития даст Вам значительный мотивационный заряд.

4. Вспомните и запишите позитивные высказывания, одобрения в Ваш адрес со стороны друзей, родителей, учителей, руководителей (3 варианта). Какое мотивационное влияние они имели?

5. Выберите человека с низкой самооценкой, которому Вы могли бы помочь приобрести позитивный образ «Я». Вспомните его положительные черты и особенности. Поразмышляйте и запишите,

¹ Минуллина А. Ф., Гурьянова О. А. Указ. соч. С. 57–58.

каким образом, используя их, можно было бы поддержать, подбодрить человека, который разочаровался в своей деятельности, и помочь сформировать у него позитивный образ «Я».

6. Поразмышляйте, как можно было бы усовершенствовать Ваши методы работы, что можно было бы улучшить, продумайте перспективы и возможности развития. Вы способны придумать много нового, что может не только изменить Вас, но и помочь другим (в первую очередь это касается Вашей профессиональной деятельности). Осознание перспектив, возможностей усовершенствования является не только существенным мотивационным фактором, но и повышает самооценку и влияет на позитивность образа «Я». Запишите 6 вариантов.

7. Вспомните, какие улучшения в Вашей деятельности произошли за последнее время. Возможно, деятельность в общем и не была успешной, но в определенных ее компонентах всегда можно найти позитивные изменения. Поразмышляйте, как можно было бы развить эти небольшие успехи. Запишите 6 вариантов.

8. Поразмышляйте, как организовать Вашу деятельность, чтобы можно было фиксировать и анализировать даже незначительные изменения. Выделите 5 компонентов (направлений), в которых Вы планируете развиваться (совершенствоваться), и поразмышляйте, как можно фиксировать даже небольшие изменения (чтобы отслеживать, развивается ли Вы).

9. Выпишите все хорошее, что Вы могли бы сказать о себе. Поразмышляйте и составьте текст (что-то вроде небольшой речи или теста для самовнушения), который помогал бы Вам поддерживать позитивный образ «Я» и побуждал бы на достижение дальнейших успехов¹.

Упражнение № 10. «Кто Я? Какой Я?»

Цель: развитие адекватной «Я-концепции» и дестабилизация стереотипных представлений о себе.

Порядок выполнения:

Участникам предлагается разделить листок бумаги вертикальной чертой на 2 части. В левой части написать в столбик 10 ответов на вопрос «Кто Я», а в правой части написать в столбик 10 ответов на вопрос: «какой Я».

1. На листе бумаги быстро напишите 10 ответов на вопрос «кто Я такой» в той последовательности, в какой они приходят в голову. Можно записывать свою социальную роль, физические и личностные качества, умения.

¹ Минуллина А. Ф., Гурьянова О. А. Указ. соч. С. 59–60.

2. Ответьте на этот вопрос так же, как, по Вашему мнению, на него ответил бы один из Ваших коллег — членов группы.

3. Ответьте на этот вопрос так же, как, по Вашему мнению, на него ответили бы большинство Ваших подчиненных.

Подведение итогов:

– У кого получилось написать о себе 15 пунктов? У кого нет? Почему?

– Есть ли совпадения во мнениях?

После этой игры подводится итог всему занятию. Организуется обратная связь: сотрудники делятся мнениями о пользе (или бесполезности) занятия, вносят предложения по его форме и содержанию¹.

Упражнение № 11. Коррекция негативного поведения путем самоанализа (по Д. Рейнортеру)

Цель: самоанализ и коррекция своего состояния и поведения

Порядок выполнения: вначале необходимо прислушиваться к себе, быть безучастным сторонним наблюдателем, концентрировать свое внимание, осознавать свои чувства, прочувствовать их и запомнить, но при этом ничего не менять.

1. Концентрируемся на своем физическом теле:

Неважно, сидите ли Вы, лежите или стоите, обратите внимание на то, как расположены ноги, руки, опущена или закинута голова, сгорблена ли спина и т. п. Сконцентрируйтесь на том, где сейчас Вам больно или чувствуется напряжение и т. п. Прислушайтесь к дыханию и сердцебиению.

Внушите себе: «Это мое тело, но я не есть тело».

2. Концентрируемся на своих чувствах:

Прислушиваемся к своим чувствам, которые Вы сейчас испытываете. Найдите и отделите у этих чувств положительную сторону от отрицательной.

Внушите себе: «Это мои чувства, но я не есть эти чувства».

3. Концентрируемся на своих желаниях:

Перечислите имеющиеся желания и стремления, если они есть у Вас. Не задумываясь над их важностью и не ставя приоритетов, перечисляйте их одним за другим.

Внушите себе: «Это мои желания, но я не есть эти желания».

4. Концентрируемся на своих мыслях:

¹ Совершенствование организации и методов психологической работы с резервом руководящих кадров органов внутренних дел : методическое пособие / Котенёв И. О., Портнягина Н. Ю., Тюнис Л. Ю. Москва : ДКО МВД России, 2007. С. 230.

Сконцентрируйтесь на сиюминутной мысли. Даже если Вы думаете, что у Вас в данный момент времени нет никаких мыслей — это и есть мысль и за ней нужно понаблюдать. Если мыслей много, то понаблюдайте, как одна мысль сменяет другую. Совсем не важно, правильны ли они и рациональны, просто сконцентрируйтесь на них.

Внушите себе: «Это мои мысли, но я не есть эти мысли».

Подобное упражнение «Самокоррекции» относится к техникам психосинтеза и позволит понаблюдать и увидеть свое тело, чувства, желания и мысли «со стороны».

Упражнение № 12. «Плохо-хорошо»

Цель: развитие психологической компетентности.

Порядок выполнения:

Все участники сидят в кругу. Тот, кто начинает игру, придумывает фразу и объясняет, почему это хорошо. Следующий участник на окончание придумывает объяснение, почему это плохо. Основной вывод данной игры: все то, что происходит с нами, имеет две стороны медали — «плохую» и «хорошую». Наша задача — негативное восприятие любой ситуации «перевести» в другое позитивное русло.

Рекомендации:

Обращается внимание на то, что все в нашей жизни имеет «стороны медали». И часто задача руководителя — показать подчиненному другую сторону, невидимую для него, и самому увидеть то, что видят его подчиненные¹.

Упражнение № 13. «Проблема»

Цель: развитие профессионального мышления.

Порядок проведения:

1. Каждый участник записывает 2–3 служебные проблемы, трудности, которые препятствуют эффективному решению главной задачи.

2. Проблемы классифицируются по темам, и в соответствии с предложенными темами создаются отдельные подгруппы.

3. В течение 30 мин. каждая подгруппа представляет набор идей (реальных и нереальных) по разрешению имеющихся проблем и составляют план мероприятий.

4. После этого обсуждаются в группе представленные планы и дополняются участниками, которые с чем-то не соглашаются, и т. д.²

¹ Совершенствование организации и методов психологической работы...

² Там же. С. 231.

Упражнения для коррекции эмоционально-волевой сферы личности¹

Упражнение № 1. «Отражение чувств клиента»

Цели отражения чувств:

- 1) помочь идентифицировать свои чувства и побудить клиента больше говорить о своих переживаниях;
- 2) помочь клиенту выразить свои чувства и снизить уровень эмоционального напряжения;
- 3) показать клиенту, что Вы понимаете и принимаете его чувства, что позволит улучшить качество психологического контакта.

Принципы отражения чувств:

1. Подбирать для обозначения чувств клиента слова, которые соответствовали бы *интенсивности* его переживания. Например, нельзя использовать слово «огорчение» для отражения чувства отчаяния, или слово «недовольство» для обозначения ярости. Словесно понижая интенсивность чувств клиента, Вы даете ему понять, что «сильным чувствам здесь не место», и ему нельзя их проявлять. В попытках быть услышанным напряжение клиента может возрасти, а не снизиться, он может закрыться от дальнейшего разговора.

