

**МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ,
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЧС РОССИИ»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРОВЕДЕНИЮ МОНИТОРИНГОВОГО
ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
В СИСТЕМЕ МЧС РОССИИ**



Методические рекомендации по проведению мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России. – М., 2016. – 107с.

Методические рекомендации подготовили:

Тарасова А.А. – старший научный сотрудник НИО психологической и психофизиологической диагностики ФКУ «Центр экстренной психологической помощи МЧС России»

Под общей редакцией к. псих. наук Ю.С. Шойгу

Методические рекомендации определяют цель и задачи проведения динамического наблюдения за психологическим состоянием профессиональных контингентов МЧС России в период прохождения службы (работы) для определения успешности социальной адаптации к профессиональной деятельности, а также выявления наличия (степени выраженности) психологических последствий, связанных с профессиональной деятельностью.

Методические рекомендации содержат теоретические основы психофизиологии функциональных состояний; характеристику психологических изменений, возникающих в процессе выполнения профессиональной деятельности у специалистов МЧС России; подробную процедуру проведения мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России и включают критерии для определения

необходимости психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России.

Методические рекомендации предназначены для специалистов психологической службы МЧС России.

Оглавление

Введение	4
1. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности	5
1.1. Понятие функционального состояния.....	5
1.2. Виды функциональных состояний человека.....	6
1.3. Психофизиологическая характеристика состояний функционального напряжения.....	8
.....	
2. Мониторинговое обследование	13
2.1. Общее понятие о мониторинге в психологии.....	13
2.2. Мониторинговое психодиагностическое обследование в системе МЧС России.....	15
2.2.1. Специфика профессиональной деятельности специалистов МЧС России.....	16
2.2.2. Характеристика психологических изменений, возникающих в процессе выполнения профессиональной деятельности, у специалистов МЧС России.....	18
2.2.3. Методы, используемые при проведении мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России.....	37
2.2.4. Процедура проведения мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России.....	42
3. Создание критериев, определяющих необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России	47
4. Критерии для определения необходимости психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России	51
4.1. Процентное соотношение показателей в каждой группе, выставляемой по результатам мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России, в зависимости от количества всех изучаемых показателей (для возможности применения критериев при изменении перечня методик).....	58
4.1.1. Расчет количества показателей в итоговой группе (в зависимости от изменения общего количества всех изучаемых показателей при проведении мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России).....	60
Заключение	65
Список литературы	66
Приложение 1 Примеры выставления итоговой группы по результатам мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России.....	69
Приложение 2 Проценты, которые несут в себе показатели в зависимости от общего количества показателей при проведении мониторингового	

психодиагностического обследования в системе МЧС России.....	81
Приложение 3 Заключение по результатам мониторингового психодиагностического обследования профессиональных контингентов МЧС России (для руководителя структурного подразделения)	82
Приложение 4 Заключение по результатам мониторингового психодиагностического обследования профессиональных контингентов МЧС России (для специалиста психологической службы МЧС России)	83
Глоссарий	84

Введение

В нашей жизни существует актуальная проблема своевременной диагностики, профилактики и коррекции негативных психологических последствий, связанных с выполнением человеком своих служебных обязанностей. Источником негативных факторов являются различные психотравмирующие события (аварии, катастрофы, военные действия и т.д.), хроническое (психическое и физическое) напряжение, связанное с профессиональной деятельностью, в том числе в экстремальных условиях.

Профессиональная деятельность сотрудников МЧС России является одним из наиболее напряженных (в психологическом плане) видов социальной деятельности и входит в группу профессий с большим присутствием стресс-факторов. Неопределенность складывающейся обстановки, постоянное ожидание опасности, необходимость непрерывного осмысления и анализ быстро меняющихся ситуаций, усиление внимания, столкновение с человеческим горем оказывают мощное и неоднозначное влияние на психику человека, требуют мобилизации всех его физических и психических возможностей для эффективного решения поставленных задач. В результате чего последствия возникающих негативных состояний могут повлиять как на самого специалиста, так и на его профессиональную деятельность: ухудшается качество работы, растет число профессиональных ошибок, увеличивается число конфликтов на службе и дома, возможна смена работы и даже профессии.

Таким образом, актуальным и важным является наблюдение за динамикой функционального состояния человека, развитием и изменением психологических свойств и качеств, происходящих в процессе выполнения сотрудником его служебных задач. Такое наблюдение направлено на профилактику негативного влияния профессионального стресса, поддержание продуктивности профессиональной деятельности и сохранение психологического здоровья человека.

1. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности

1.1. Понятие функционального состояния

В психологической литературе рассматриваются разнообразные виды состояний человека, оказывающие благоприятное или отрицательное влияние на протекание трудовой деятельности. Такие состояния обозначаются понятием функционального состояния человека. Само название данного термина подчеркивает связь состояния организма человека с функциями, которые субъект выполняет в процессе трудовой деятельности, и специфичность подхода к анализу состояний человека, отличающегося от традиционной проблематики изучения этого круга явлений в общей психологии и физиологии (исследования эмоциональных состояний, состояний сознания, психофизиологических состояний и др.). Понятие функционального состояния вводится для характеристики эффективной стороны деятельности или поведения человека. Этот аспект рассмотрения проблемы предполагает прежде всего решение вопроса о возможностях человека, находящегося в том или ином состоянии, выполнять конкретный вид деятельности [24].

Под функциональным состоянием понимается физиологическое состояние организма и его систем. Любое состояние является функциональным, то есть отражает уровень функционирования организма в целом или отдельных его систем, а также само выполняет функции адаптации к данным условиям существования [17]. Другими словами, это результат динамического взаимодействия организма с внешней средой; оно характеризуется проявлениями тех качеств и свойств организма человека, которые прямо или опосредованно определяют его деятельность. Функциональное состояние является одним из факторов трудовой деятельности, от которого зависит ее успешность.

Существует несколько подходов к определению и оценке функциональных состояний человека, однако всего лишь три из них являются составной частью единого подхода, применяемого специалистами психологической службы МЧС России. Данные подходы подробно описаны в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года.

Состояние человека невозможно охарактеризовать как простое изменение в протекании отдельных функций или процессов. Изменение функциональных состояний – это замена одного комплекса реакций другими. Все эти реакции взаимосвязаны и обеспечивают определенное адекватное поведение организма в каждой конкретной ситуации. При этом каждое функциональное состояние характеризуется своим собственным сочетанием физиологических изменений в организме.

Таким образом, реальный уровень функционального состояния является результатом сложного взаимодействия многих факторов, вклад которых определяется конкретными условиями существования индивида. В

рамках профессиональной деятельности специалистов МЧС России определенное сочетание этих факторов может приводить к дестабилизации функционального состояния, что возможно выявить в рамках мониторингового психодиагностического обследования данных специалистов.

1.2. Виды функциональных состояний человека

Использование понятий надежности и цены деятельности служит основанием для создания наиболее общей классификации функциональных состояний. С помощью критериев надежности функциональное состояние характеризуется с точки зрения способности человека выполнять деятельность на заданном уровне точности, своевременности, безотказности. По показателям цены деятельности дается оценка функционального состояния со стороны степени истощения сил организма и в конечном итоге влияния его на здоровье человека. На основании указанных критериев все множество функциональных состояний можно разделить на:

Допустимые функциональные состояния: во-первых, по критерию надежности позволяют осуществлять деятельность, эффективность которой не ниже допустимого уровня, а во-вторых, по критерию цены деятельности не влияют отрицательно на здоровье человека.

Недопустимые функциональные состояния: эффективность деятельности переходит нижние границы заданной нормы (оценка по критерию надежности) или появляются симптомы нарушения здоровья (оценка по критерию цены деятельности).

В тоже время, исходя из эргономического подхода, виды функциональных состояний по отношению к деятельности делятся на два класса, что отражено в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года.

В тоже время обычно на человека одновременно влияют разнонаправленные физиологические стимулы. Они активизируют многие функциональные системы. В процессе любой деятельности на организм всегда действуют раздражители трех видов рефлекторных актов.

Первый вид – это те рефлекторные акты, из которых складывается определенная деятельность (основная функциональная система).

Второй вид – это те действия и реакции, которые являются посторонними относительно основной функциональной системы (второстепенная функциональная система). Сюда входят лишние движения, волнения и раздумья, связанные, например, с личным риском: дополнительные шумовые эффекты, вибрация и т.п.

Третий вид – это физиологические реакции, связанные с утомлением (восстановительная функциональная система).

Эти три системы всегда находятся в конфликтных отношениях, так как относительно друг друга они являются физиологическими препятствиями, которые мешают их реализации. Когда в противодействие вступают основная и восстановительная системы, состояние главных функций нервной системы

и уровень работоспособности претерпевают возрастающие неблагоприятные изменения. В зависимости от степени этого конфликта формируется определенное функциональное состояние. В этом случае функциональные состояния можно разделить на три вида: нормальное, предельное и патологическое.

Нормальное функциональное состояние характеризуется тем, что конфликт между основной и второстепенной функциональными системами сглажен или полностью преодолен. При этом раздражители второстепенной функциональной системы присутствуют и влияют на организм. Но в данном случае основная функциональная система становится стойкой доминантой и осуществляет значительное тормозное влияние на те рефлекторные акты, которые являются конкурентными. Особенность нормального состояния заключается в том, что расходование функциональных ресурсов организма не выходит за пределы его возможностей. Поскольку эти ресурсы постоянно используются, то и восстановительная функциональная система находится под непрерывной стимуляцией.

Предельное и патологические функциональные состояния также имеют специфические признаки. Существенная их особенность заключается в обострении противоборствования привлеченных в конфликт функциональных систем. Это обострение заключается в соперничестве противоборствующих рефлекторных актов за превосходство в организме. В этом состоянии процесс возбуждения находится не только в основной, но и во второстепенной функциональных системах. Поэтому каждая новая деятельность характеризуется некоторыми особенностями: неопределенностью действий, множеством двигательных актов, неустойчивостью внимания, увеличением времени рефлексов, неуверенностью и т.п. Все эти особенности ухудшают функциональные возможности организма, его дееспособность, снижают работоспособность, количественный и качественный уровни выполнения деятельности.

Предельное функциональное состояние организма характеризуется истощением функциональных ресурсов. Начинает преобладать восстановительная система; нарушается нормальное протекание рефлекторной деятельности, выявляется дискоординация функций, что снижает работоспособность.

Находясь в пограничном функциональном состоянии, субъект деятельности должен волевым усилием подавлять потребность в отдыхе. Поэтому у него возрастает нервно-эмоциональное напряжение, которое проявляется в ощущении утомления, раздражительности, отрицательных эмоциях. Здоровый человек устраняет неблагоприятную ситуацию или же приспосабливается к обстановке, не допуская перенапряжения нервной системы; при невозможности преодолеть возникшие сдвиги в функциональном состоянии организма перенапряжение, а также продолжительное пребывание в таком состоянии провоцирует обострение хронических заболеваний или вызывает новые, то есть происходит переход

уже к патологическому функциональному состоянию. С точки зрения приведенной выше классификации пограничные состояния относятся к категории недопустимых. Они требуют проведения соответствующих профилактических мер, в организации которых непосредственное участие должны принимать и специалисты-психологи.

Патологическое функциональное состояние организма проявляется в виде разнообразных функциональных нарушений. Из-за значительной потребности в отдыхе восстановительная функциональная система достигает большой мощности. Эта система старается отключить с помощью торможения активное состояние мозга и перевести организм в сон. В данном случае от субъекта деятельности требуется очень напряженное волевое усилие, чтобы заставить себя продолжать определенную деятельность. Признаки патологического функционального состояния – это явления дискоординации предельных степеней. При этом происходят значительные сдвиги деятельности сердечно-сосудистой, газообменной и других физиологических систем. Организм, который находится в патологическом функциональном состоянии, имеет очень низкий коэффициент полезного действия. Патологическими функциональными состояниями являются такие, как невроз (нарушения в эмоциональной и волевой сфере) и психопатия (изменения характера в результате сочетания неблагоприятных конституционно-биологических и средовых влияний). Наиболее частой разновидностью невротических состояний считается депрессия, характеризующаяся унынием, подавленностью, мрачностью, чувством безысходности. Такое функциональное состояние нуждается в обязательных коррекционных и восстановительных мероприятиях.

Подробные характеристики физиологических показателей для оценки функционального состояния описаны в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года.

1.3. Психофизиологическая характеристика состояний функционального напряжения

В зависимости от особенностей выполнения разнообразной деятельности специалистов МЧС России нагрузка может значительно активизировать разные физиологические системы, повышая их уровень функционирования.

Термин «напряжение» используется как для характеристики самого процесса трудовой деятельности, так и для обозначения специфических состояний, возникающих в ходе ее выполнения. Нередко этим термином обозначается круг состояний человека, возникающих в усложненных условиях деятельности.

Степень напряжения деятельности специалистов МЧС России может определяться структурой процесса труда, в частности содержанием рабочей нагрузки, ее интенсивностью, насыщенностью деятельности и т.д. В этом смысле напряжение интерпретируется с точки зрения требований, предъявляемым конкретным видом труда к человеку. С другой стороны,

напряжение деятельности может характеризоваться психофизиологическими затратами (ценой деятельности), необходимыми для достижения трудовой цели. В этом смысле под напряжением понимается величина усилий, прилагаемых человеком для решения поставленной задачи.

Внутри этого общего понятия выделяют два основных класса состояний напряжения:

Специфическое напряжение, определяющее динамику и интенсивность психофизиологических процессов, лежащих в основе выполнения конкретных трудовых навыков. Данный класс может означать, например, ряд состояний человека, определяемых факторами интенсивности и информационной структуры нагрузки. Ее можно обозначить как психическую напряженность, характеризующую особенности поведения в стрессогенных ситуациях. Данное напряжение характерно для профессий, которые требуют от работника быстрого принятия решения, оперативного мышления, качественной переработки большого количества информации.