2. Сосредоточиться на актуальных чувствах клиента.

3. Отражая чувство, старайтесь говорить просто и коротко, по возможности об одной эмоции в каждый момент времени.

4. Позитивные формулировки более эффективны, чем негативные (с частицей «не»). Например, «Вы чувствуете себя оскорбленным» вместо «Вы не чувствуете себя счастливым».

5. Отражайте чувства уверенно, без лишней тревоги по поводу «правильной формулировки». Клиент может уточнить, принять или опровергнуть ваше словесное выражение его чувств.

6. Говорите о своих чувствах по поводу ситуации клиента. Это облегчает доступ к его собственным (не признаваемым) переживаниям.

Пример использования техники отражения чувств

Клиент. Он не имел права так со мной поступать! Как он мог со мной так проступить!

¹ Костакова И. В. Психологическая коррекция личности : электронное учебное пособие. – Тольятти : Тольяттинский государственный университет, 2016. С. 60–62. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

Консультант. То есть Вы чувствуете гнев и возмущение...

Клиент. Конечно, потому что это несправедливо!

Консультант. Я услышал, что Вы чувствуете обиду.

Клиент. Да! Мне очень плохо, а он сидит довольный!

Консультант. Вам было так больно, что хотелось его наказать...

Упражнение № 2. «Техника присоединения чувства к содержанию»

Цель: получить вербальный навык, объединяющий отражение чувств с перефразированием содержания.

Необходимо повторить упражнение № 1, а затем перефразировать чувства клиента таким образом, чтобы пояснить его чувства и связать их с вызвавшими событиями (прояснить объекты или «мишени» работы).

Методы и средства психологической коррекции: для проработки последствий кризисного состояния после полутора месяцев от его начала используются техники ОТИ (ослабление травматического инцидента) Ф. Джербода, гештальт-терапевтический метод интеграции психотравматического опыта, методика прощания Ф. Перлза, техники арт-терапии, эмоционально-образной терапии Н. Линде и др.

Упражнение № 3. «Решение проблемы профессионального самоопределения как необходимое условие стабилизации эмоционального состояния»

Цель: проработка внутриличностного конфликта, решение проблемы выбора и активация внутренних ресурсов для профилактики возникновения подобных проблем в будущем, перенос позитивного опыта и способов действия в жизнедеятельность клиента.

Задачи:

1. Определение иерархии мотивов клиента (например, потребность в независимости, мотив — достойная работа в соответствии с собственными притязаниями).

2. Проработка проблемы выбора (например, трудности принятия решения и избегание ответственности), определение вариантов, их положительных и отрицательных моментов.

3. Обучение стратегиям разрешения проблемы выбора.

4. Нормализация эмоционального состояния клиента.

5. Исследование профессиональной идентичности клиента.

6. Поиск внутренних ресурсов.

Методы и средства психологической коррекции: психокоррекционная работа в русле гуманистического и экзистенциального подходов — гештальт-терапия, арт-терапия, экзистенциальная терапия.

Упражнение № 4. «Пожелания по кругу»

Цель: развитие навыков активного слушания, умения задавать открытые вопросы.

Инструкция: Ведущий предлагает каждому члену группы пожелать своему соседу что-нибудь.

Вопросы по всему тренингу:

1. Изменилось ли Ваше представление о себе?
2. Какой опыт Вы получили на тренинге? Какие новые эмоции испытали?
3. Что нового Вы узнали о себе? В чем Вы преодолели себя?
4. Что Вы уже готовы перенести в реальную жизнь?

Участники по очереди говорят о своих достижениях в тренинговой работе.

Метод систематической десенсибилизации¹

Метод систематической десенсибилизации — метод систематического, постепенного уменьшения чувствительности (чувствительности) человека к объектам, субъектам (людям, животным) или событиям, вызывающим страх и тревожность, а следовательно, и систематическое уменьшение уровня тревожности к этим объектам или страхам к определенным ситуациям.

Д. Вольпе показал, что происхождение и угасание невротической тревожности, подавляющей полезные адаптивные реакции субъекта, можно объяснить с позиции теории классического обусловливания. Возникновение неадекватной тревожности и фобических реакций основано на механизме условно-рефлекторной связи, а угасание тревожности — на механизме контробоусловливания в соответствии с принципом реципрокного торможения (подавления).

Д. Вольпе в работе «Психотерапия реципрокным торможением» раскрыл механизмы торможения тревожных реакций с помощью одновременного вызывания других реакций, которые с физиологической точки зрения являются антагонистическими по отношению к тревоге, несовместимы с ней (например, прием пищи, мышечная релаксация, реакции самоутверждения и др.). Если противоположная страху и несовместимая с тревогой реакция вызывается одновременно с импульсом, вызывающим этот страх, то условная связь между импульсом (событием, объектом) и тревогой ослабевает, частично или полностью подавляется.

Одним из действенных стимулов, противоположных страху, является глубокая релаксация, на фоне которой клиенту необходимо вызвать в своем воображении стимулы, представления, провоцирующие тревогу. Затем посредством углубления релаксации клиент снимает возникшую тревогу. В воображении представляются различные ситуации: от самых легких — к трудным, вызывающим наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать страх или тревогу. Это приведет к десенсибилизации клиента к реальным объектам и событиям, вызывающим страх.

¹ Костакова И. В. Указ. соч. С. 114–119.

Этапы процедуры систематической десенсибилизации

Перед началом работы необходимо кратко разъяснить клиенту суть методики:

- 1) Обучение расслаблению (релаксации).
- 2) Построение иерархии стимулов, вызывающих страх.
- 3) Собственно десенсибилизация — соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией, т. е. сформирование реакции релаксации вместо реакции страха.

1 этап является подготовительным. Основной его задачей является обучение клиента способам регуляции состояний напряженности и релаксации. Для этого могут быть использованы различные методы: аутогенная тренировка, косвенное, прямое внушение, а в исключительных случаях гипнотическое воздействие. При работе с детьми наиболее часто используются методы косвенного и прямого вербального внушения. Тренировка по методике прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона проводится в ускоренном темпе и занимает около 8–9 сеансов. В среднем обучение техникам расслабления может достигать около 7 недель. Если все выполнялось правильно, то в конце обучения человек становится способным буквально за 20–30 сек. самостоятельно получить такое же расслабление, какое дает, например, таблетка феназепама, транксена, ксанакса или другого транквилизатора — с той разницей, что лекарство действует через 30 мин. и вызывает также сонливость, вялость, а релаксация приносит эффект через полминуты и не сопровождается нежелательными побочными эффектами.

2 этап. Задача — конструирование иерархии стимулов, ранжированных в соответствии с возрастанием степени тревожности, которую они вызывают. В связи с тем, что у клиента могут быть различные страхи, все ситуации, вызывающие страх, делятся по тематическим группам (8–15 ситуаций). Для каждой группы клиент должен составить список: от самых легких ситуаций до самых тяжелых, вызывающих выраженный страх. Ранжирование ситуаций по степени испытываемого страха желательно проводить вместе с психологом. Обязательным условием составления этого списка является реальное переживание пациентом страха такой ситуации (т. е. она не должна быть воображаемой).

Иерархия страхов и тревог — это своего рода список вызывающих тревогу стимулов (ситуаций). Для каждой ситуации определяется уровень тревоги. Обычно потенциал вызывающих тревогу стимулов

оценивают следующим образом: принимается, что оценка «0» соответствует полному отсутствию чувства тревоги, а оценка «100» соответствует максимальной выраженности чувства тревоги, которое может возникнуть в связи с данным видом стимула. Таким образом, составляется иерархия стимулов — субъективная шкала тревоги.

Ситуации, вызывающие тревогу, группируются по темам, например публичное выступление, сдача экзаменов, езда в общественном месте, общение с представителями противоположного пола. В случае множественных фобий десенсибилизация осуществляется по очереди, применительно к каждой фобии.

Различают два типа иерархии. В зависимости от того, как представлены элементы — стимулы, вызывающие тревожность, различают пространственно-временные и тематические иерархии.

В пространственно-временной иерархии представлен один и тот же стимул, предмет или человек (например, доктор, Баба Яга, собака и т. д.), или ситуация (ответ у доски, расставание с матерью) в различных временных (отдаленность событий во времени и постепенное приближение времени наступления события) и пространственных (уменьшение расстояния в пространстве) измерениях. То есть при конструировании иерархии пространственно-временного типа создается модель постепенного приближения клиента к вызывающему страх событию или предмету.

В тематической иерархии стимул, вызывающий тревожность, варьируется по физическим свойствам и предметному значению для того, чтобы сконструировать последовательность различных предметов или событий, прогрессивно увеличивающих тревожность, связанных одной проблемной ситуацией. Таким образом, создается модель достаточно широкого круга ситуаций, объединенных общностью переживаний клиентом тревожности и страха при столкновении с ними. Иерархии второго типа способствуют обобщению умения клиента подавлять излишнюю тревожность при встрече с достаточно широким кругом ситуаций.

Например, у клиента выявляется страх высоты. Психолог составляет иерархическую шкалу — перечень ситуаций и сцен, которые вызывают у клиента страх, начиная от слабого и до сильно выраженного. На первое место может быть поставлено слово «высота», потом вид открытой двери на балкон высотного этажа, затем сам балкон, вид асфальта и автомашин под балконом.

В качестве примера можно привести 15 сцен из иерархии, составленной для клиента со страхом полетов в самолете:

Вы читаете газету и замечаете объявление авиакомпании.

Вы смотрите телевизионную программу и видите группу людей, садящихся в самолет.

Ваш шеф говорит, что Вам нужно совершить деловую поездку на самолете.

Остается две недели до Вашей поездки, и Вы просите секретаря забронировать билет на самолет.

Вы в своей спальне укладываете чемодан для поездки.

Вы принимаете душ утром перед поездкой.

Вы в такси по пути в аэропорт.

Вы проходите регистрацию в аэропорту.

Вы в зале ожидания и слышите о посадке на Ваш рейс.

Вы стоите в очереди перед трапом самолета.

Вы сидите в самолете и слышите, как начинает работать двигатель самолета.

Самолет приходит в движение, Вы слышите голос стюардессы «пристегните ремни».

Вы смотрите в окно, когда самолет начинает разгоняться по взлетной полосе.

Вы смотрите в окно в то время, когда самолет собирается взлететь.

Вы смотрите в окно, когда самолет отрывается от земли.

3 этап. Перед началом десенсебилизационной работы обсуждается методика обратной связи: информирование клиентом психолога о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги он сообщает поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее — поднятием пальца левой руки. Затем организуется последовательное предъявление клиенту (находящемуся в состоянии релаксации) стимулов из сконструированной ранее иерархии, начиная с низшего элемента (практически не вызывающего тревожности) и постепенно переходя к более высоким. Предъявление стимулов может осуществляться вербально, *in vivo* (в реальной жизни).

При работе со взрослыми клиентами стимулы предъявляются вербально как описание ситуаций и событий. От клиента же требуется представить эту ситуацию в воображении. Представление ситуации осуществляется согласно списку. Клиент воображает ситуацию 5–7 сек. Затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Этот период длится до 20 сек. Представление ситуации повторяется несколько раз. И если у пациента тревога не возникает, то переходят

к следующей, более трудной ситуации. Например, консультант может сказать: «Теперь представьте, что Вы думаете об экзаменах. До экзаменов остается три месяца, Вы готовитесь к ним, сидя за своим столом...». Сначала клиентам предлагают представить сцену, вызывающую у них наименее выраженное чувство тревоги (в соответствии с выстроенной иерархией), и просят поднимать указательный палец при ощущении любой тревоги. Если клиенты не чувствуют никакой тревоги, через 5–10 сек. консультанты просят клиентов прекратить представление данной сцены и вновь расслабиться. Через 30–50 сек. можно попросить клиентов вообразить ту же самую сцену снова. Если эта сцена опять не вызывает чувства тревоги, консультанты отменяют ее, в течение некоторого времени проводят процедуру расслабления и переходят к следующему пункту иерархии.

В тех случаях, когда клиент поднимает указательный палец, чтобы сообщить о возникновении чувства тревоги, сцену немедленно отменяют. Консультант просит клиента глубоко расслабиться и затем снова представить данную сцену один или несколько раз. Если сцена неоднократно вызывает тревогу, можно представить пункт иерархии, вызывающий менее выраженное чувство тревоги. Идеально сконструированная иерархия не должна вызывать тревожности при своем предъявлении. Предъявление последовательности элементов иерархии продолжается до тех пор, пока состояние покоя и отсутствие малейшей тревожности у клиента не будет сохраняться даже при предъявлении высшего элемента иерархии. В течение одного занятия отрабатывается 3–4 ситуации из списка. В случае появления выраженной тревоги, не угасающей при повторных предъявлениях ситуаций, возвращаются к предшествующей ситуации. При простых фобиях всего проводятся 4–5 сеансов, в сложных случаях — до 12 и более.

Посредством тренировок можно достичь такого результата, когда представление о высоте у больного с гибсофобией уже не вызывает страха. После этого тренировки переносят из лаборатории в действительность.

К методу десенсибилизации *in vivo*, или в реальной жизни, обычно прибегают, если у клиентов возникают трудности с воображением или, напротив, ситуации уже достаточно проработаны в образном плане.

Например:

1. Клиента, который боится выступать публично, можно приводить в состояние релаксации в начале каждого занятия, предлагая ему

поговорить с незнакомыми людьми в реальной ситуации. С каждым разом число собеседников следует увеличивать; кроме того, собеседники должны предъявлять к клиенту все более высокие требования.

2. Для развития уверенности в себе: сначала клиента побуждают опробовать «минимально эффективное высказывание» для достижения цели. Например, обращаясь к соседу в кинотеатре, сказать: «Не могли бы Вы говорить немного потише? Мне плохо слышно» — и только затем прибегнуть к более категоричному высказыванию.

Когда десенсибилизация осуществляется *in vivo*, а не в воображении: клиенту, находящемуся в состоянии релаксации, постепенно предъявляют предметы, ситуации, вызывающие страх или фобии, например, сталкивают лицом к лицу с аудиторией или показывают паука.

Психологическая коррекция семейных отношений¹

В семейной терапии психологические симптомы и проблемы рассматриваются как результат дисфункциональных взаимодействий членов семьи, а не как атрибуты того или иного члена семьи («идентифицируемого клиента»).

Целью психокоррекции является гармонизация семейных отношений, улучшение взаимопонимания в семье, ликвидация у супругов негативных эмоциональных установок друг к другу.

Задачи групповой семейной психологической коррекции:

- ликвидация неадекватных форм реагирования, общения и поведения, обусловленных особенностями личности;
- установление адекватного отношения супругов к проблемам другого;
- снижение невротизации супругов;
- укрепление ориентации на здоровый образ жизни.

Терапия семьи включает этап оценки и этапы коррекции.

Этапы коррекции

Этап 1: Построение терапевтического альянса

В этих упражнениях мы стараемся придать философским проблемам чувственно переживаемую реальность. Мы не спрашиваем, что данный человек думает по этому поводу. Но обращаемся к его бессознательному, которое создает образы, говорящие об истинных убеждениях личности и ее проблемах гораздо больше, чем любые рассуждения.