Неспецифическое напряжение, характеризующее общие психофизиологические ресурсы человека и в целом обеспечивающее уровень выполнения деятельности. Данное напряжение понимается как спектр деятельностных состояний организма, характеризующийся повышенным уровнем функционирования систем по сравнению с состоянием покоя; она сопровождает любую целенаправленную деятельность.

По типу влияния на эффективность деятельности различают:

Операционное напряжение, для которого свойственно преобладание процессуальных мотивов деятельности, что оказывает мобилизующее влияние на индивида и способствует сохранению высокого уровня эффективности.

Эмоциональное напряжение, которое развивается при ломке адекватной мотивационной структуры в усложненных условиях и приводит к дезорганизации деятельности. Эмоциональное напряжение возникает также в том случае, когда ярко выражено несоответствие мотивационных структур нескольких субъектов труда, взаимодействие которых необходимо для достижения цели. Такие ситуации несоответствия и межличностного конфликта часто возникают во всех профессиях типа «человек-человек».

При использовании критерия оптимальности соответствия затрачиваемых человеком усилий требованиям деятельности выделяют:

Продуктивное напряжение, которое позволяет достигать целей деятельности оптимальным для субъекта образом.

Непродуктивное напряжение наблюдается при несоответствии усилий человека необходимым для достижения цели субъективным затратам. При этом непродуктивное напряжение может быть как меньше необходимого, так и значительно его превышать.

Таким образом, напряжение – интегрированное психофизиологическое состояние, которое возникает и протекает в процессе практической или теоретической деятельности (при физическом и умственном труде). При этом

отклонения психофизиологического напряжения от оптимума приводят к нарушению нервно-эмоционального состояния, что снижает эффективность выполняемой работы.

В процессе выполнения профессиональной деятельности обычно выделяют такие периоды как: вработывание, устойчивая работоспособность, неустойчивая работоспособность, неотвратимое ее снижение вплоть до отказа.

Период вработывания характеризуется постепенным возрастанием функциональных возможностей организма, повышением работоспособности, производительности, приспособлением физиологических систем организма, которые обеспечивают выполнение работы в наиболее экономичном режиме. При этом происходит улучшение памяти, внимания, стабилизируется эмоциональное и субъективное состояние. Положительная динамика работоспособности свидетельствует о формировании рабочей доминанты или динамического стереотипа, если работа обычная. Сложно достигается вработывание при таких видах умственного труда, когда резко изменяется содержание деятельности, что требует сосредоточенности, переключения внимания, памяти, мышления, воли и т.д.

Период устойчивой работоспособности характеризуется стабилизацией работоспособности на оптимальном уровне при минимальных затратах эмоциональной и физической энергии. В этот период наблюдается наиболее высокая работоспособность и стабильность протекания психофизиологических процессов – восприятия, внимания, мышления, памяти при стабильности эмоционально-волевой сферы и субъективного состояния. Чем интенсивнее деятельность, тем короче период оптимальной работоспособности и тем быстрее происходит ее снижение. Высокая концентрация внимания и волевое напряжение ускоряют утомление и уменьшают выносливость.

Постепенно происходит снижение функциональных возможностей организма, что субъективно сопровождается ухудшением самочувствия, увеличением времени принятия решений и т.д. Изменения работоспособности обусловлены изменением функциональной активности профессионально значимых психических процессов (внимания, памяти, мышления).

Функциональное напряжение организма в процессе любой деятельности спустя некоторое время вызывает проявление признаков утомления, что снижает уровень работоспособности. Скорость развития утомления, а также его глубина зависят от уровня функционального напряжения организма, зависящего от исходного функционального состояния и величины нагрузки.

Утомление по своей сущности является нормальным физиологическим процессом, который сопровождается определенными изменениями функционального состояния и защищает организм от чрезмерного перенапряжения и возможного в связи с этим повреждения и истощения. К

побочным факторам, которые сами по себе не приводят к появлению утомления, но в сочетании с действием основного фактора способствуют более раннему и выраженному развитию утомления, относят такие: нарушение режима труда и отдыха (недостаточность времени отдыха для полного восстановления сил, неправильное использование перерывов во время работы, непродуманное планирование труда и отдыха, нарушение биоритмов, социальная изоляция и др.); факторы внешней среды (пониженное содержание кислорода и повышенное содержание углекислого газа в воздухе, чрезмерная влажность, высокая или низкая температура воздуха и др.); факторы использования техники (загрязнение воздуха вредными газами, действие механических сил, приводящих к вибрации, действие электромагнитных волн, ультразвука, недостаточная освещенность рабочего места, неудобство рабочей позы, гипокинезия и др.). Ранее отмечалось, что главным фактором утомления выступает снижение работоспособности, однако, кроме утомления, на снижение работоспособности влияют также состояния монотонии и психического пресыщения. Если утомление можно охарактеризовать как естественную реакцию, связанную с нарастанием напряжения при продолжительной работе, то и монотония, и психическое пресыщение являются следствием однообразия деятельности, выполняемой в специфических условиях (бедность внешней среды, ограниченное поле работы, несложные стереотипные действия и т.д.). Различия проявляются и в поведенческом плане, и в их субъективной представленности. Для монотонии характерны погружение человека в дремотное состояние, «выключение» из процесса деятельности. Состояние психического пресыщения связано с развитием аффективного эмоционального комплекса и попытками внести разнообразие в привычный стереотип выполняемых действий. Нарастание утомления сопровождается увеличением специфических «ошибок невнимательности», снижением точности и скорости действий, симптоматикой истощения резервов организма. В состоянии монотонии или психического пресыщения истощения резервов не наблюдается, наоборот, к нарастанию этих состояний ведет недостаточное или однобокое использование резервов. Для состояния монотонии основным типом изменений является общее снижение активности обеспечивающих деятельность процессов. Состоянию утомления, напротив, свойственна диссоциация этих процессов по мере нарастания напряжения, что проявляется в росте рассогласования между отдельными показателями.

По мере роста утомления наблюдаются значительные изменения в протекании различных психических процессов. Нередко при утомлении уменьшается скорость реагирования, то есть увеличивается время простой сенсомоторной реакции и реакции выбора. Однако может наблюдаться и увеличение скорости ответов, сопровождаемое ростом числа ошибок. Наиболее выраженными и существенными признаками утомления являются нарушения внимания: сужается объем внимания, страдают функции переключения и распределения внимания, снижается его произвольность. Со

стороны процессов, обеспечивающих запоминание и сохранение информации, утомление прежде всего приводит к затруднениям извлечения информации, хранящейся в долговременной памяти. Снижение показателей кратковременной памяти связано с ухудшением удержания информации в системе кратковременного хранения и операций семантического кодирования. Эффективность процесса мышления существенно снижается за счет преобладания стереотипных способов решения задач в ситуациях, требующих принятия новых решений. Нарушается или снижается сознательный контроль процессов целеобразования в проблемных ситуациях, нарушается целенаправленность интеллектуальных актов.

По мере развития утомления происходит трансформация мотивов деятельности. Если на ранних стадиях сохраняется адекватная «деловая» мотивация, то затем преобладающими становятся мотивы прекращения деятельности или ухода от нее. При продолжении работы это приводит к формированию отрицательных эмоциональных реакций.

Описанный симптомокомплекс утомления представлен разнообразными субъективными феноменами, знакомыми как комплекс переживания усталости. Переживание усталости имеет важное значение с точки зрения обеспечения соматического и психологического здоровья: оно является сигналом к поиску внешних или внутренних резервов продолжения деятельности или ее прекращению.

Появление симптомов утомления свидетельствует о недостаточности привлекаемых компенсаторных средств для поддержания эффективности деятельности на заданном уровне (по количественным и качественным показателям). Восстановление оптимального уровня работоспособности предполагает прекращение вызвавшей утомление деятельности на определенный период времени. В тех случаях, когда продолжительность или полноценность периодов отдыха недостаточны, происходит накопление утомления и развивается переутомление.

Переутомление - это генерализованный патофизиологический процесс, который характеризуется изменением состояния главных физиологических систем, нарушением оптимизации их взаимоотношений. На физиологическом уровне это означает истощение внутренних ресурсов организма, снижение уровня функционирования физиологических систем, при этом, как правило, преобладают симпатические влияния на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Первыми признаками переутомления являются невротические симптомы: повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, отсутствие желания заниматься обычной работой, нарушение сна, головные боли. Объективными признаками переутомления являются нарушение внимания, расстройство процессов сенсорного восприятия, нарушение моторной деятельности, ухудшение памяти и продуктивности мышления, накопление и проявление негативных эмоций, появление сонливости, а также происходит развитие вегетативных нарушений, в первую очередь появление неврозов – психогенных

заболеваний, которые сопровождаются неврологическими, соматическими, вегетативными и эмоциональными нарушениями. Неврозы могут проявляться как возрастанием уровня притязаний к окружающим со склонностью к повышенным реакциям на мелочи, так и вялостью, апатией, отсутствием выполнять необходимую работу.

Помимо утомления и переутомления в профессиональной деятельности высок риск возникновения перенапряжения.

Перенапряжение определяется как неблагоприятное, пограничное между нормой и патологией, функциональное состояние отдельных физиологических систем или органов, которое обусловлено чрезмерными или продолжительными нагрузками или напряжениями этих систем или органов. Перенапряжение является одним из главных факторов риска заболеваний (нервно-психических, сердечно-сосудистых и др.). В результате перенапряжения снижается резистентность организма человека к разнообразным неблагоприятным влияниям, которые могут приводить к обострению ряда хронических заболеваний. Развитие перенапряжения могут обуславливать следующие факторы: стереотипные продолжительные мышечные нагрузки на зрительный и слуховой анализаторы, монотония, нервные и психоэмоциональные напряжения.

Перенапряжение и переутомление могут развиваться как изолированно (только перенапряжение или только переутомление отдельных органов и систем), так и в различных сочетаниях (перенапряжение в сочетании с переутомлением одной или нескольких систем и органов или только перенапряжение одновременно нескольких систем и органов).

2. Мониторинговое обследование

2.1. Общее понятие о мониторинге в психологии

Слово «мониторинг» произошло от латинского слова «monitor» - в переводе означает напоминающий или предупреждающий. Понятие «мониторинг» может рассматриваться и как способ исследования реальности, используемый в различных науках, и как способ обеспечения управляющего звена своевременной и качественной информацией о состоянии системы и происходящих в ней процессах.

В научной литературе 80-х годов XX века понятие мониторинга наиболее общим образом обозначает различную «деятельность по наблюдению», «систему повторных, целенаправленных наблюдений» или «методику и систему наблюдений». Во всех определениях ключевым словом является слово «наблюдение». Позже, в более поздний период наблюдение сменилось на «контроль с периодическим слежением» или «процесс отслеживания информации по изучаемой системе». На сегодняшний момент представляется наиболее точным и универсальным следующее определение мониторинга:

Мониторинг – это многоуровневая, иерархическая система организации, сбора, хранения, обработки и распространения информации об обследуемой системе или отдельных ее элементах, ориентированная на

информационное обеспечение управления, которая позволяет судить о состоянии объекта мониторинга в любой момент и может обеспечить прогноз его развития.

Использование мониторинга в психологии началось сравнительно недавно. По определению А.А. Орлова, «психологический мониторинг выявляет тенденции и закономерности психологического развития определенных групп людей». Предметом психологического мониторинга, например, могут быть динамика профессионального и личностного самоопределения, динамика изменений определенной возрастной или профессиональной группы, функционирование и развитие психических процессов и др. [6]. Психологический мониторинг – особый вид мониторинга. Важно рассматривать предмет мониторинга не само психологическое развитие человека, а условия, которые определяют развивающий характер, или социально-психологические риски, существующие в деятельности. Э.Ф. Зеер рассматривает психологический мониторинг как процесс отслеживания состояния объекта с помощью непрерывного или периодически повторяющегося сбора данных, представляющих собой совокупность определенных ключевых показателей [16]. В качестве объекта, по его мнению, могут выступать различные явления психологической действительности.

Проблема психологического мониторинга на концептуально-методологическом уровне была заявлена коллективом авторов (В.В. Репкина, Г.В. Репкина, Е.В. Заика) [16]. В качестве способов осуществления мониторинга авторы предложили использовать методы сбора психодиагностической информации и учета полученных данных в принятии управленческих решений и регуляции деятельности. К методам сбора информации исследователи относят задачи деятельности и метод тестовых ситуаций. Они отмечают, что полноценное осуществление мониторинга возможно только специальной психологической службой. Кроме того, психологический мониторинг рассматривается ими как интеграция психодиагностики и коррекции.

Мониторинг имеет ряд отличительных особенностей. Во-первых, он представляет собой целостную систему, реализующую множество функций (непрерывный сбор информации, ее структурирование, анализ, реализация обратной связи, передача данных и др.). Во-вторых, мониторинг включает в себя следующие аспекты: непрерывность (постоянный сбор данных); диагностичность (наличие модели или критериев отслеживания наиболее проблемных показателей, на основании которых можно делать выводы об искажениях в отслеживаемых процессах); технологичность критериев отслеживания (включение в критерии максимального количества информации при сохранении удобства их отслеживания); широкий спектр обнаруженных изменений (возможность выявления необычных результатов, аномалий); обратная связь (информированность объекта мониторинга о результатах, которая позволяет вносить коррективы в отслеживаемый

процесс); научность (научная обоснованность модели и отслеживаемых параметров); совершенствуемость (возможность внесения изменений в структуру мониторинга) [41].