Когда семья и терапевт приняли решение проводить психокоррекцию, на первом этапе необходимо, чтобы как можно больше членов семьи выразили свои личные переживания и свою неудовлетворенность семейными отношениями. Психолог выражает признание и понимание их страданий. Демонстрация уважения психолога к каждому члену семьи создает атмосферу доверия и способствует продвижению терапии.

Постепенное выдвигание на первый план индивидуальных различий в реакциях членов семьи ведет к следующей стадии.

¹ Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в экстремальных ситуациях : учебник. Москва : КноРус, 2023. С. 204.

Этап 2: Воссоздание проблемы

Каждый член семьи сообщает свое видение травмирующей ситуации. Слушая друг друга, члены семьи проясняют для себя, как проблема действует на каждого из них. Психолог поощряет обсуждение, в ходе которого фокус проблемы сдвигается от члена семьи, так называемой «жертвы», ко всей семье в целом. На этом этапе происходит распознавание, исследование и преодоление чувства вины у «жертвы». В процессе обсуждения терапевт обращает внимание на положительные последствия травмирующего события (например, ощущение ценности жизни после близкого контакта со смертью).

Этап 3: Переструктурирование проблемы

После обсуждения личного опыта, эмоциональных реакций и точек зрения каждого члена семьи по отдельности все они объединяются в последовательное целое. Психолог должен помочь семье переформулировать личный опыт и понимание проблемы в опыт совместный, чтобы в дальнейшем произошел процесс построения семейной «теории заживления». Часто мужчины страдают от изоляции, потому что их жены, чувствуя беспомощность и невозможность помочь мужу, отказываются говорить с ними на темы трагедии. Помогая на этом этапе коррекции, воспринимать поведение жены как проявление любви, а не отвержения, психолог, в конечном итоге, стимулирует процесс возвращения семье утраченной целостности и сплоченности. Проблема рассматривается как обычное препятствие, которое может быть преодолено.

Этап 4: Развитие «теории заживления»

Цель коррекции семьи — формирование согласованного видения того, что случилось в прошлом, и оптимистического взгляда на способность справляться с трудностями в будущем. Видение, разделяемое всеми членами семьи, учитывающее реакции каждого, приносящее сплоченность, — это «заживляющая теория». Предполагается, что появление «заживляющей теории» может быть критерием успешного завершения семейной терапии.

В семейной психологической коррекции выделяются 4 этапа:

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидация семейного конфликта;
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается определение типологии нарушенных семейных отношений с учетом личностных свойств членов семьи и характеристик патологии одного из них.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс коррекции и обосновывает порядок применения тех или иных методов в зависимости от целей и от объема диагностических данных. Чаще всего применяются психотехнические приемы, используемые в групповой коррекции:

- 1) использование молчания;
- 2) слушание;
- 3) обучение с помощью вопросов;
- 4) повторение (резюмирование);
- 5) уточнение (прояснение) и отражение эмоций;
- 6) конфронтация;
- 7) проигрывание ролей;
- 8) создание «живых скульптур»;
- 9) анализ видеозаписей.

Параметры семейной системы. Семейная система может быть описана по нескольким параметрам.

Можно выделить шесть информативных параметров:

- 1) особенности взаимоотношений членов семьи;
- 2) гласные и негласные правила жизни в семье;
- 3) семейные мифы;
- 4) семейные границы;
- 5) стабилизаторы семейной системы;
- 6) история семьи.

Последний параметр важен, поскольку для успешной работы с семьей необходимо знать не только сегодняшнее положение дел, которое описывается этими параметрами, но и то, каким образом семья достигла этого положения.

Рассмотрим несколько техник, применяемых в коррекции семейных отношений.

ТЕХНИКА 1. «Циркулярное интервью»

Это основная и широко используемая техника. Психолог по очереди задает членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос. Для того чтобы эта техника «работала» не только на психолога, т. е. была не только диагностическим инструментом, но и инструментом психологического, психокоррекционного

воздействия, нужно знать список тем, которые необходимо затронуть в беседе с семьей с помощью круговых вопросов:

1. С какими ожиданиями пришла семья? Кто направил их на консультацию, к кому они обращались прежде?

2. Как семья видит свою актуальную проблему?

3. Какова ситуация в семье в настоящее время?

4. Как раньше семья справлялась с трудностями и проблемами? Какие использовались способы их решений?

5. Как семья взаимодействует по поводу текущей проблемы? Необходимо прояснить круги взаимодействия на уровне поведения, на уровне мыслей и чувств.

6. Какая система понимания проблемы и причин ее возникновения существует в семье?

7. Какие существуют ключевые, триггерные ситуации?

8. Как ситуация может развиваться наихудшим образом? Как можно усугубить проблему?

9. Какие положительные стороны есть у проблемы?

10. Вопросы о психологических ресурсах каждого.

11. Вопросы о том, как каждый представляет себе будущее с проблемой и без нее.

12. Какой была бы жизнь семьи без проблемы, без симптома?

Эти темы невозможно затронуть за один сеанс, можно посвятить две-три встречи. После этого системная гипотеза приобретает достоверность.

ТЕХНИКА 2. «Положительное переформулирование»

Это техника подачи обратной связи семье после того, как психолог утвердился в своей гипотезе на текущий момент работы. Психолог рассказывает семье о том, как он понимает содержание семейной дисфункции. Рассказ строится по определенным правилам. Рекомендуется снять тревогу семьи по поводу происходящего. Для этого используется прием нормализации: содержание семейной дисфункции подается в расширенном социокультурном, возрастном, статистическом аспекте. В случае дисфункции, связанной с определенной стадией жизненного цикла семьи, полезно сообщить клиентам о закономерности и повсеместной распространенности происходящего. Это сообщение снимает с членов семьи чувство вины и ауру уникальности. Нормализация в системном подходе выполняет ту же функцию, что и сообщение диагноза в медицинской практике: люди получают

определенность и надежду, услышав, что профессионалы уже имели дело с подобными проблемами и знают, как к ним подступиться.

Фокусировка на положительной стороне дисфункции. Любая дисфункция, существующая в семье, имеет положительную сторону. Каждая семейная дисфункция «работает» как стабилизатор. Положительно переформулировать можно не только текущий симптом, но и любые прошлые события.

Включение в текст обратной связи противоречия, парадокса. Это необходимо для того, чтобы парадокс психолога мог нейтрализовать парадокс реальной семейной ситуации. Типичные парадоксы, которые легко вскрывает циркулярная логика: мама хочет, чтобы ребенок хорошо учился, и делает все, чтобы лишить его навыков самостоятельной работы. Супруги хотят улучшить свой брак и делают все, чтобы не попадать в супружеские роли, оставаться лишь родителями и не сближаться. Контрпарадокс в последнем случае был бы таким: «Вы так цените свой брак и отношения друг с другом, что стараетесь не общаться, чтобы ненароком не испортить то, что есть».

Можно положительно переформулировать в семейной системе любой симптом, потому что он обеспечивает гомеостаз системы и в этом смысле имеет положительное значение для семьи.

ТЕХНИКА 3. «Предписание»

Это предписание определенного поведения членам семьи. Психолог просит членов семьи выполнять определенные задания, в основном — конкретные действия. Предписания могут быть прямыми или парадоксальными. Нередко парадоксальные предписания практически невозможно выполнить. В этих случаях цель предписания — дать семье возможность подумать и затем обсудить с психологом, почему данное предписание для этой семьи невыполнимо.

Семье, в которой спутаны семейные роли и нарушены границы подсистем, рекомендуют неделю прожить так: никто не имеет своего места для сна; каждый вечер дети ложатся, где хотят, а родители — где найдут место. Это предписание доводит до абсурда хаотическое, неструктурированное поведение в данной семье и вызывает протест у ее членов. На следующей встрече обсуждают, кто как себя чувствовал при эксперименте, и предлагаются более конструктивные варианты устройства жизни, распределения обязанностей и т. п.

Прямые предписания, как правило, не вызывают протеста, на первый взгляд они просты для исполнения. Например, семье,

в которой неадекватно распределяются роли и функции, в которой основная тема — борьба за власть и контроль, можно предложить следующее: в понедельник, среду и пятницу все решает муж, а жена и дети подчиняются; во вторник, четверг и субботу все решает жена; в воскресенье предлагается спорить и ругаться; как обычно. Опыт применения нового ритуала и обсуждение этого опыта обеспечивают терапевтический эффект.

ТЕХНИКА 4. «Прояснение коммуникации»

Эта техника применяется для налаживания коммуникации в супружеской паре или между родителем и ребенком. В идеале тут должны работать два психолога. Однако при определенной тренировке технику может применять и один специалист.

Техника особенно эффективна в ситуации острого семейного кризиса, когда клиенты испытывают сильные и противоречивые чувства по отношению друг к другу. «Прояснение коммуникаций» позволяет организовать конструктивное выражение этих эмоций и добиться более глубокого принятия друг друга. Самое подходящее место для данной техники — это супружеская терапия. С парой родитель — ребенок она также работает, однако тут существуют возрастные ограничения. То же самое касается любых коммуникативных стратегий, которые работают тем хуже, чем меньше возраст детей.

По сути, техника прояснения коммуникаций является развитием психодраматической техники дублирования. Клиентов просят обсудить одну из семейных тем. По мере того, как диалог между ними становится все более и более эмоционально насыщенным, возникает удобный момент для перехода к прояснению коммуникации. При этом психологи пересаживаются, располагаясь чуть сзади и сбоку каждый от своего клиента. Далее психологи, как и при дублировании, стараются подключиться к эмоциональному состоянию клиентов, озвучить их переживания от первого лица и помочь выразить себя более полно, не прибегая к защитным маневрам. Психологи время от времени останавливают клиентов и просят оценить, насколько верно они отражают их сообщения.

«Перевод» должен соответствовать внутреннему состоянию клиента, настолько, что у того создается впечатление, что психолог выражает его чувства лучше него самого. Сообщения партнеров становятся более ясными, проявляются скрытые ранее страхи, супруги

переходят к реальному живому диалогу, все глубже продвигаясь в понимании себя и друг друга.

Одновременно происходит обучение клиентов модели открытого общения. Психологи переводят обвиняющие «Ты»-высказывания клиентов в «Я»-высказывания, что позволяет управлять переговорным процессом, сдерживают поток обвинений и взаимных нападок, обучая клиентов более конструктивному взаимодействию.

В случае разнополой пары терапевтов при работе с супругами мужчина, как правило, озвучивает жену, в то время как женщина-психолог озвучивает мужа. Таким образом удастся избежать коалиции по признаку пола. Для эффективной работы у психологов должны быть «чистые» каналы коммуникации, а трудности взаимодействия между ними должны быть заранее проанализированы.

ТЕХНИКА 5. «Незаконченные предложения»

Настоящая техника помогает видоизменить характер коммуникаций членов семьи, а именно:

– Стимулировать диалог дистанцированных членов семьи.

– Структурировать общение двух человек и сделать его более безопасным для них (формулировки в виде Я-высказываний, баланс выражения негативных и позитивных чувств, обозначение направления изменений). Озвучивание позитивных характеристик особенно важно в ситуации семейного конфликта, когда члены семьи обмениваются в основном негативными заявлениями, провоцируя нарастание ссоры.

– Обеспечить равный вклад в разговор, сдерживая многословного и поощряя молчаливого члена семьи. Помимо изменения процессуальных характеристик общения, данная техника позволяет исследовать основное содержание взаимных претензий.

Выбираются два члена семьи, отношения между которыми заслуживают исследования. Их просят расположиться друг напротив друга и поочередно заканчивать ряд незавершенных предложений:

Мне нравится, что ты... Я расстраиваюсь, когда... Я злюсь, когда... Я благодарен тебе за... Мы могли бы по-другому...

Эмпирическим путем было выявлено, что оптимальным количеством в такой работе является пять предложений. Члены семьи должны пройти по этому списку 3–4 раза. Обычно это не занимает более двадцати минут и, как правило, не встречает сильного сопротивления — наоборот, может стимулировать шутки и смех. Все присутствующие могут наглядно убедиться, с какой скоростью продуцируются негативные утверждения и в каких муках рождается признание достоинств

друг друга. Часто подростки говорят, что они впервые услышали о себе что-то хорошее. Ограничением в использовании этой техники может быть только возраст ребенка. Данная процедура может использоваться самостоятельно или служить хорошим разогревом для дальнейшей работы.

**Психологический тренинг
«Психологическая коррекция личностных изменений
и реабилитация симптомов ПТСР»¹**

1-й день: Установление позитивного контакта и работа с целью

Знакомство. Создание доверительного контакта, комфортной атмосферы (20 мин.)

Действия тренера и участников:

1. Представление тренера. Форма обращения «Ты – Вы». Правила поведения и регламента работы группы.

2. Объяснение цели и задач тренинга, плана работы по дням.

Представление участников: имя, эпитет, позитивным образом характеризующий свою личность (оптимистичный Алексей, решительный Дмитрий и т. д.).

Разминка 1. «Пересядьте те, кто...» (10 мин.)

Все сидят в кругу. Лишний стул убирается. Ведущий становится в центре и говорит: «А сейчас пересядут все те, кто...пили сегодня кофе (умеют плавать, не носят часы и т. д.)». Условие: нельзя оставаться на месте, если словосочетание относится к Вам, нельзя садиться на соседний стул. Тот, кто остался без места — становится ведущим.

Интегральная экспресс-оценка психического состояния (30 мин.)

Психодиагностика психического состояния участников: тест «Нервно-психическая адаптация» (Гурвич И. Н., 1992), тест М. Люшера (модификация «Попарные сравнения»), экспресс-методика оценки состояния социально-психологической адаптации и прогноза вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками ПТСР (по В. А. Корзунину, П. А. Зиборовой, 2009).

Упражнение № 1. «Жизненное препятствие» (40 мин.)

Осмысление собственных способов решения проблем и преодоления жизненных препятствий. На середину круга ставится стул — «жизненное препятствие». Каждый участник по очереди подходит к стулу и показывает пантомимой, как он будет его преодолевать

¹ Стрельникова Ю. Ю. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля : дис. ... д-ра психол. наук. Санкт-Петербург, 2016. С. 531–538.

(что будет делать). Обсуждение и ответы на вопросы: «Какие варианты преодоления препятствий Вы знаете? Как каждый назовет тот способ, которым он преодолевает препятствия? Что Вы думаете о своем способе решения проблем (эффективно — не эффективно, полезно — вредно)? Что Вы думаете о способах преодоления трудностей другими участниками?»).

Упражнение № 2. Планирование жизни (60 мин.)

Определение цели, создание плана решения ситуации и достижения желаемого. Опыт личности определяет степень и гибкость стратегий, используемых для управления ситуацией. Однако чужой опыт не всегда помогает, поэтому важно избегать ошибок целеполагания.

Предложить участникам написать на листе бумаги:

1. Свою цель: «Чего ты хочешь?» При этом цель должна формулироваться максимально конкретно, без частицы «не» («если Вы не хотите этого, то чего же Вы хотите?»).

2. Цель должна быть достижима, хотя и должна требовать некоторого напряжения своих способностей и возможностей.

3. Мотивация достижения цели: зачем, ради чего стоит что-то делать. «Почему Вы хотите, чтобы этого не было, и что Вы сделаете, когда этого не будет? Чем это выгодно для Вас, что хорошего это даст?».