Рассматривая психологический мониторинг в профессиональной деятельности можно определить его как процесс наблюдения, оценки и прогнозирования психического состояния специалистов на разных этапах деятельности.

Психологический мониторинг представляет собой комплексную программу, позволяющую оперативно предоставлять информацию о психологическом состоянии человека, актуальных и потенциальных проблемах его развития в целях прогноза, коррекции и управления в рамках определенной профессиональной деятельности. При помощи психологического мониторинга отслеживаются следующие психологические критерии:

1. Познавательная сфера (восприятие, память, внимание, мышление) и динамика ее развития;
2. Мотивационная сфера и динамика ее развития;
3. Эмоционально-волевая сфера (уровень тревожности, активности) и динамика ее развития, влияние эмоционального состояния на процесс профессиональной деятельности, удовлетворенность различными сторонами профессиональной деятельности;
4. Личностная сфера (самооценка, потребность в достижении, уровень коммуникации, ценностные ориентации) и динамика ее развития.

Подготовка к проведению мониторинга предполагает проработанный методологический аппарат; наличие средств измерения, адекватных сформулированным задачам; отлаженную систему реализации мониторинга, включающую в себя сбор, обработку, хранение получаемой информации, а также передачу информации уполномоченным лицам установленным способом.

В зависимости от цели и выбранного объекта мониторинга возникают специфические задачи, связанные с реализацией мониторинга на практике. Так, если целью психологического мониторинга является психологическое сопровождение персонала в контексте особенностей трудовой деятельности, то отслеживание должно быть направлено на определение комплекса личностных особенностей, выявление причин происходящих изменений в поведенческих проявлениях сотрудников, разработку рекомендаций по их предупреждению и устранению.

При проведении психологического мониторинга должны реализовываться следующие задачи:

1. Получение максимально полной психологической информации, характеризующей интеллектуальный, мотивационный и личностный потенциал сотрудника;
2. Представление этой информации в наиболее удобном виде пользователям разного уровня;

3. Разработка по итогам диагностики рекомендаций, которые позволят определить основные направления разработки психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Таким образом, психологический мониторинг – комплексная технология, объединяющая диагностику, консультацию, коррекцию в единую эффективную систему психологических средств, реализуемых в определенной последовательности, наполняемых строго отобранным содержанием и позволяющих гибко и действенно осуществлять психологическое сопровождение специалистов.

2.2. Мониторинговое психодиагностическое обследование в системе МЧС России

Согласно Методическому руководству по психодиагностическому обеспечению в МЧС России от 22.03. 2011 г. № 2-4-54-529-4 Мониторинговое психодиагностическое обследование в системе МЧС России (далее – МПО) – комплекс периодических психодиагностических мероприятий, направленных на динамическое наблюдение за психологическим состоянием профессиональных контингентов МЧС России в период прохождения службы (работы) с целью определения успешности социальной адаптации к служебной деятельности, а также выявления наличия (степени выраженности) психологических последствий, связанных с профессиональной деятельностью и ранней дифференцированной диагностики суицидоопасных состояний.

МПО профессиональных контингентов МЧС России по выявлению наличия (степени выраженности) психологических последствий, связанных с профессиональной деятельностью и суицидоопасных состояний обязательно к проведению с периодичностью один раз в два года, в результате которого выставляются группы, определяющие необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России. В процессе проведения мониторинга учитывают индивидуальные психофизиологические особенности человека, вид и интенсивность разнообразных факторов, которые существенно влияют на изменение состояния человека.

Однако МПО в системе МЧС России не решает такие задачи как диагностика расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания) и определение долгосрочного прогноза суицидального поведения ввиду того, что данные мероприятия не входят в сферу деятельности специалиста психологической службы.

2.2.1. Специфика профессиональной деятельности специалистов МЧС России

Согласно концепции психологического обеспечения профессиональной деятельности (Г.С. Никифоров, 1991) в целях сохранения профессионального долголетия специалистов необходимо знание общих и специальных факторов риска для конкретных видов профессий и категорий людей. На основе этих

знаний может строиться поиск путей возможного устранения или снижения их негативного влияния на субъектов труда. В большинстве случаев специалисты МЧС России подвергаются воздействию экстремальных факторов физической, химической, биологической, психологической и психофизиологической природы.

1. Физические - высокий уровень физической нагрузки, движущиеся части машин и агрегатов, разрушающиеся конструкции, низкие и высокие температуры, повышенная запыленность, загазованность, влажность, высокий уровень шума и вибраций, пониженная освещенность, повышенный уровень ионизирующих излучений и т.д.

2. Химические – токсические, раздражающие, канцерогенные, сенсibiliзирующие и мутагенные вещества.

3. Биологические – влияние болезнетворных микроорганизмов: бактерий, вирусов и т.д. Опасность данного вида экстремального воздействия возрастает при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций на биологических предприятиях и в лечебных учреждениях.

4. Психофизиологические – сверхнормативные физические и нервно-психические перегрузки. Наиболее мощным объективным экстремальным фактором является высокое психоэмоциональное напряжение, возникающее вследствие угрозы собственной жизни и жизни коллег; переживание за благосостояние близких при возможной потере специалистом трудоспособности; дефицит информации; внезапность и скоротечность распространения зоны чрезвычайной ситуации при определенных условиях (взрыв в зоне огня емкостей с легковоспламеняющейся жидкостью, газовых баллонов и т.д.); моральная ответственность за спасаемых людей; необходимость общения в экстремальной ситуации с должностными лицами и гражданским населением; режим постоянного тревожного ожидания в период несения дежурства (даже находясь в состоянии оперативного покоя специалист сохраняет готовность к экстренным действиям, в результате чего ожидание может сформировать более превосходящую реакцию, чем в зоне чрезвычайной ситуации).

5. Психоэмоциональное напряжение может вызвать субъективные факторы стресса: нехватка опыта работы, психологическая неподготовленность, низкая эмоциональная устойчивость.

При этом факторы подразделяются на внешние, соответствующие организационным, и внутренние, соответствующие индивидуальным элементам. В свою очередь к внешним относятся: 1) хронически напряженная психоэмоциональная деятельность, которая связана с интенсивным общением, с целенаправленным восприятием партнеров и воздействием на них; 2) дестабилизирующая организация деятельности, включающая в себя не всегда четкую организацию и планирование труда, не всегда структурированную и четкую информацию; многочасовую работу; наличие конфликтов как в системе «руководитель-подчиненный», так и среди коллег. При этом следует учитывать, что дестабилизирующая

обстановка сказывается на самом профессионале, а также на субъекте общения с ним и на взаимоотношениях обеих сторон; 3) повышенная ответственность за исполняемые функции, когда постоянно необходимо находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется профессиональная деятельность – это требует принимать на себя эмоциональное состояние партнеров по общению; 4) неблагоприятная социально-психологическая атмосфера профессиональной деятельности, которая определяется двумя основными обстоятельствами: конфликтностью по вертикали в системе «руководитель - подчиненный», и по горизонтали – в системе «коллега - коллега», при этом нервная обстановка побуждает одних растрчивать эмоции, а других – искать способы экономии своих психических ресурсов; 5) психологически трудный контингент, что приводит к необходимости экономии эмоциональных ресурсов. Среди внутренних (субъективных) причин можно выделить следующие: 1) склонность к застреванию (эмоциональной ригидности); 2) интенсивная интериоризация обстоятельств трудовой деятельности, которая может возникнуть у людей с повышенной ответственностью за порученное дело; такие профессионалы тяжело переживают стрессовые ситуации, конфликты, допущенные ошибки.

В свою очередь к особенностям (специфике) профессиональной деятельности специалистов МЧС России можно отнести следующие: работа с людьми; риск принятия правильных решений при сборе оперативной информации; страх принять неправильное решение; фрустрация; жажда оценки (похвалы); жажда острых ощущений; ценность осторожности; сменный график работы, приводящий к нарушениям режима труда и отдыха, суточных ритмов работоспособности и способствующий накоплению утомления; высокая вероятность мгновенного переключения с привычного ритма действий на напряженную деятельность в условиях информационной перегрузки, дефицита времени и сенсорной депривации.

В связи с этим очевидно, что с одной стороны, профессиональная деятельность воздействует на здоровье человека, с другой – состояние здоровья оказывает существенное влияние на процесс и результат деятельности. Таким образом, это определяет необходимость высокой профессиональной и физической готовности специалистов МЧС России к выполнению задач по предназначению. В специфических условиях (действий при ликвидации чрезвычайных ситуаций, сенсорной депривации и т.д.) для обеспечения максимальной эффективности профессиональной деятельности особое значение приобретают мероприятия по сохранению профессионального здоровья специалистов МЧС России. В связи с этим, психологическое обеспечение профессиональной деятельности специалистов МЧС России связано с проблемой сохранения профессионального здоровья профессионала. Одним из важных и актуальных мероприятий в данном направлении является проведение мониторингового психодиагностического обследования, а также, по его результатам, проведение

психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России.

Более подробная информация о профессиональном здоровье специалистов МЧС России отражена в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года.

2.2.2. Характеристика психологических изменений, возникающих в процессе выполнения профессиональной деятельности у специалистов МЧС России

Современный ритм жизни, различные катастрофы могут привести к длительному психоэмоциональному напряжению. А для тех специалистов, чья профессиональная деятельность связана с экстремальными условиями это особенно важно, так как в ответ на воздействие факторов, имеющих стрессорный характер, в организме возникает общий адаптационный синдром, который имеет неспецифический характер и ведет к повышению функциональной активности различных систем организма, направленной на адаптацию к изменяющимся условиям (Г. Селье, 1960).

Под влиянием стрессовых факторов, связанных с выполнением профессиональной деятельности, психические процессы, определяющие умственную работоспособность (перцептивные, мнемические, мыслительные), изменяются не только в различной степени, но и разнонаправленно в различные периоды последствия тех или иных стрессов. Специалистам МЧС России, выполняя свои профессиональные обязанности, приходится находиться в постоянном контакте с людьми, оказавшимися в стрессовой ситуации, коллегами (в том числе и с минимальным опытом работы), представителями взаимодействующих служб, журналистами. Человеческое общение в подобных ситуациях нередко испытывает психику на прочность, создает условия для возникновения напряженности, нарушения эмоционального равновесия. Все это зачастую приводит к рассеиванию внимания, переносу его на внутренние процессы и состояния, снижению волевой готовности к немедленному действию и негативно влияет на выполнение служебных задач [7; 11; 21; 25].

При нарушениях работы головного мозга, вызываемых воздействием заболеваний или сильных эмоциональных состояний, качество когнитивных функций снижается по сравнению с исходными личными показателями человека и (или) по сравнению со средними возрастными показателями для представителей его группы. Заметное снижение качества называют когнитивными нарушениями (изменениями, расстройствами), которые являются специфическими нарушениями, происходящими в познавательной сфере человека и включающие такие проявления как: снижение памяти, интеллектуальной работоспособности, восприятия информации, обработки и анализа данных и др. Для когнитивных нарушений свойственен либо функциональный, либо органический характер. Если нет непосредственных повреждений головного мозга, говорят о расстройствах функционального характера. Причины когнитивных расстройств, как правило, связаны с

наличием переутомления, периодическими стрессами, физическим и умственным перенапряжением, повторяющимися проявлениями отрицательных эмоций. Такие нарушения встречаются в каком угодно возрасте. После устранения патологического фактора эти нарушения практически нивелируются и исключительно редко требуют медикаментозного вмешательства. При выполнении человеком продуктивной деятельности в экстремальных условиях возникает состояние психической напряженности, оказывающее сильное влияние на ее эффективность. Напряженность – снижение устойчивости психических и двигательных функций вплоть до дезориентации деятельности. Характер этого воздействия определяется как самой ситуацией, так и особенностями личности. Н.И. Наенко указывает, что оперативное мышление и оперативная память наиболее уязвимы при наличии психической напряженности [27]. Они утрачивают устойчивость, подвижность и могут приобретать ригидный характер, что практически ведет к срыву выполняемой деятельности. Неблагоприятные изменения процессов мышления, возможные в экстремальных ситуациях, сказываясь на целеполагании, ценностных ориентациях, могут существенно менять направленность решений человека, деформируя его личность. Влияние эмоциональной напряженности влияет и на увеличение времени при решении сенсорно-перцептивных задач. Со стрессовой гиперактивностью мышления связывают «гипернастороженность», проявляющуюся в виде бессонницы, боязливости и т.п. Могут возникать неблагоприятные социально-психологические концепты: обидчивость, вспыльчивость, недоверчивость или, напротив, избыточная доверчивость, а также ригидность неадекватных представлений субъекта об отрицательном к нему отношении окружающих людей и необходимости защитных и агрессивных действий и т.д. После прекращения действия экстремальных факторов впоследствии человек оценивает эти негативные мыслительные акции как неадекватные имевшейся ситуации и неуместные. «Уход» от решения стрессогенных проблем – это «замещение» их решения решениями «побочных проблем», не имеющих отношения к стрессогенной, а также разные формы уменьшения активности мышления. Уменьшение умственной активности может происходить в форме, которая воспринимается как «застопоренность мыслей», толчение мыслей на месте», невозможность сдвинуться вперед на пути обдумывания проблемы и т.д. При длительных экстремальных воздействиях могут возникать неблагоприятные проявления мыслительной активности, направленной «в себя», в виде снижения субъективной значимости контактов с реальным пространством и настоящим временем, со снижением производства полезной деятельности. Человек начинает думать о прошлом больше, чем о настоящем, или он мечтает о будущем, не делая ничего в настоящем для достижения цели.