Предложить участникам высказаться, при этом акцентировать их внимание, что рассматривать трудную жизненную ситуацию необходимо не с точки зрения поиска истины, а с точки зрения ее «полезности-вредности». «Полезное» объяснение может привести к позитивным пробным действиям, при этом обретается контроль над ситуацией. Эмоциональное объяснение является «вредным», т. к. приводит к заключению, что с ситуацией «ничего нельзя сделать...».

4. Определить срок достижения цели. Задание участникам: «Где бы мы могли встретиться через год? Как теперь выглядит ваша жизнь, что изменилось? Что помогло Вам изменить ситуацию? Что Вы стали делать по-другому? И теперь, когда Вы стали вести себя по-другому, что изменилось в Вашей жизни? Чем это хорошо для Вас?»

5. Определить средства достижения цели.

6. Прогнозировать препятствия, которые могут встретиться на пути и помешать достижению цели.

Выступление желающих, обсуждение.

Упражнение № 3. Определение личных и социальных ресурсов

Создание ощущения общности целей, «чувства локтя» и социальной поддержки; способствование пониманию того, как личные ресурсы

и социальное окружение могут помочь в достижении поставленной цели.

1. Задание: «Нарисуйте карту личных ресурсов. Что раньше помогало Вам преодолевать препятствия и достигать поставленной цели? Что сейчас и в будущем может помочь?».

Обсудить с группой: как именно каждый будет использовать ресурсы в достижении своей цели.

2. Задание: «Нарисуйте карту социальной сети (окружения, которое может способствовать достижению цели)». Подчеркнуть, что реализация личной цели идет в социальной сфере (многие видят мир как враждебный, однако всегда найдутся люди, которые смогут оказать помощь и поддержку).

Вопросы к участникам:

1. «Какие люди имеют или имели ранее отношение к вашей цели (помогали, мешали)? Выбрать из них двоих наиболее значимых (помогающих). Какова заслуга перед Вами у этих людей?»

2. «Представьте, что Вы уже достигли своей цели, что Вы скажете, решив поблагодарить этих людей?».

Подведение итогов дня (40 мин.)

Обмен впечатлениями и обратная связь: субъективное мнение участников о том, что было хорошо, что — неудачно. Вопросы для обсуждения: «Что нового для себя Вы узнали? Чему научились? Что было непонятно? Над чем Вы еще размышляете?»

Итого: 3 ч. 20 мин. (200 мин.).

2-й день: Психологическая реабилитация симптомов ПТСР

Разминка 1. Психогимнастика (15 мин.)

Каждый здоровается с другим участником не при помощи слов, а используя оригинальные приветственные жесты, выражая свои чувства невербальным способом.

Мини-лекция: «Последствия психической травматизации» (30 мин.)

Вопросы к присутствующим: «Что значит для Вас экстремальная ситуация: 1) угроза, опасность, 2) испытание, 3) приключение?».

Дать общее представление о видах последствий психической травмы (позитивно-адаптивными, пограничными и патологическими), клинической картине ОСР и ПТСР, возможностях психокоррекционного вмешательства. Способствовать осознанию участниками своего текущего состояния, устранению ореола исключительности

имеющихся психологических проблем, установлению связи между психогенными факторами, возникновением и сохранением симптомов ПТСР. Ответить на вопросы.

Разминка 2. Упражнения на релаксацию (10 мин.)

1. Встать, руки вытянуть перед собой. Взгляд направить вверх. Расслабить руки, дать им произвольно разойтись в стороны.

2. Руки вытянуть перед собой. Закрыть глаза. Представить, что к одной руке привязана гиря, а вторая рука привязана к воздушному шару.

3. Руки вытянуть перед собой. Одной рукой в быстром ритме сжимать и разжимать пальцы, другой рукой делать то же самое, но медленно.

Упражнение № 1. Визуализация травматической ситуации, изменение субмодальностей мысленно-зрительных образов, уменьшение «остроты» эмоций, разблокирование телесных ощущений (50 мин.)

1. Сосредоточьтесь на своем дыхании. Вообразите большой белый экран. Представьте на экране любой предмет. Уберите его с экрана, вместо него поместите белую розу. Поменяйте белую розу на красную (покрасьте ее кисточкой). Уберите розу. Представьте комнату, в которой Вы находитесь: обстановку, мебель, цвет. Уберите комнату.

2. Вспомните негативную ситуацию. Представьте ее в виде цветной картинки, расставьте действующих лиц. Теперь поменяйте цвет, расположение фигур (проработайте все модальности — отдалите фигуры от себя, сделайте их плоскими, черно-белыми, если двигаются — остановите, измените их форму и т. п.).

3. Есть ли звук в этой ситуации? Определите интенсивность, источник. Измените громкость (сделайте тише, совсем выключите звук, одновременно включите любимую музыку). Представьте, что звук записали на пластинку, поставьте ее на проигрыватель, ускорьте звучание. Сделайте звук смешным.

4. Сосредоточьтесь на телесных ощущениях. Что Вы чувствуете? Если тело чувствует себя хорошо, то можно продолжать переделывать негативную картинку. Если нет — используем техники на релаксацию. Если кружится голова, то можно «мир вращать в другую сторону». Затем вернуться в начало ситуации и вновь начать работать с картинкой.

4. При работе с содержанием ситуации — можно выбросить негативный объект, растоптать или изменить его.

5. Работа с негативными эмоциями: «На что похож Ваш страх (боль, разочарование)? Например, на тучу. Можно смотреть на нее и превратить ее в белое облако, добавить ветер, чтобы это облако улетело. Когда облако скрылось за горизонт, боль ушла. Боль может быть в виде гири. Тогда мы представляем, что гиря надувная, и она тоже может улететь».

6. Теперь найдите в памяти позитивную ситуацию и представьте ее в виде картинки.

7. Сравните эти две картинки. Какая из них более яркая?

8. Перенесите характеристики позитивной картинки на негативную картинку.

9. Вновь взгляните на измененную негативную картинку. Переверните картинку (или посмотрите на нее с потолка). Поместите фильтр перед глазами, чтобы картинка стала ярко-синей, затем зеленой (перекрасьте в свой любимый цвет). Как изменилось отношение к картинке (ситуации)?

10. После того, как я сосчитаю от 1 до 5, Вы медленно, на вдохе откроете глаза и будете чувствовать себя бодро, уверенно, спокойно.

Обсуждение, обмен впечатлениями.

Разминка 3. Создание доверительного контакта, развитие сотрудничества и доверия к окружающим (15 мин.)

Группа разбивается на пары. Один участник изображает автомобиль: он закрывает глаза и поднимает руки на уровень груди, имитируя «бампер» (это усиливает чувство безопасности). Другой участник становится «водителем» автомобиля. Он становится сзади и использует для управления следующие сигналы: «вперед» — ладонь между лопаток; «поворот налево» — ладонь на левое плечо; «поворот направо» — ладонь на правое плечо; «назад» — ладонь на затылок; «стоять» — руку убрать со спины; скорость регулируется силой нажатия. Вербальные контакты запрещаются. Водитель отвечает за сохранность «автомобиля» и должен избегать столкновений. Задача: безопасно пересечь комнату. Через 5 мин. партнеры меняются местами.

Обсуждение: «Насколько уверенно Вы чувствовали себя в парах? Усилилось или ослабло Ваше доверие к партнеру?».

Разминка 4. «Скала». Усиление ощущения социальной поддержки (20 мин.)

Все встают очень плотно в одну извилистую линию, держась друг за друга. Ступни — как выступы на «скале». Каждый проходит «по краю пропасти, держась за скалу» и встает в конце линии. Проходить

нужно, ступая вплотную к ступням, при этом возникает необходимость держаться за товарищей.

Упражнение № 2. Техника визуально-кинестетической диссоциации (120 мин.)

Переработка травматического опыта, преодоление эмоциональной сверхвовлеченности и фиксированности на травматическом переживании, перестройка поведенческих паттернов.

Инструкция группе: «Посмотрите вверх и влево. Я буду считать от 1 до 10. На счет 7 Вы закройте глаза».

1. Найдите в своей жизни реальное событие, в котором Вы участвовали в процессе службы.

2. Где Вы находитесь? Каковы Ваши действия и эмоции?

3. Посмотрите на сложившуюся обстановку так, будто Вы наблюдаете за происходящим «со стороны».

4. Теперь представьте, что события, которые происходят с Вами, Вы видите на экране кинотеатра в виде цветного фильма (начало — ключевой момент — окончание).

5. Вообразите, что Вы смотрите черно-белый вариант кино. При просмотре этого фильма попробуйте отнестись к нему так, как будто Вы смотрите «учебный фильм о профессии пожарного (спасателя)».

6. У Вас в руках пульт дистанционного управления: увеличьте скорость, «промотайте» киноленту с ускорением от начала до конца: все ли закончилось благополучно? Что Вы чувствуете?

7. Отмотайте «кино» в обратном порядке (от последнего благополучного кадра к первому).

8. Вы режиссер, в ключевой момент можно изменить свое поведение. Сделайте так, чтобы изменить ситуацию к лучшему.

9. Отдадите от себя экран. Посмотрите на него через матовое стекло, безучастно.

10. Теперь представьте себя на экране через год (через 5 лет) в образе, в котором Вы себе нареветесь. Вы сидите в кинотеатре, смотрите фильм о себе и рассказываете своему ребенку о своем достойном профессиональном прошлом.

11. Когда я сосчитаю от 1 до 5, Вы медленно, на вдохе откроете глаза и будете чувствовать себя бодрым, уверенным в своих силах, спокойным.

Обсуждение, обмен впечатлениями.

Подведение итогов дня (20 мин.)

Обратная связь: «Как инцидент (психотравмирующая ситуация) представляется Вам теперь? Как себя чувствуете при воспоминании о ней?» Субъективное мнение участников о том, что понравилось или мешало работе.

Итого: 5 час. (300 мин.).

3-й день: «Коррекция личностных особенностей участников, принятие, укрепление и реконструкция образа «Я»

Разминка 1. Сокращение эмоциональной дистанции между участниками (15 мин.)

Задание группе: сегодня, приветствуя друг друга, каждый будет дарить другому воображаемый подарок (неважно какой, главное — дарить от души). Получивший подарок должен сказать, чем понравился или не понравился подарок, и что в действительности он хотел бы получить.

Упражнение № 1. Развитие умений видеть в любом человеке положительные черты, принятие себя (30 мин.)

«Стул комплиментов»: в центре круга устанавливается стул, который приглашается занять одному из участников. Окружающим предлагается подумать о том, какая черта характера, привычка сидящего в центре им нравится, и по очереди сказать ему об этом (сделать комплимент). Называть недостатки запрещается. Тот, кому сказали комплимент, должен поблагодарить и ответить тем же.

Упражнение № 2. Осознание своего уникального «Я», и общности с другими людьми (60 мин.)

Возьмите листок бумаги и за 10 минут дайте 20 ответов на вопросы: «Кто Я? Какой Я?».

Проанализируйте, сколько в Ваших ответах общечеловеческих характеристик, сколько описывают социальное «Я» (сын, дочь, курсант, друг и др.), а сколько — индивидуальное «Я» (характеристики, присущие только Вам: достоинства характера, таланты, принципы, интересы и др.). Какие из них преобладают в Вашем списке?

Каким представит Вас человек, который знакомится с Вами заочно, только по этому списку? Вы дали себе больше положительных или отрицательных характеристик? Назовите их. Что Вам хотелось бы в себе изменить?

Обсуждение: конфронтация ригидным убеждениям и анализ сопротивления (защитных механизмов) отдельных участников.

Упражнение № 3. Психосинтез (перестройка личности вокруг нового «центра»). Формирование идеальной модели образа «Я» (60 мин.)

Представьте себя таким, какой Вы есть на самом деле (Я-реальное). Затем опишите себя таким, каким Вы хотели бы быть (Я-идеальное).

1. Посмотрите вверх и влево. На счет «7» — закройте глаза. Сосредоточьтесь на своем дыхании.

2. На белом экране представьте образ, в котором вы себе нравитесь: прорисуйте «Я-идеальное» в деталях. Следите за тем, чтобы мышцы тела были расслаблены, и в теле не было неприятных ощущений.

3. Я-идеальное уменьшите до точки и переместите в верхний правый угол экрана.

4. Теперь представить образ Я-реального.

5. Установите одну картинку рядом с другой.

6. Вдохните. По команде «Хоп» (на выдохе) Я-идеальное резко увеличивается и перекрывает Я-реальное на середине экрана.

7. Я-реальное исчезает, Я-идеальное заполняет весь экран.

8. Когда позитивная картинка заполнит весь экран, можно открыть глаза. Данную операцию необходимо проделать 6–7 раз.

Упражнение № 4. Психокоррекция страхов иммерсионными методами (имплозии, парадоксальной интенции) (60 мин.)

Угасание безусловной реакции при предъявлении в воображении условного стимула, который не находит подкрепления. Изменение установки к своему страху.

Объяснить участникам механизм действия метода, подчеркнуть важность эмоциональной вовлеченности в воображаемую ситуацию и снижения эффективности метода при избегании страха.

Задания присутствующим:

1. Написать в иерархическом порядке 3 самых сильных своих страха.

2. Закрывать глаза и представить сцену, вызывающую страх (как можно более точно, во всех деталях и модальностях). Затем постараться усилить страх, создав в воображении максимально пугающую ситуацию (со всеми подробностями) и проговаривая про себя, например, следующую фразу: «Мне очень страшно, мое сердце бьется все сильнее, у меня напряжены мышцы, мне трудно дышать...и т. п.». Поддерживать высокий уровень страха необходимо в течение 40–45 мин., представляя наиболее худший вариант развития событий.

3. Дистанцироваться, отстраниться от пугающей ситуации, изменить отношение к ней, создав юмористическую установку.

4. Обсуждение: как изменялось самочувствие, что мешало эмоциональной вовлеченности в процесс?

5. Домашнее задание: продолжить самостоятельные тренировки (1 раз в день) вплоть до снижения интенсивности фобических переживаний.

Упражнение № 5. Отреагирование агрессивных эмоций (30 мин.)

Разбиться на «тройки». Инструкция: вспомните фрустрирующую ситуацию, когда внешние обстоятельства или окружающие люди мешали достижению Ваших целей, вызывая у Вас агрессивные эмоции. Где телесно (в шейном, грудном, поясничном отделе позвоночника) Вы больше ощущаете тяжесть, «груз жизненных проблем»? Далее один человек становится на четвереньки, двое других ладонями надавливают на плечи (грудной отдел или поясницу) третьего. Задание: сбросить «груз проблем», распрямиться, встать с колен, несмотря на сопротивление удерживающих (сила давления не должна быть чрезмерной). Похвалить себя за успешное преодоление препятствия.

Поменяться местами и повторить упражнение.

Разминка 2. Оценка потенциала доверия (15 мин.)

Участники разбиваются на пары. Один закрывает глаза, другой встает на расстоянии 2–3 метров и начинает медленно подходить, как можно ближе, стараясь незаметно дотронуться до плеча. «Слепой» может в любой момент сказать: «Стоп!», открыть глаза и определить в какой ситуации он принял меры предосторожности.

Обсуждение: «Что побудило сказать «Стоп»? Насколько близко я позволяю другим подойти ко мне?»

Упражнение № 6. Дыхательные упражнения (20 мин.)