Нарушение внимания является одним из самых важных симптомов патологического состояния. Внимание не имеет своего особого содержания, оно проявляется внутри восприятия, мышления. Оно – сторона всех

познавательных процессов сознания, и притом та их сторона, в которой они выступают как деятельность, направленная на объект. В случаях длительного воздействия стрессового фактора проявляются нарушения внимания в виде общей рассеянности, отвлекаемости, трудностей сосредоточения в совокупности с утомлением, то есть внимание распыляется на случайные внешние раздражители и, не задерживаясь на одном объекте, тотчас переводится на любой другой, оказавшийся в поле зрения. Также могут возникать такие нарушения внимания как уменьшение глубины, повышенная истощаемость, тугоподвижность, изменение направленности внимания, ослабление распределения внимания. При решении интеллектуальных заданий уменьшение времени происходит за счет нарушения точности. При увеличении экстремальности стрессора когнитивные процессы характеризуются «сужением» внимания с потерей (не восприятием) информации, необходимой для успешной деятельности.

Следует заметить, что нарушения внимания часто могут сопровождаться нарушением памяти. При этом функция памяти страдает в несколько меньшей степени. Тем не менее, постоянная загруженность сознания обсуждением причин стресса (экстремальной ситуации) и поисков выхода из него снижает емкость оперативной памяти. Оперативная память, как разновидность кратковременной памяти, служит для удержания информации по ходу ее извлечения из долговременной памяти в процессе осуществления тех или иных видов деятельности и имеет исключительно большое значение при реализации почти всех психических процессов. Расстройства памяти проявляются нарушениями запоминания, хранения, забывания и воспроизведения различных сведений и личного опыта человека. Различают количественные нарушения, выражающиеся ослаблением, выпадением или усилением следов памяти, и качественные нарушения, при которых наблюдаются ложные воспоминания, смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого. Изменения памяти связаны с ослаблением концентрации внимания и уменьшением скорости реакции на внешние стимулы, что приводит к недостаточности процессов кодирования и декодирования информации на этапах запоминания и воспроизведения. Также характерной особенностью является выпадение из памяти информации, связанной с цифрами и математическими расчетами – номера телефонов, простые формулы расчетов, которые человек часто использовал в повседневной жизни.

Следовательно, когнитивные нарушения (изменения, расстройства) влияют на продуктивную деятельность головного мозга человека, в результате чего информация не фиксируется и не сохраняется в течение длительного времени, и, таким образом, использование ее для эффективного осуществления поставленных целей профессиональной деятельности не представляется возможным. При этом нарушение продуктивности профессиональной деятельности усиливает общий стресс, а нарушения

интеллектуальной деятельности затрудняют поиск выхода из экстремальной ситуации.

Таким образом, выявление нарушений (изменений) со стороны когнитивной сферы является важной составляющей при сопровождении деятельности специалистов МЧС России, что, в свою очередь, определяется при проведении мониторингового психодиагностического обследования.

В связи со спецификой профессиональной деятельности специалистов МЧС России возникает потребность в изучении психологической устойчивости профессионала как его способности управлять своим эмоциональным состоянием, избирательно относиться к внешним влияниям, сопоставлять мнение и поступки других людей, свои поступки с устоявшимися нормами, оптимально организовывать свое поведение в трудных ситуациях профессионального взаимодействия и т.д. Естественно, что специфика профессиональной деятельности предъявляет вполне конкретные требования к психологическим качествам и состояниям специалистов МЧС России. Одним из важнейших качеств является эмоциональная устойчивость. Эмоциональная устойчивость как сложное интегративное качество личности, характеризующееся сочетанием эмоциональных, волевых, нравственных, интеллектуальных компонентов психической деятельности; как системное качество личности, приобретаемое индивидом и проявляющееся у него в напряженной деятельности, все эмоциональные механизмы которой получают свою определенность в структуре саморегуляции; как способность индивида противостоять тем эмоциональным раздражителям, которые могут отрицательно влиять на протекание деятельности (С.А. Изюмова, Н.А. Аминов).

Эмоциональное состояние – характеристика ответов (реакций, поведения) на психогенные факторы внешней и внутренней среды. Отражение и оценка экстремальных воздействий в сознании и определение индивидуального к ним отношения, может вызвать эмоциональное возбуждение (эмоциональную напряженность). Под эмоциональной напряженностью понимается состояние, характеризующееся временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, падением работоспособности. Состояние эмоциональной напряженности сопровождается обычно внешними проявлениями, физиологическими реакциями и неблагоприятными изменениями в устойчивости психических и психомоторных процессов - ухудшением деятельности (рис.1).



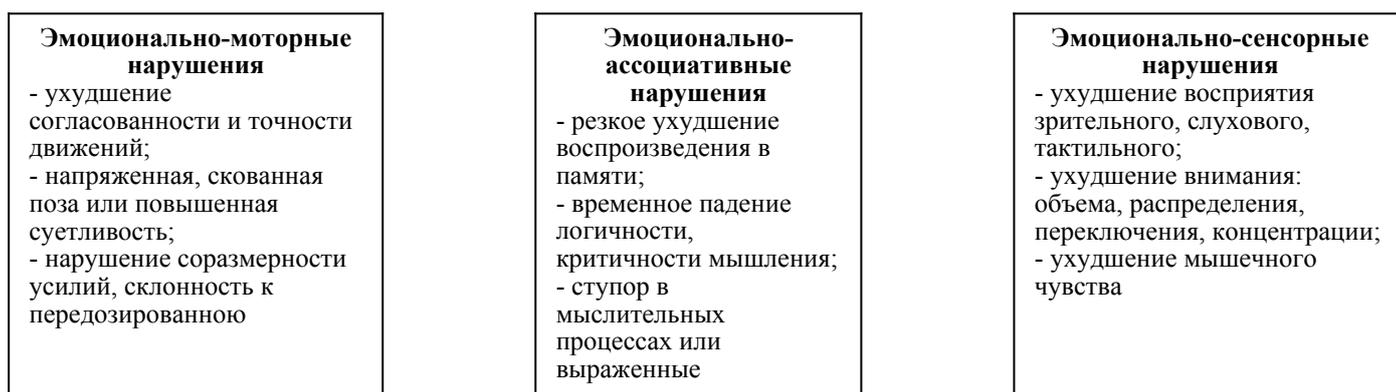


Рис. 1 Проявления эмоциональной напряженности по Марищуку В.Л. (1969)

Как правило, профессиональная деятельность положительно влияет на человека и его личностные особенности. Ценность профессиональной деятельности заключается еще и в том, что она востребована обществом и человек может осознавать себя в качестве его значимого «организма». Однако профессиональное развитие может носить и нисходящий характер – регресс, то есть способствовать не только развитию человека, но и его разрушению. Отрицательное воздействие профессии на личность может носить частичный или полный характер. При частичном регрессе профессионального развития затрагивается какой-то один его элемент. Полный регресс означает, что негативные процессы затронули отдельные структуры психологической системы деятельности, приводя к их разрушению, что может снизить эффективность выполнения деятельности. С другой стороны, сам человек не всегда готов к избранной им же профессиональной деятельности. Его представления о профессии и своей роли в организации, представления о целях деятельности и своих возможностях рассогласуются с той реальностью, в которую он попадает. Не всякому человеку и не на всех этапах развития профессионала удастся самостоятельно найти конструктивное решение. В таких случаях могут возникать изменения, приводящие к нарушению целостности личности, снижению ее адаптивности и устойчивости, отрицательному влиянию на продуктивность деятельности и даже приводящие к развитию профессиональной деструкции специалиста.

Профессиональные деструкции в самом общем случае – это нарушение уже усвоенных способов деятельности, разрушение сформированных профессиональных качеств, появление стереотипов профессионального поведения и психологических барьеров при освоении новых профессиональных технологий, новой профессии или специальности. Профессиональные деструкции негативно сказываются на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса.

Деструкции распространяются на все стороны физической и психической организации человека, которые изменяются под влиянием профессии и может привести к затруднениям в повседневной жизни и снижению эффективности труда.

Механизм возникновения профессиональной деструкции имеет довольно сложную динамику. Первоначально неблагоприятные условия труда вызывают негативные изменения в профессиональной деятельности и в поведении. Затем, по мере повторения трудных ситуаций, эти отрицательные изменения могут накапливаться и в личности, приводя к ее перестройке, что далее проявляется в повседневном поведении и общении. Установлено также, что сначала возникают временные негативные психические состояния и установки, затем начинают исчезать положительные качества. Позднее на месте положительных свойств возникают негативные психические качества, изменяющие личностный профиль работника (Маркова А.К., 1996).

При неблагоприятном развитии профессиональных деструкций специалист может уйти из профессии, перестав видеть смысл в профессиональной деятельности или вследствие заболеваний, делающих невозможным дальнейшее осуществление профессиональной деятельности [30].

В связи с тем, что деятельность специалистов МЧС России относится к категории стрессогенных, то это может приводить к кризисам. На формирование и проявления кризиса существенное влияние оказывает пол, возраст, уровень образования, семейное положение, стаж работы, личностные особенности – это так называемые индивидуальные факторы. Кроме них существуют и так называемые организационные факторы, к которым принято относить условия работы, рабочие перегрузки, дефицит времени, продолжительность рабочего дня, содержание труда, участие в принятии решений, общение с коллегами. Накопленный эффект воздействия стрессоров профессиональной среды может приводить к возникновению негативных проявлений. К таким проявлениям относятся, прежде всего, редуцирование самооценки профессиональной успешности, развитие циничных установок по отношению к партнерам по взаимодействию (коллегам, пострадавшим) и выполняемой деятельности, что обозначается как «выгорание». Несмотря на общность механизмов возникновения и сходную картину протекания, существуют определенные различия между стрессом и выгоранием, которые проявляются, прежде всего, в длительности этого процесса. Выгорание является длительным процессом истощения ресурсов индивидуума без возможности их адекватного восстановления. Другое существенное отличие между выгоранием и стрессом кроется в специфике их влияния на деятельность субъекта. Если стресс как адаптационный синдром может мобилизовать все стороны психики человека и улучшать показатели эффективности профессиональной деятельности, то выгорание, развиваясь, приводит только к снижению самооценки в профессии, а в дальнейшем и к ухудшению ее показателей. Степень

распространенности выгорания – еще одно отличие от стресса. Возникновению стресса, кроме профессиональных затруднений, способствуют различные социальные ситуации: семейные проблемы, безработица, болезнь и т.п., а выгорание - сугубо профессиональный синдром, отличительными особенностями которого являются его дезадаптационный характер и исключительно профессиональная направленность.

Таким образом, профессиональное выгорание – совокупность негативных переживаний, связанных с работой, коллективом и всей организацией в целом. Нередко проявляется у специалистов, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми (Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова, 2013).

Данный синдром развивается как следствие дезадаптации к эмоционально напряженным и когнитивно сложным ситуациям. Выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями.

Отечественный исследователь В.В. Бойко рассматривает профессиональное выгорание прежде всего в контексте эмоциональной динамики и обозначает его как «эмоциональное выгорание», под которым понимается выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия [8]. При этом происходит накопление отрицательных эмоций без разрядки или освобождения от них, что приводит к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека. В связи с этим выгорание представляется приобретенным стереотипом поведения, позволяющим человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы, при этом В.В. Бойко считает начальный этап выгорания конструктивным механизмом, а дисфункциональными рассматривает его последствия, негативно сказывающимися на исполнении профессиональных обязанностей.

Обобщая результаты эмпирических исследований разных авторов можно выделить три группы факторов риска выгорания: личностные, ситуативные и профессиональные требования (табл.1) [12].

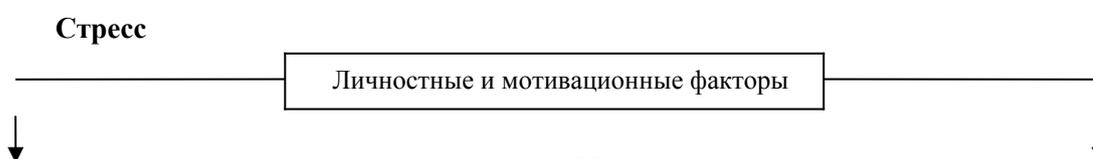
Таблица 1

Факторы риска выгорания

Личностные факторы	Ситуативные требования	Профессиональные требования
Переживание несправедливости	Социальное сравнение и оценки других	Когнитивно сложные коммуникации
Хроническое переживание одиночества	Несправедливость, неравенство взаимоотношений	Эмоционально насыщенное деловое общение
Переживание социальной незащищенности	Негативные или «холодные»,	Необходимость постоянного саморазвития

	бесчувственные взаимоотношения с коллегами и подчиненными	и повышения профессиональной компетентности
Переживание социально-экономической нестабильности	«Трудные» ученики, клиенты, коллеги	Адаптация к новым людям, меняющимся профессиональным ситуациям
Переживание социальной и межличностной изоляции	Отсутствие корпоративной сплоченности, низкая организационная культура	Поиск новых решений
Неконструктивные модели преодолевающего поведения	Внутриорганизационные и межличностные конфликты	Высокая ответственность за дело и за «других»
Высокая мотивация власти, высокая аффилиация	Рольевые конфликты, рольевая неопределенность	Самоконтроль и волевые решения
«Трудоголизм», поведение типа «А»	Дефицит административной, дружеской, социальной, профессиональной и других видов поддержки	Неинтересная или нелюбимая работа
Слабая «Я-концепция»	Перегрузки	Бюрократизм и «бумажная» работа
Низкая эмпатия и социальный интеллект	Недогрузки	Отсутствие готовых решений, необходимость творческого поиска
Низкая профессиональная мотивация, мотивация избегания неудач	-	-
Эмоциональная неустойчивость, нереалистичные ожидания	-	-

Выгорание - процесс, который начинается с напряжения, являющегося результатом противоречия между ожиданиями, идеалами и желаниями личности и требованиями суровой повседневной жизни. Этот процесс проходит ряд стадий и носит характер длительного стресса. Эти стрессы могут осознаваться личностью либо долгое время оставаться неосознаваемыми. Возникновение синдрома выгорания может носить индивидуальный характер и определяться различиями в эмоционально-мотивационной сфере и особенностями профессиональной деятельности (рис.2) [42].