Быстрый способ успокоиться в стрессовой ситуации. «Разрядка» негативных эмоциональных состояний, снятие мышечного напряжения.

Условия при выполнении дыхательных упражнений: дышать через нос; вдох продолжается 2–3 сек. и плавно переходит в выдох без паузы; выдох через нос или рот продолжительностью 2–3 сек.; приступать к выполнению интенсивных дыхательных упражнений не ранее чем через 2–2,5 час. после приема пищи.

1. Займите удобное положение. Положите левую ладонь на живот в области пупка. Правую ладонь положите на левую. Закройте глаза. Расслабьтесь.

2. Представьте себе пустой мешок, находящийся внутри Вас — там, где лежат Ваши руки. На вдохе представляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и наполняет этот «мешок». По мере заполнения «мешка» воздухом руки будут подниматься.

3. Как только «мешок» наполнится полностью — задержите дыхание на 2 сек. Повторяйте про себя фразу: «мое тело спокойно».

4. Начните медленно выдыхать, опустошая «мешок». Повторяя про себя фразу: «мое тело спокойно».

Повторите упражнение 3–5 раз. Если появится головокружение — остановитесь. Делайте это упражнение утром и вечером, а также используйте его в стрессовых ситуациях. Поначалу Вы можете не заметить никакой реакции, однако при регулярных тренировках Вы будете способны расслабиться «моментально». Важны систематические занятия, которые сформируют антистрессовую установку.

Обратная связь от участников.

Упражнение № 7. Прогрессивная мышечная релаксация (ПМР) (30 мин.)

Развитие умений ПМР для полного расслабления. В целях овладения методикой и закрепления навыков ПМР по Э. Джекобсону необходимо 8–10 занятий в течение 3–4 недель (задание на самостоятельную работу).

Система упражнений предполагает напряжение (2–3 сек.) с последующим расслаблением (4–6 сек.) групп мышц. Сядьте удобно, ослабьте ремень, тесную обувь, снимите часы. Каждое упражнение повторяется 2–7 раз. Закройте глаза.

1. Представьте себя стоящим на верхней площадке длинной лестницы, ведущей вниз... Представьте, что лестница покрыта мягким и пушистым ковром, и Вы босыми ногами медленно начинаете спускаться по ней... переступая со ступеньки на ступеньку. Медленно и постепенно начинаем спуск... 10, 9, 8... С каждой ступенькой Вы все глубже расслабляетесь... 6, 5, 4... Когда досчитаете до нуля, Вы почувствуете состояние полного покоя и глубокого расслабления.

2. Дышите спокойно, сосредоточьтесь на том, как воздух попадает в нос, затем в бронхи, грудная клетка расширяется на вдохе, на выдохе — сужается (30 сек.).

3. Сделайте очень глубокий вдох. Глубже! Задержите воздух... и расслабьтесь на выдохе. Вернитесь к нормальному дыханию (пауза 10 сек., затем повторить 2 раза).

4. Поставьте ступни ног плотно на пол. Пальцы ног прижмите к полу и поднимите обе пятки так высоко, как сможете, еще выше! Задержите на 2–3 сек. и расслабьте. Пусть они мягко упадут на пол (4–6 сек.). Повторите еще раз.

Теперь оставьте пятки на полу, а пальцы поднимите как можно выше, еще выше! Задержите. Расслабьте. Ваши мышцы сейчас расслаблены, пусть они становятся все тяжелее. Ощутите тепло в этой области (пауза 20 сек.).

5. Сосредоточьтесь на мышцах бедер. Вытяните прямо перед собой обе ноги, при этом икры не должны напрягаться. Прямо! Еще прямей! И расслабьте... Пусть ноги мягко упадут на пол. Повторить еще раз.

Теперь представьте, что Вы на пляже и зарываете пятки в песок. Начали! Тверже упирайтесь пятками! Еще тверже! И расслабьте... Повторим еще раз. Почувствуйте в верхней части ног тепло и расслабление. Расслабьтесь еще больше (пауза 20 сек.).

6. Перейдем к рукам. Сожмите одновременно 2 кулака настолько сильно, насколько это возможно. Еще крепче! И расслабьте. Повторить еще раз. Сожмите, задержите и расслабьте.

Чтобы расслабить противоположную группу мышц растопырьте пальцы рук настолько широко, насколько это возможно. Еще шире! Задержите в этом состоянии и расслабьте. Повторим еще раз. Обратите внимание на ощущение теплоты и покалывания в кистях рук и предплечьях. Запомните эти ощущения (пауза 20 сек.).

7. Перейдем к плечам. Мы несем на наших плечах большой груз напряжения и стресса. Поднимите плечи вертикально (пожмите плечами): мысленно попытайтесь достать ими до мочек ушей. Еще выше! И расслабьте. Повторим еще раз. Сконцентрируйте внимание на ощущении тяжести в плечах. Опустите плечи, дайте им полностью расслабиться. Пусть они становятся все тяжелее и тяжелее. Ощутите тепло в этой области (пауза 20 сек.).

8. Перейдем к лицу. Улыбнитесь настолько широко, насколько можете — «улыбкой до ушей». Еще шире! Задержите это напряжение. И расслабьте. Повторите еще раз. Улыбнитесь широко! И расслабьтесь.

Теперь сожмите губы вместе, максимально плотно и крепко. Расслабьте. Повторите еще раз. Ощутите тепло и расслабьте мышцы вокруг рта (пауза 20 сек.).

9. Перейдем к глазам. Зажмурьте глаза очень крепко, будто в них попал шампунь. Еще крепче! Задержите. Расслабьте. Повторите еще раз.

Не открывая глаз, приподнимите брови, максимально высоко! Задержите. Расслабьте. Повторите. Сделайте паузу и почувствуйте тепло и полное расслабление лица (пауза 20 сек.).

10. Вы чувствуете расслабление, проникающее в Ваше тело, как теплая волна... Вы чувствуете расслабление лба, которое переходит на глаза, щеки, нижнюю часть лица, затем спускается на шею, плечи, грудную клетку, предплечья, кисти рук, живот. Расслабляются Ваши ноги, волна тепла, начинаясь с бедер, спускается на икры и ступни. Задержите эти ощущения и насладитесь ими (пауза 2 мин.).

11. Сейчас я буду считать от 1 до 10. На каждый счет вы почувствуете, что сознание становится все более ясным, а тело более свежим и энергичным. На счет «10» Вы откроете глаза и будете чувствовать себя бодрым, с приливом сил желанием действовать. «1, 2, 3, 4...10». Откройте глаза и потянитесь. Ваше сознание ясно, Ваше тело отдохнуло.

Упражнения следует делать 2 раза в день: утром и вечером.

Обсуждение и получение обратной связи. Акцентировать внимание на позитивных переживаниях, свидетельствующих об овладении методикой.

Подведение итогов (30 мин.)

Обсуждение итогов дня и психокоррекционных мероприятий в целом. Субъективное мнение участников о сильных и слабых сторонах программы; об изменении эмоционального состояния в течение и после ее окончания (анонимное анкетирование).

Итого: 6 час. (360 мин.).

Научное издание

Стрельникова Юлия Юрьевна,
доктор психологических наук, доцент;
Пряхина Марина Васильевна,
кандидат психологических наук, доцент;
Душкин Антон Сергеевич,
кандидат психологических наук, доцент

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ
СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ
ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ**

Монография

Редактор *Артамонов Р. Е.*
Компьютерная верстка *Артамонов Р. Е.*

ISBN 978-5-91837-974-5



EDN: HOLPFZ



Подписано в печать 16.04.2025. Формат 60×84 ¹/₁₆
Печать цифровая. Объем 11 п. л. Тираж 500 экз. (1-й з-д 1–100). Заказ № 62/25.

Отпечатано в Санкт-Петербургском университете МВД России
198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1