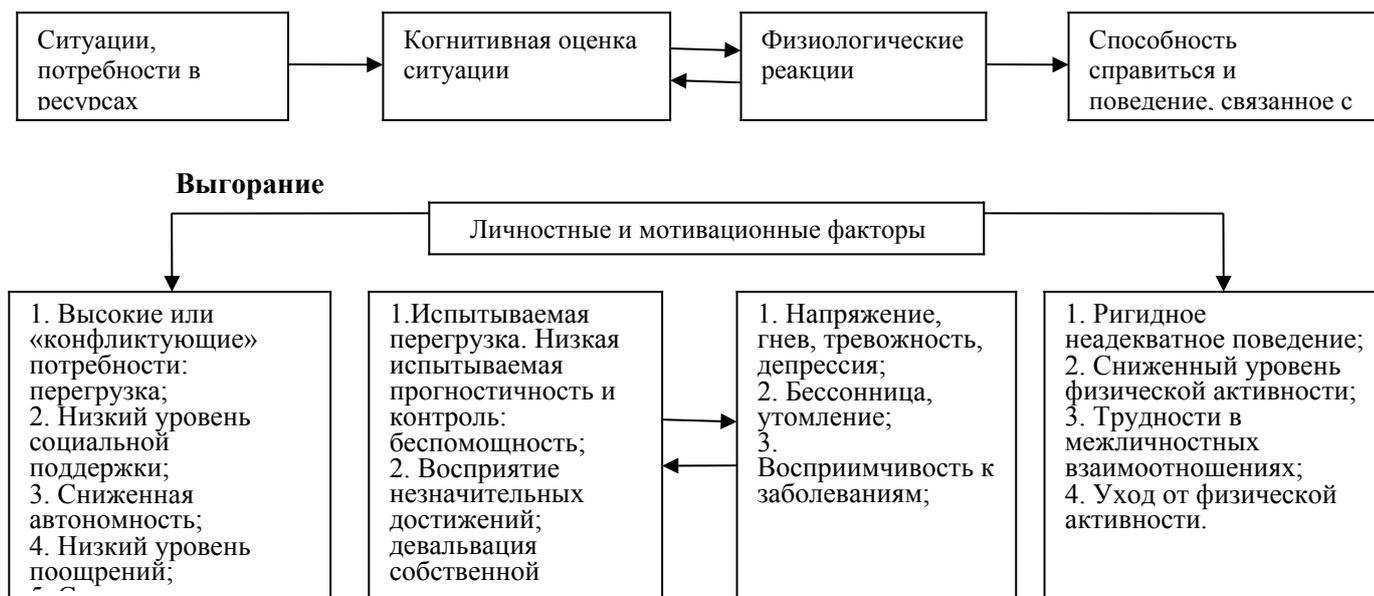


Рис.2 Модель формирования выгорания (по Смит Р.Е., 1993, цит. по Л.Н. Юрьевой, 2004)

Таким образом, возможно классифицировать симптомы выгорания на различных уровнях проявления: сфера межличностных взаимоотношений; когнитивная сфера; поведенческая сфера; физиологическом (общая соматическая сфера). Необходимо отметить, что данные проявления взаимосвязаны друг с другом. Если проявляется один показатель выгорания, то он может затронуть и другой, связанный с ним (с другого уровня проявления). Например, неразрешенная проблема на социальном уровне (неумение наладить коммуникации) углубляется и дает о себе знать на психологическом. Затем это состояние проявляется в поведении, и если человек не справляется с предыдущими проблемами, то оно может провоцировать более глубокие негативные изменения на физиологическом уровне.

Это тем более важно, что профессиональная деятельность специалистов МЧС России в большинстве случаев связана со значительным уровнем информационной неопределенности, недостаточным количеством времени на анализ ситуаций и принятия решений, высокой ответственностью за результаты своей деятельности, эмоционально насыщенным межличностным взаимодействием. Также стоит отметить эмоциональные переживания, связанные с гибелью и травматизацией пострадавших, угрозу собственной жизни и здоровью.

Несоответствие внутреннего содержания личности требованиям деятельности, длительная неудовлетворенность выполняемой ролью, занимаемым положением в коллективе и обществе могут стать причиной, обуславливающей профессиональную деформацию (изменение структуры личности при переходе от одной стадии профессионального становления к другой), а также инициирующей профессиональный кризис. Также напряженная психоэмоциональная профессиональная деятельность

специалистов МЧС России может приводить к развитию такого неблагоприятного психического состояния как агрессивное поведение.

Агрессивное поведение является одной из форм реагирования на неблагоприятные в физическом и психическом отношении жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и другие дезорганизирующие психические состояния. Данное реагирование может проявляться в деструктивных действиях человека, направленных на нанесение вреда как окружающим, так и самому себе.

Детерминантами агрессии как профессионально обусловленной деформации личности являются:

1. Субъективные факторы, обусловленные индивидуально-психологическими особенностями личности (импульсивность, повышенный уровень тревожности, эмоциональная восприимчивость и др.);

2. Объективные факторы, связанные с особенностями социально-профессиональной среды;

3. Объективно-субъективные факторы, инициированные дисбалансом личностного и профессионального развития.

При этом агрессивные действия выступают:

1. В качестве средства достижения значимой цели;

2. Как способ психологической разрядки, замещения блокированной потребности и переключения деятельности;

3. Как самоцель, удовлетворяющая потребность в самореализации и самоутверждении.

А. Басс и А. Дарки выделили следующие виды агрессии человека:

1. Физическая, когда применяется прямая сила для нанесения физического и морального ущерба;

2. Раздражение – проявляется в готовности к негативным чувствам;

3. Косвенная агрессия - агрессивные действия, представленные в скрытой, замаскированной форме. Они опосредованно направлены на определённое лицо (клевета, недоброжелательные слухи и т.д.). Иногда, косвенной агрессией называют действия, характеризующиеся их не направленностью и неупорядоченностью, такие, как взрывы ярости или битье кулаками по столу. При этом направленность таких действий тщательно скрывается или не осознается самим субъектом агрессии;

4. Негативизм – оппозиционная форма поведения, отмечающаяся от пассивного сопротивления до активной борьбы, направленная против установленных законов и обычаев;

5. Вербальная агрессия – выражается в негативных чувствах через такую форму как визг, крик, через словесные ответы (угрозы, проклятия);

6. Обида - зависть и ненависть к окружающим, обусловленные чувством горечи, гнева на весь мир за действительные и вымышленные действия; она не дает успокоиться, заставляет постоянно прокручивать в уме ту ситуацию, которая привела к обиде.

7. Подозрительность – отношение индивида в диапазоне от осторожности до недоверия, сводящееся к убеждению, что другие личности планируют, а потом приносят вред;

8. Чувство вины – убеждение субъекта, что он плохой человек, поступающий плохо, зачатую такие люди испытывают угрызения совести.

В свою очередь можно дополнить эту классификацию, считая, что индивид проявляет одновременно несколько видов агрессии, которые постоянно меняются и переходят друг в друга (Г.Э. Бреслав, 2004):

1. По направленности выделяют следующие виды агрессии

- гетероагрессия – направлена на окружающих (нанесение побоев, угрозы, оскорбления и т.д.);

- аутоагрессия – направлена на себя, это самоуничтожение (суицид, психосоматические заболевания, саморазрушающее поведение).

2. По причине проявления выделяют следующие виды агрессии:

- реактивная – ответная реакция на внешний раздражитель (конфликт, ссора);

- спонтанная – проявляется без явных причин, зачастую под влиянием внутренних импульсов (неспровоцированное агрессивное поведение, вызванное накоплением отрицательных эмоций).

Таким образом, проявление агрессии – это демонстрация состояния неудовлетворенности (несбывшиеся ожидания, неудовлетворение взаимоотношениями как в семье, так и в рабочем коллективе и т.д.). Зачастую сам человек не осознает своей неудовлетворенности и не замечает своего агрессивного состояния, что в итоге может привести к усугублению неудовлетворенности собой и окружающими; негативному воздействию на дальнейшее развитие личности; снижению производительности труда; кадровым перестановкам; нарушению системы коммуникации, в частности к межличностным конфликтам, как в семье, так и на работе; закреплению в социальном опыте личности деструктивных методов решения проблемных ситуаций.

В связи с наличием специфических стрессогенных факторов профессиональной деятельности специалисты МЧС России могут попасть в такие жизненные ситуации, которые провоцируют страх, тревогу и испуг. Случается так, что происходящая ситуация является для человека по-настоящему экстремальной, чрезвычайно опасной, угрожающей его личности, ценностям и здоровью. При этом человек испытывает травматический стресс – особую форму стрессовой реакции, когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности субъекта и разрушает защиту. Это нормальная реакция человека на ненормальные события.

Если травма является сравнительно небольшой, то повышенная тревожность и другие проявления постепенно пройдут в течение нескольких часов, дней или недель. Если же травма является сильной или травмирующие события повторялись многократно, болезненная реакция может сохраниться

на многие годы, которая может принять патологическую форму, называемую посттравматическим стрессовым расстройством.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это специфическая, отсроченная во времени, форма нарушения психики, вызванная однократным или повторяющимся (накопленным) воздействием стресс-фактора, выходящего за пределы жизненного опыта личности, субъективно воспринимаемого как необычный и вызывающий, как правило, необычайно сильные эмоциональные реакции.

В МКБ -10 – Международном классификаторе болезней 10 пересмотра – ПТСР входит в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F40-F48) [26].

ПТСР возникает в результате воздействия на человека травматических событий, связанных с гибелью, серьезными ранениями людей, возможной угрозой своей гибели или ранений. Особенностью данного расстройства является тенденция не только не исчезать со временем, а становиться более выраженным и проявляться внезапно на фоне общего благополучия.

В качестве факторов риска возникновения ПТСР можно отметить интенсивность психотравмирующей ситуации, низкий уровень образования, социальное положение, предшествующие травматическому событию психологические проблемы, хронический стресс. Также необходимо отметить, что довольно часто люди с ПТСР переживают вторичную травматизацию, которая возникает, как правило, в результате негативных реакций окружающих, коллег и др. на проблемы, с которыми сталкиваются перенесшие травму. Помимо тяжести стрессорного фактора важную роль играет уязвимость человека к ПТСР, о которой свидетельствуют такие особенности как незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции, тенденция оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях, фиксация на травматическом опыте. К другим важным факторам риска ПТСР относятся такие личностные особенности человека как акцентуация характера, социопатическое расстройство, низкий уровень интеллектуального развития, а также наличие алкогольной или наркотической зависимости. Риск ПТСР возрастает также в случаях изоляции человека на период переживания травмы, утраты семьи и близкого окружения.

Посттравматическое стрессовое расстройство отличается следующими признаками:

1. Имеет отчетливо психогенную природу расстройства;
2. Тяжесть психогении выходит за рамки обычного человеческого опыта, то есть имеет исключительную выраженность своего патогенного воздействия;
3. Имеет латентный период, а также отличается пролонгированным воздействием и проявляется в период от 6 месяцев до нескольких лет после перенесенной однократной или повторяющейся психологической травмы.

Заклучение о наличии ПТСР делается, если у человека присутствуют определенные диагностические критерии:

Критерий А. Человек когда-либо пережил травматическое событие, причем в отношении этого события обязательно должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

1. Человек был участником, свидетелем, либо еще каким-либо образом оказался причастен к событию (событиям), которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений и/или угрозу физической целостности других людей (либо своей собственной).

2. В травматической ситуации человек испытал интенсивный страх, беспомощность или ужас.

Критерий В. Травматическое событие постоянно переживается одним (или несколькими) из следующих способов, причем о наличии ПТСР достаточно наличие одного из этих симптомов:

1. Непроизвольные навязчивые воспоминания – вызывающие тяжелые эмоциональные переживания повторяющиеся и навязчивое воспроизведение в памяти как самого события, так и связанных с ним образов, мыслей и ощущений.

2. Постоянно повторяющиеся кошмары и сны о событии, при пробуждении вызывающие интенсивные негативные переживания.

3. Признаки диссоциативных состояний, проявляющиеся в том, что после травмы человек периодически совершает такие действия или испытывает такие ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь. К ним относятся следующие (включая те, которые появляются в состоянии алкогольной или наркотической интоксикации или в просоночном состоянии):

- ощущения «оживания» прошлого в виде иллюзий и галлюцинаций;
- «флэшбэк-эффекты», появляющиеся в полной потере связи с реальностью и возникновении полного ощущения «перенесения» в травматическую ситуацию; «флэшбэк-эффекты» проявляются в поведении, неадекватном текущей ситуации, но соответствующем ситуации травматизации;

4. Драматические навязчивые воспоминания и интенсивные тяжелые переживания, которые были спровоцированы какой-либо ситуацией, напоминающей о травматических событиях и символизирующей их (годовщины, фильмы, разговоры и т.п.);

5. Непроизвольное повышение психофизиологической реактивности в ситуациях, которые символизируют различные аспекты травматического события или связаны с ним ассоциативно (похожая местность, звуки, запахи и т.п.).

Критерий С. Не наблюдавшееся до травмы постоянное стремление к избеганию и избегание любых факторов, связанных с травмой (о наличии ПТСР говорит наличие минимум трех из перечисленных симптомов):

1. Наличие усилий по избеганию любых мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
2. Наличие усилий по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травматической ситуации;
4. Сниженный интерес к жизни, потеря интереса к значимым до травмы занятиям;
5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей.
6. Сниженная выраженность положительного аффекта – блокада положительных эмоциональных реакций, бесчувственность, например, неспособность испытывать эмоционально насыщенное чувство любви, проявляющаяся по отношению к самым близким людям);
7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, ожидание скорой смерти, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, долгой жизни и т.д.)

Критерий D. Постоянные симптомы повышенной психофизиологической возбудимости, не наблюдавшиеся до травмы (о наличии ПТСР говорит наличие как минимум двух симптомов):

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения) - связаны с возможными кошмарами (избегание сна, «страшно заснуть») и/или с повышенной тревожностью и эмоциональным дистрессом, сопровождающимися навязчивые размышления и воспоминания о травме;
2. Повышенная, с трудом контролируемая, раздражительность или вспышки гнева;
3. Затруднения с сосредоточением внимания – в некоторые моменты человек может сконцентрироваться, но малейшее внешнее воздействие или изменение внутреннего состояния резко выбивают его из колеи;
4. Повышенный уровень настороженности, состояние «гипербдительности», то есть постоянного ожидания чего-либо плохого;
5. Гипертрофированная, преувеличенная реакция испуга на внезапные раздражители, например, на любой резкий внезапный звук (стук, хлопок и т.д.) или на ощущение внезапного движения на периферии поля зрения, или на неожиданное прикосновение.

Критерий E. Длительность протекания расстройства (одновременное проявление необходимого по критериям B, C и D количества симптомов) – более чем 1 месяц;

Критерий F. Расстройство вызывает клинически значимое *тяжелое эмоциональное состояние* или *выраженные нарушения* в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

В зависимости от времени возникновения, длительности течения выделяются следующие диагностические формы ПТСР:

1. Острое расстройство – первичная манифестация симптомов в течение первых 6-ти месяцев после травмы (но не ранее 1 месяца после

события). При этом длительность сочетанного проявления всех симптомов ПТСР - менее 6 месяцев.

2. Хроническое расстройство – продолжительность проявления симптомов свыше 6 месяцев.

3. Отсроченное расстройство – комплекс симптомов впервые появляется не ранее, чем через 6 месяцев после стрессовой ситуации.

Типы ПТСР (по МКБ-10):

1. Тревожный тип – отличается частыми возникновениями немотивированной тревоги, не только осознаваемой, но и ощущаемой телесно; из-за этого возникают частые смены настроения, нарушается сон (кошмары, бессонница); такие люди стремятся к общению и это облегчает их болезненно-тревожное состояние.

2. Астенический тип – характеризуется вялостью, слабостью, апатичностью, навязчивым равнодушием к своей жизни и проблемам окружающих людей; собственная несостоятельность мучает, и это еще больше угнетает; сон нарушен иначе, чем при тревожном типе ПТСР (надолго возникает мучительная дремота, иногда весь день трудно подняться с постели); люди, у которых данный тип ПТСР согласны на коррекцию своего состояния, откликаются на помощь друзей и близких.

3. Дисфорический тип – людям свойственна постоянная раздражительность, агрессивное недовольство и мрачное настроение; они обидчивы, бывают активно мстительны, драчливы, потом могут сожалеть о своей несдержанности или, напротив, испытывать недолгое удовлетворение; за помощью не обращаются, избегают ее; проведение коррекции с данными людьми проводится, как только становится ясно, что их протестная агрессивность неадекватна реальности.

4. Соматоформный тип – возникают массивные болезненные ощущения внутри тела (в области сердца, в желудочно-кишечном тракте, в голове); эти болезненные симптомы появляются, как правило, спустя 6 месяцев после психотравмирующего события, то есть это отсроченная форма ПТСР; ипохондрическая фиксация на этих симптомах и тревожное ожидание их усиления заставляет таких людей обращаться за помощью (при условии если у них не сформированы комплексы неверия специалистам и своей обреченности).

Таким образом, проявления ПТСР нарушают социальную, профессиональную и иную значимую деятельность, при этом ПТСР обладает определенной динамикой, в частности – симптоматика с возрастом может не только ослабевать, а становиться все более выраженной.

Нарушение адаптации специалистов МЧС России под влиянием разнообразных и множественных стрессовых факторов профессиональной деятельности, состояние функционального напряжения являются предпосылкой в развитии невротических и психосоматических нарушений и расстройств. Главной опасностью считается то, что без своевременного выявления и корректировки, состояния нарушенной адаптации могут

привести к обострению имеющихся или появлению новых заболеваний. Страдать при этом могут сердечно-сосудистая, нервная системы, органы пищеварения; человека одолевают постоянная усталость, сонливость или, наоборот, бессонница, потливость, повышенное артериальное давление; человек может терять вес, аппетит. Любое психосоматическое нарушение является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы – психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое нарушение. В основе психосоматического нарушения лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. К психосоматическим нарушениям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых – истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая, душевное равновесие, повреждается телесное здоровье.

Психосоматические соотношения традиционно рассматриваются в пределах двух основных подходов:

1. Психоцентрический – анализируется влияние на возникновение, проявление нарушений, течение и прогноз нарушений острого и хронического стресса, а также разнообразных характеристик, связанных с психическим статусом человека (конституциональные особенности личности, интерпретируемые в рамках психодинамического и психометрического подходов, концепции алекситемии, специфических «профилей личности», поведенческого типа А, а также коморбидные рассматриваемому заболеванию психические расстройства – аффективные, тревожно-фобические и др.);

2. Соматоцентрический – изучаются нозогенные реакции, то есть влияние особенностей клинических проявлений и течение нарушений на субъективное восприятие человеком своего состояния и особенности психических расстройств, манифестация которых связана с соматическим страданием (соматогенные и психогенные состояния, обусловленные комплексом психотравмирующих событий, связанных с соматическим нарушением).

К психосоматическим расстройствам относят:

1. Конверсионные симптомы - невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами

являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

2. Функциональные синдромы - в этой группе находятся преобладающая часть «проблемных» людей, которые высказывают неопределенные жалобы, затрагивающие сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Жалобы обозначаются многообразием понятий, однако у таких людей имеются только функциональные нарушения отдельных органов и систем, при этом какие-либо органические изменения не обнаруживаются.

В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Франц Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органами невротизма [4].

3. Психосоматозы – психосоматические нарушения в более узком смысле. В основе их – первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1. Неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
2. Наследственной предрасположенностью к психосоматическим расстройствам;
3. Нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
4. Личностными особенностями;
5. Психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6. Фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
7. Особенности психотравмирующих событий (стресс - интенсивный, продолжительного воздействия; фрустрация – невозможность удовлетворения потребности; конфликт интересов с неконструктивной стратегией выхода; кризисные периоды).

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезадаптации в стрессовых ситуациях. Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память, так как это всегда

эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации «следа памяти» в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. Таким образом, психосоматические нарушения - это такие нарушения, причинами которых являются в большей степени мысленные процессы человека («переживание» заново неприятной ситуации, негативные воспоминания и т.д.), чем непосредственно какие-либо физиологические причины.

Любые жизненные ситуации – приятные или негативные, социальные изменения, семейные события, проблемы на работе, межличностные конфликты – влияют на настроение человека. По своей природе расстройства настроения могут быть психогенно обусловленными, могут являться признаком эндогенного (самостоятельного) нарушения или выступать вторичным проявлением при многих соматических и психических заболеваниях. Таким образом, невротические расстройства проявляются когда резервы человека исчерпаны, нарастает стресс и падает работоспособность. Невротические расстройства – это группа психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся многообразными проявлениями и имеющих тенденцию к затяжному течению. В свою очередь, невротические состояния – группа нервно-психических расстройств, проявляющихся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Все они относятся к функциональным видам расстройств, то есть не имеют структурных нарушений; имеют невротический уровень проявления, то есть человек, не зависимо от тяжести состояния, не утрачивает контакта с реальной действительностью; расстройства имеют четкую временную связь с провоцирующим его фактором. Невротические расстройства нарушают не все механизмы психической деятельности в целом, а лишь определенные их сферы. Они не приводят к заметным нарушениям поведения, но оказывают существенное влияние на качество жизни. Клиническая картина таких расстройств характеризуется астеническими, навязчивыми и/или истерическими проявлениями, а также временным снижением умственной и физической работоспособности. Психогенным фактором во всех случаях являются конфликты (внешние или внутренние), действие обстоятельств, вызывающих психологическую травму, стресс либо длительное перенапряжение эмоциональной и/или интеллектуальной сфер. Они возникают, когда сила стрессового фактора для определенного индивида превышает его защитные возможности, его способность справиться с неблагоприятными жизненными ситуациями. Эти возможности во многом определяются наследственными факторами, особенностями нейрофизиологических процессов. Большое значение имеют также воспитание в детстве, особенности формирования личности и выработки поведенческих форм реагирования на возникновение проблемных ситуаций. Характер течения невротических расстройств может быть прогрессирующим (усиливаются в течение какого-то периода времени), регрессирующим

(выраженность проявлений уменьшается), стационарным (выраженность признаков не изменяется), волнообразным (улучшение состояния сменяется ухудшением и наоборот), с ремиссиями (отмечаются периоды полного или почти полного отсутствия невротических признаков). Особенности невротических расстройств является их постоянная изменчивость. Проявления невротических расстройств разделяют на:

1. Психопатологические – астенический, обсессивный, фобический, ипохондрический синдромы и синдром невротической депрессии;

2. Нейросоматические – вегетативные расстройства, невротические нарушения сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта, сексуальные, двигательные нарушения, заикание, расстройство чувствительности, нарушения сна, головные боли, синдром нервной анорексии, профессиональные дискинезии.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув нарушений. Однако в профессиональной деятельности специалистов МЧС России встречаются разнообразные ситуации, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически и невротически отягощенные индивиды, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, механизмом развития психосоматических и невротических нарушений признается многофакторность. Влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний, невротических расстройств и состояний.

Обобщая все вышеизложенное, можно заключить, что длительные физические и нервно-психические перегрузки специалистов МЧС России в процессе выполнения ими своей профессиональной деятельности могут привести к существенному изменению функционального состояния организма и работоспособности, в результате чего снижается успешность профессиональной деятельности (Маклаков А.Г., Чермянин С.В., 1994; Шойгу Ю.С., 2004). В тоже время длительное пребывание во власти негативных эмоциональных состояний (тревоги, ожидания неизвестного, чувства вины, неудовлетворенности, злости и т.д.) и неумение снизить остроту переживания, неблагоприятных воздействий чреватые еще и тем, что оказывают разрушающее воздействие на организм, физическое и психическое состояние, что определяет необходимость своевременной диагностики дезадаптивных расстройств с помощью мониторингового психодиагностического обследования, которое, в свою очередь, позволит своевременно проводить психопрофилактические и психокоррекционные

мероприятия, сохранив профессиональное здоровье, долголетие и качество жизни специалистов МЧС России.

Информация о психопрофилактических и психокоррекционных мероприятиях со специалистами МЧС России по результатам мониторингового психодиагностического обследования изложена в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года.

Что касается теоретической части, относящейся к суицидоопасным состояниям и суицидальному поведению, то для использования в работе рекомендуется обращаться к Методическим рекомендациям по диагностике суицидального поведения от 2009 года.

2.2.3. Методы, используемые при проведении мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России

Каждое конкретное состояние человека можно описать с помощью многообразных проявлений. Объективной регистрации и контролю доступны изменения в функционировании различных физиологических систем. Наиболее существенными для выявления специфики того или иного состояния являются показатели деятельности различных отделов центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной, двигательной систем и т.д. Любое состояние человека возникает в процессе деятельности. Для разных состояний характерны определенные сдвиги в протекании основных психических процессов: восприятия, внимания, памяти, мышления, изменения в эмоционально-волевой сфере, оцениваемые с помощью различных психометрических процедур. Многочисленны и состояния, которым сопутствуют комплексы отчетливо выраженных субъективных переживаний. Качественная неоднородность разных состояний обуславливается прежде всего различиями в вызывающих их основных причинах. Например, при сильной степени утомления человек испытывает чувство усталости, вялости, бессилия, где первостепенное значение имеют факторы продолжительности воздействия нагрузки, вида нагрузки, ее организации во времени [22]. Состоянию монотонии свойственны скука, апатия, сонливость. В состоянии повышенной эмоциональной напряженности ведущим является состояние тревоги, нервозности, переживания опасности и страха. При этом развитие состояний эмоциональной напряженности определяется главным образом повышенной значимостью выполняемой деятельности, ее ответственностью, сложностью, степенью подготовленности человека и другими социально-психологическими факторами [22]. Содержательная характеристика любого состояния невозможна без анализа изменений на поведенческом уровне. При этом имеется в виду оценка количественных показателей выполнения определенного вида деятельности: производительности труда, интенсивности и темпа выполнения работы, числа сбоев и ошибок. Не меньшего внимания заслуживает анализ качественных особенностей процесса реализации

деятельности, прежде всего по показателям двигательного и речевого поведения.

Возможность организма (и психики) противостоять опасным, вредящим, губительным факторам не беспредельна. Их интенсивность может возрастать до такой степени, что не только поверхностных, но и глубинных адаптационных резервов организма будет недостаточно для нормального безболезненного отражения этих воздействий. Тогда системы адаптации выходят на критический уровень функционирования и могут возникать их поломки, требующие восстановления с использованием функциональных механизмов разнообразных нарушений. Поэтому на пределе своих возможностей противостоят физическим и психологическим стрессорам адаптивные, защитные механизмы организма, шлут в сознание человека через его ощущения неприятные, даже нетерпимые сигналы о негативном состоянии организма. Современная техника и существование достаточно обширного круга диагностических методик дают возможность проводить одновременную регистрацию динамики нескольких различных показателей для получения целостной характеристики исследуемого состояния в виде специфических проявлений с учетом вызвавших их развития причин. Говоря о пригодности того или иного показателя прежде всего должна учитываться его информативность, то есть необходимо, чтобы показатель наиболее полно отражал состояние исследуемой системы. Отбор диагностических средств должен производиться с учетом временного интервала между периодом воздействия исследуемого фактора и моментом появления выраженных сдвигов со стороны анализируемых показателей. Формулировка конкретных требований к выбору адекватных методических процедур определяется характером диагностической задачи и содержанием реальной профессиональной деятельности специалистов МЧС России. Именно в этом контексте выделяются те психические процессы и обеспечивающие их реализацию физиологические функции, которые испытывают максимальную нагрузку при выполнении специалистами МЧС России своих профессиональных обязанностей и которые в наибольшей степени подвержены изменениям. Анализируя состояние специалистов МЧС России по показателям профессионально важных качеств, можно с большей достоверностью прогнозировать динамику эффективности труда и оценивать психофизиологическую «цену» деятельности. В соответствии с этим содержательный психофизиологический анализ профессиональной деятельности специалистов МЧС России представляется необходимым условием для применения комплексных систем обследования.

В психологических методах исследования при проведении мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России можно выделить следующие направления: метод тестирования, включая исследование психофизиологических особенностей, метод беседы и метод наблюдения.

В рамках метода тестирования применяются психодиагностические методики, которые направлены на изучение психологических и психофизиологических показателей состояний дезадаптации. В рамках изучения психологических показателей применяется психодиагностический инструментарий, позволяющий установить количественные и качественные характеристики изучаемых признаков, сформировать представление о появлении, наличии или развитии того или иного показателя, которые могут негативно отражаться на выполнении профессиональных задач специалистами МЧС России, а также проявляться за пределами трудового поста. Психофизиологические показатели, как правило, представляют собой начальное звено цепи факторов, которые приводят к другим признакам дезадаптации, проявляющимся в нарушении социальных контактов, снижении продуктивности профессиональной деятельности, девиантном поведении, функциональных отклонениях, а затем и необратимых органических изменениях в различных биологических системах человека или в сфере нервно-психической деятельности. По мнению Мышкина И.Ю.: «Значение физиологических методов состоит в том, что они, во-первых, дают возможность объективной диагностики состояния, соотнесения психологических явлений с органической основой, а во-вторых, позволяют количественно оценить наблюдаемые сдвиги в функционировании той или иной системы». Изучение психофизиологического состояния специалистов МЧС России осуществляется в индивидуальном порядке с использованием специального оборудования. Уровень развития произвольных двигательных реакций весьма важен для данных специалистов, поскольку нередко жизнь и здоровье этих сотрудников зависит от скорости ответной реакции на внешнее воздействие. С этой целью при проведении мониторингового психодиагностического обследования специалистов МЧС России применяются различные психодиагностический инструментарий, позволяющий, в первую очередь, оценить уровень двигательных реакций, память, внимание, мышление, эмоциональную устойчивость и ряд других качеств. Таким образом, необходимость применения психодиагностического и психофизиологического обследования в рамках мониторингового психодиагностического обследования продиктована прежде всего экстремальным характером деятельности специалистов МЧС России.

Неотъемлемой частью психодиагностического обследования после изучения всех полученных материалов (протоколов, результатов) является индивидуальное собеседование, сочетающее в себе методы беседы и наблюдения. В процессе индивидуального собеседования со специалистами МЧС России оцениваются эмоциональные и поведенческие реакции собеседника, изучается анамнез жизни, уточняются и корректируются показатели тестовых процедур.

Беседа – психологический вербально - коммуникативный метод, заключающийся в предоставлении о том, что беседа представляет собой тематически направленный диалог между психологом и респондентом с

целью получения сведений от опрашиваемого. Другими словами – это метод получения информации на основе ответов собеседника на вопросы, поставленные психологом при прямом контакте. Условием успеха беседы является доверие собеседника к психологу, создание благоприятной психологической атмосферы. Целью метода беседы обычно ставится проверка и уточнение в непосредственном общении с собеседником ряда непонятных для психолога вопросов, возникших в ходе изучения индивидуально-психологических качеств его личности. Кроме того, целью беседы является уточнение структуры мотивационной сферы, так как поведение и деятельность обуславливаются обычно не одним, а несколькими мотивами, которые вероятнее всего можно выявить в общении с собеседником. Беседа позволяет мысленно моделировать любые нужные психологу ситуации, так как субъективные состояния собеседника могут и не найти выражение в его поведении в данных обстоятельствах, но проявляются в иных условиях и ситуациях. Искусство использования метода беседы состоит в том, чтобы знать, о чем спрашивать и как спрашивать. При соблюдении требований и надлежащих предосторожностей беседа позволяет получить не менее надежную, чем в наблюдении или при психодиагностическом обследовании информацию о событиях прошлого, настоящего или планируемого будущего. Однако во время беседы необходимо отделять личные отношения от содержания беседы. Достоинством метода беседы является то, что она базируется на личном общении, что устраняет некоторые отрицательные моменты, возникающие при использовании психодиагностического инструментария. Беседа дает и большую уверенность в правильном понимании вопросов, так как психолог имеет возможность детально объяснить вопрос. Следует иметь в виду, что не любая беседа является специальным научным методом. Беседа, проводимая специалистом, отличается от обычного общения и разговора целенаправленностью, плановостью, точностью формулировок. Целенаправленная, так называемая управляемая, беседа строится в соответствии с заданными условиями такими как, постановка вопросов, их очередность, продолжительность разговора. Психолог заранее готовит вопросы, которые будут заданы, но их содержание, очередность и формулировка определяются ситуацией беседы и зависят от задающего вопросы. Беседа как метод получения психологом данных непосредственно от собеседника налагает на психолога особую ответственность и предполагает соблюдение ряда условий. Дело не только в подготовке к проведению беседы на хорошем уровне, знании сути дела, но и в умении устанавливать контакты с представителями разных социальных и возрастных групп, национальностей, верований и т.п. В не меньшей мере требуется способность классифицировать и реально оценивать факты, проникать в сущность проблемы. Психолог не просто получает информацию, он, учитывая реакцию отвечающего, может в соответствии с ней направить беседу в необходимое русло. Индивидуальная беседа протекает в условиях

непосредственного общения, что увеличивает роль психологического мастерства, разносторонности знаний, быстроты мышления, наблюдательности психолога. В случае создания атмосферы доверия и искренности, метод беседы позволит получить такую информацию, которую практически невозможно получить никаким другим методом. Поскольку беседа ведется в целях сбора определенных сведений, важно записывать ответы.

Общаясь, мы слушаем не только словесную информацию, но и смотрим в глаза собеседнику, воспринимаем тембр голоса, интонацию, мимику, жесты. Слова передают логическую информацию, а жесты, мимика и голос эту информацию дополняют. Невербальное общение – общение без помощи слов, часто возникает бессознательно. Оно может либо дополнять и усиливать словесное сообщение, либо ему противоречить и ослаблять.

Наблюдение – это целенаправленное, организованное восприятие и регистрация поведения исследуемого объекта. Задача наблюдателя, как правило, не связана с вмешательством в «жизнь» путем создания специальных условий для проявления наблюдаемого процесса или явления. Задачей метода объективного наблюдения является познание качественных особенностей изучаемых психических процессов и раскрытие закономерных связей и отношений между ними. Его основу составляет непосредственное восприятие исследователем объективных проявлений изучаемых психических процессов в соответствующих видах деятельности. Наиболее характерной чертой метода наблюдения является то, что он позволяет изучить исследуемое явление непосредственно в его естественных условиях, так, как это явление протекает в действительной жизни. Метод наблюдения исключает использование каких-либо приемов, которые могли бы внести изменения или нарушения в естественный ход изучаемых явлений. Благодаря этому метод наблюдения позволяет познать изучаемое явление во всей полноте и жизненной правдивости его качественных особенностей. Этот метод незаменим при решении задачи описания явлений; когда же он используется в целях объяснения или истолкования явлений, он решает эти задачи путем сопоставления и анализа непосредственно наблюдаемых жизненных фактов. Предметом объективного наблюдения в психологии являются не непосредственные субъективные психические переживания, а их проявления в поступках и в поведении человека, в его речи и деятельности. От пассивного созерцания окружающей действительности наблюдение отличается тем, что оно подчинено определенной цели, проводится по определенному плану, в ряде случаев оснащено предметными средствами для осуществления процесса и фиксации результатов. Наблюдение как метод психологии отличается универсальностью, т. е. применимостью к изучению широкого круга явлений, гибкостью, т. е. возможностью по мере необходимости менять «поле охвата» изучаемого объекта, выдвигать и проверять по ходу наблюдения дополнительные гипотезы. Специфика наблюдения как научного метода психологии состоит в типе отношения к

объекту изучения (невмешательстве) и наличии прямого визуального или слухового контакта наблюдателя с наблюдаемым. Основными характеристиками наблюдения как метода психологии являются целенаправленность, планомерность, зависимость от теоретических представлений наблюдателя. Предметом наблюдения могут быть только внешние компоненты психической деятельности:

- моторные компоненты практических и познавательных действий;
- движения, перемещения и неподвижные состояния людей (скорость и направление движения, соприкосновения, толчки, удары);
- совместные действия (группы людей);
- речевые акты (их содержание, направленность, частота, продолжительность, интенсивность, экспрессивность, особенности лексического, грамматического, фонетического строя);
- мимика и пантомимика, экспрессия звуков;
- проявления некоторых вегетативных реакций (покраснение или побледнение кожи, изменение ритма дыхания, потоотделение и др.).

При проведении наблюдения возникает сложность однозначного понимания внутреннего, психического через наблюдение внешнего. В психологии существует многозначность связей внешних проявлений с субъективной психической реальностью и многоуровневая структура психических явлений, поэтому одно и то же поведенческое проявление может быть связано с различными психическими процессами.

Умение анализировать вербальную и невербальную информацию при проведении индивидуального собеседования позволяет специалисту своевременно реагировать на негативные изменения и управлять соответствующим образом динамическими процессами. У человека, проводящего индивидуальное собеседование, непростая роль: помимо того, чтобы определить насколько действительно выражены изменения, связанные с профессиональной деятельностью, необходимо одновременно принимать речевой сигнал, успевать его понять и при этом наблюдать за нюансами мимических выражений и языком тела. Ведь лицо и тело человека многословны. Они способны рассказать о самых тайных мыслях и побуждениях человека. Однако разглядеть эти побуждения и расшифровать их истинный смысл бывает довольно сложно. Важно не только слышать, но и видеть собеседника – и тогда можно узнать о нем намного больше, чем он о себе рассказывает.

Нельзя считать достаточным выявление психологических характеристик специалистов МЧС России с помощью специальных методик. Они должны рассматриваться в контексте целостного процесса развития индивида, в свете особенностей его онтогенеза, определяющих его специфические трудности и проблемы. Исходя из понимания функционального состояния как динамическое взаимодействие организма с внешней средой, определяющее эффективность деятельности, необходимо применение комплексных методов, объединяющих достоинства всех

подходов. Комплексный подход дает возможность изучать состояние специалистов МЧС России системно и обобщенно. Несомненно, комплексные психодиагностические мероприятия – важное звено в мониторинге многочисленных причин и разрушающих последствий, связанных с профессиональной деятельностью, а также – необходимая часть для определения эффективности психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий со специалистами МЧС России.

2.2.4. Процедура проведения мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России

Мониторинговое психодиагностическое обследование в системе МЧС России является одним из направлений психодиагностического сопровождения деятельности профессиональных контингентов МЧС России. Реализация данного мероприятия имеет свою организационную технологию, подготовку к проведению, а также сам процесс проведения обследования и предоставления результатов по итогам обследования.

К основным этапам в процедуре проведения обследования относятся:

1. Подготовка стимульных материалов и регистрационных бланков для проведения обследования в соответствии со стандартами по психодиагностическому обеспечению в МЧС России в части касающейся мониторингового психодиагностического обследования, что отражено в Методическом руководстве по психологическому сопровождению деятельности профессиональных контингентов МЧС России от 2009 года и Приложении к методическим рекомендациям по проведению мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России от 2016 года.

2. Проведение обследования:

- подробное информирование профессиональных контингентов МЧС России, участвующих в обследовании, о целях, задачах, порядке проведения обследования, выставлении групп по результатам обследования, порядке предоставления результатов обследования (кому, когда, в каком виде), что, в свою очередь, может являться одним из факторов снятия эмоционального напряжения и тревоги у профессиональных контингентов МЧС России;

- перед каждой методикой необходимо давать подробную, пошаговую инструкцию; при возникновении любых вопросов необходим подробный ответ;

- непосредственное проведение обследования *

3. Обработка протоколов *, интерпретация и анализ полученных результатов (опросные, тестовые, аппаратные), включая выставление групп, определяющих необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий личного состава МЧС России, проводится в тот же день, что и само обследование.

4. «Обратная связь» каждому человеку по результатам обследования и информирование о проведении психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий дается в тот же день, что и само

обследование (полная и подробная информация о психопрофилактических и психокоррекционных мероприятиях отражена в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года). «Обратная связь» предоставляется каждому человеку индивидуально.

После завершения психодиагностического обследования **обязательным к проведению** с каждым обследуемым является индивидуальная беседа с обязательной регистрацией на бумаге значимых вербальных ответов.

В рамках мониторингового обследования беседу можно рассматривать как диагностическое интервью. Необходимо отметить, что интервью как процесс общения, отличается от обыденного разговора и служит задаче получения объективных данных, поэтому специалисту-психологу необходимо уменьшить субъективность результатов, вводимую участниками.

Отличием интервью от обычного разговора является то, что в интервью точно заданы роли партнеров (один из них спрашивающий, второй – опрашиваемый), а также интервью всегда направлено на определенную цель.

* Во время проведения обследования необходимо отслеживать поведение, реакции обследуемого контингента, а во время обработки протоколов обследования – характер букв, цифр, линий и т.д., так как это может являться дополнительной информацией для специалиста-психолога (например, следы психической травмы, ЧМТ, нервные реакции, тревожность и т.д.), что будет являться одной из тем в индивидуальном собеседовании по результатам обследования.

Прежде чем приступить к проведению интервью необходимо ознакомиться с результатами проведенной психологической и психофизиологической диагностики. Это позволит определить направление беседы, а также позволит создать основу эмпатического контакта с человеком.

Проводя нормативный анализ ситуации проведения беседы, с одной стороны, необходимо учитывать, что беседа «всегда проводится той или иной организацией и специалист-психолог выступает как представитель и от лица данной организации», а с другой стороны, беседа должна быть «выключена» из системы социальных связей человека. Существует несколько способов изоляции беседы от социальной жизни. Во-первых, это заверения специалиста-психолога в соблюдении профессиональной тайны (и действительным ее соблюдением). При этом беседа не должна проводиться в присутствии третьих лиц, не должно существовать возможности подслушать ее или случайно услышать. Соблюдение принципов анонимности и конфиденциальности очень важно для того, чтобы беседа была свободной и откровенной. Таким образом, беседа всегда направлена на конкретного данного собеседника. В общем смысле в процессе общения в процессе

беседы предполагает умение правильно обращаться к своему собеседнику, задавать вопросы и слушать его ответы.

С ее помощью можно получить множество данных не только прямым, но и косвенным образом, поддерживать контакт с собеседником. К таким косвенным показателям относится невербальное общение, которое включает в себя такие формы самовыражения, которые не опираются на слова и другие речевые символы. Его ценность состоит, в частности, в том, что оно спонтанно и проявляется бессознательно. К аспектам невербального поведения относятся организация пространства, поза и общий характер движений, жестикуляция, мимика и взгляд, паравербальные компоненты речи.

Организация пространства – дистанция общения. Профессиональный психолог должен «с уважением относиться к психологическим границам другого человека», он должен быть внимательным к расстоянию, комфортному для собеседника, а также он должен уметь использовать реакции собеседника в качестве обратной связи, с целью найти оптимальную степень физической дистанции и психологического общения.

Лицо – это наиболее важный компонент невербальной коммуникации, потому что через лицевую экспрессию передается значительная часть эмоций и информации. Лицевая экспрессия дает нам намеки о смысле словесного общения. Кроме того, она является для наблюдателя непосредственной информацией не только об испытываемых чувствах, но и о способности сохранять над ними контроль. Глаза – зеркало души, поэтому визуальный контакт является ключевым элементом невербальной коммуникации. Нехватка визуального контакта во время беседы может привести к тому, что собеседник почувствует неинтерес к его персоне, а при переизбытке визуального контакта собеседник может испытать попытку доминирования, контроля, внедрения.

Голос является важным средством выражения субъективных чувств и смыслов. Основными паралингвистическими характеристиками речи являются интонация, отчетливость, ритм и наличие пауз. Также на временные характеристики речи влияет значимость темы: эмоционально значимая тема вызывает относительное увеличение длительности высказывания и уменьшение времени перед ответом.

Особого внимания заслуживают такие внешние проявления собеседника как раздражительность, беспокойство, нервозность, враждебность, апатия, безразличие, тремор (рук, ног, век, щек, губ и т.д.), покраснение (побледнение) кожных покровов при волнении и другие признаки, которые могут помочь в установлении факта дезадаптации. В случае возникновения данных проявлений их также необходимо регистрировать на бумажном носителе.

Особой структуры беседы по результатам мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России нет, в связи с тем, что каждый человек индивидуален и составление уточняющих вопросов

будет зависеть от индивидуальных результатов психодиагностического обследования. Но возможно определить общие правила, по которым можно построить данную беседу, заключающиеся в следующем:

1. «Обратная связь» по результатам мониторингового психодиагностического обследования, заключающаяся в том, что специалист-психолог доводит те результаты, что получил обследуемый, и разъясняет все ключевые моменты (что означает каждый показатель, уровень его выраженности и, в случае не удовлетворительных результатов, – к чему это впоследствии может привести);

2. Сбор анамнестических данных в части касающейся родовых травм; условий раннего развития (обучение в школе, воспитание в семье и т.д.); хронические заболевания, в том числе и ЧМТ; заболевания, появившиеся в последнее время (как часто проявления, когда появились первый раз, с чем связаны и т.д.) и др.

3. В случае неудовлетворительных результатов по показателям беседа может строиться по следующим направлениям (по каждому неудовлетворительному показателю)*:

- Отмечаете ли Вы у себя выявленное нарушение?
- Каким образом проявляется?
- Как часто проявляется?
- Как давно Вы стали замечать данные проявления?
- Как Вы думаете, с чем связано данное проявление?

* Каждый специалист - психолог может самостоятельно составить блок вопросов, которые помогут ему более полно сформировать впечатление о собеседнике по результатам мониторингового психодиагностического обследования.

- Влияет ли выявленное нарушение на выполнение Вами служебных обязанностей, на взаимоотношения с коллегами по работе (произошли ли изменения)? Каким образом?

- Влияет ли выявленное нарушение на Ваши отношения помимо профессиональной деятельности (в личной жизни, с друзьями и т.д.)? Каким образом?

- Произошли ли серьезные изменения в Вашей жизни после того, как нарушение проявилось?

Можно задавать различные вопросы в части касающейся проявлений, выявленных в ходе психодиагностического обследования, а также вопросы могут быть и выходящими из ответа собеседника на предыдущий вопрос.

Вопросы могут строиться в зависимости от особенностей собеседника, хода беседы, внешних проявлений собеседника и т.д. Желательно просить приводить поясняющие примеры по каждому пункту.

В беседе обязательно указать, что специалист-психолог может предложить для коррективки выявленных нарушений (психофизиологическое оборудование, индивидуальные консультации и т.д.).

В случае отсутствия нарушений по показателям, разъяснить собеседнику про профилактические мероприятия (психофизиологическое оборудование, тренинги, занятия и т.д.), необходимых для предупреждения возникновения нарушений и воздействия факторов риска.

Полная и подробная информация по использованию психофизиологического оборудования, по проведению индивидуальных консультаций, тренингов, занятий отражена в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года.

Завершением беседы может быть следующая фраза: «Мы обсудили Ваши результаты, побеседовали, спасибо, что уделили время. Но, может быть, у Вас возникли вопросы и ко мне? Можете их задать».

Беседа по результатам мониторингового психодиагностического обследования не является тем звеном, с помощью которого возможно изменение группы в лучшую сторону. Беседа подтверждает те результаты, что получили в процессе психодиагностического и психофизиологического обследования. Однако при этом, по ее результатам (включая и внешние проявления), возможно снижение группы.

5. Подготовка заключения установленной формы по результатам мониторингового психодиагностического обследования (Приложения 3 и 4). Заключение руководителю структурного подразделения, в котором проводилось обследование, предоставляется не позднее третьего рабочего дня после проведения психодиагностического обследования.

При этом второй экземпляр заключения остается у специалиста психологической службы, проводящего обследование.

6. Заполнение индивидуальных карт психологического изучения в части касающейся мониторингового психодиагностического обследования.

Протоколы обследования, заключения, а также индивидуальные карты психологического изучения хранятся специалистом-психологом по установленной форме, обозначенной в Методическом руководстве по психодиагностическому обеспечению в Министерстве Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий от 2011 года.

После проведения мониторингового психодиагностического обследования необходимо информировать руководителя структурного подразделения, в котором проводились мероприятия, о необходимости проведения психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с сотрудниками, а также составление и согласование с руководителем графика проведения данных мероприятий. Информация, касающаяся психопрофилактических занятий и комплексных программ коррекции, в зависимости от выявленных изменений у специалистов МЧС России, указана в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года.

В связи с вышеперечисленной спецификой проведения мониторингового психодиагностического обследования рекомендуется

проводить обследование одним специалистом-психологом группы, состоящей не более чем из 5-6 человек в день, либо, по возможности, на группу из 20-30 человек обследуемых 4-5 специалиста-психолога.

3. Создание критериев, определяющих необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России

Для создания критериев, на основании которых происходит распределение обследуемого контингента по трем группам, определяющим необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, было проведено обширное статистическое исследование. В данном исследовании принимали участие профессиональные контингенты МЧС России из различных подразделений по всей России, проходившие плановое мониторинговое психодиагностическое обследование (спасатели, пожарные, психологи, медицинские работники, военнослужащие, оперативные дежурные и т.д.). Разделения по гендерному признаку не проводилось. Общее количество эмпирической выборки составило 2979 человек.

В связи с тем, что каждому психологическому свойству соответствует свое распределение в генеральной совокупности, первым этапом работы явилось определение нормальности распределения по каждой методике на эмпирической выборке. Вид распределения определялся с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics Version 21, включающего в себя статистический критерий Колмогорова-Смирнова, являющимся наиболее состоятельным для определения степени соответствия эмпирического распределения нормальному. Анализ результатов по всем методикам показал уровень значимости $p < 0,05$. Это означает, что данные эмпирические распределения существенно отличаются от нормального.

Следующий этап работы заключался в стандартизации методик, используемых при проведении психодиагностических мероприятий в рамках мониторинговых обследований в системе МЧС России. Данный этап состоял в определении норм показателей (стандартных оценок), необходимых для того, чтобы оценить индивидуальный результат тестирования путем сопоставления его с тестовыми нормами, полученными на эмпирической выборке. Другими словами, происходило выведение нормативных показателей по методикам на выборке МЧС России. В связи с тем, что эмпирические распределения по всем методикам отличаются от нормального, то для вычисления стандартных оценок была использована нелинейная нормализация с использованием пятибалльной шкалы на основе кумулятивного (накопленного) процента. Нелинейная нормализация на основе кумулятивного (накопленного) процента заключается в том, что перевод первичных данных в стандартные производится через нахождение процентильных границ групп в исходном распределении, соответствующих процентным границам групп в нормальном распределении стандартной шкалы. Каждому интервалу стандартной шкалы ставится в соответствие

такой интервал шкалы первичных данных, который содержит ту же процентную долю эмпирической выборки.

В соответствии с тем, что первичные показатели по разным методикам нельзя сравнивать между собой по причине того, что методики имеют различное внутреннее строение, следующим этапом работы явилось приведение всех методик к единой единице измерения. Это было сделано с целью определения корреляционных связей между показателями по проведенным методикам, то есть для определения вероятностной связи между показателями. Единой единицей измерения послужила десятибалльная шкала, перевод в которую по каждому показателю осуществлялся на основании кумулятивного (накопленного) процента. Корреляционные связи между всеми показателями и кумулятивный (накопленный) процент определялись с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics Version 21. Так как эмпирические распределения по методикам не являются нормальными, то был использован ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Анализ результатов показал наличие положительных и отрицательных очень слабых ($r < 0,19$), слабых ($0,2 < r < 0,29$) и умеренных ($0,3 < r < 0,49$) корреляционных связей между показателями. Уровень значимости коэффициентов корреляции $p=0,01$ – высокий; $p=0,05$ – значимый.

Данные корреляционного анализа были переданы специалистам научно-исследовательского отдела медико-психологической реабилитации (далее - НИО МПР) ФКУ ЦЭПП МЧС России. Специалисты НИО МПР проанализировали корреляционные связи и на их основании выделили группы симптомов, которые, в свою очередь, явились основанием для составления комплексных программ коррекции. Комплексные программы коррекции указаны в Методических рекомендациях по психологической профилактике и коррекции в МЧС России от 2016 года.

Дальнейшими шагами по созданию критериев явились следующие:

1. Присвоение каждому показателю в каждой психодиагностической методике числового коэффициента, то есть количественной оценки, заключающейся в определении численных значений показателей. Так как были определены нормы показателей (стандартных оценок), необходимых для того, чтобы оценить индивидуальный результат тестирования путем сопоставления его с тестовыми нормами, полученными на эмпирической выборке (выборке специалистов МЧС России), то каждому показателю в каждой методике, в зависимости от уровня выраженности, присваивался числовой коэффициент «0», «1», «2».

«0» - средний уровень, уровень ниже среднего, низкий уровень – по методикам личностного блока; средний уровень, уровень выше среднего, высокий уровень – по методикам когнитивной сферы;

«1» - уровень выше среднего – по методикам личностного блока; уровень ниже среднего – по методикам когнитивной сферы;

«2» - высокий уровень – по методикам личностного блока; низкий уровень – по методикам когнитивной сферы;

Результаты по методике вариационной кардиоинтервалометрии (ВКМ) и тесту сложной зрительно-моторной реакции (СЗМР) рассматривались отдельно по тем численным показателям, которые были получены после проведения психофизиологического обследования (без присвоения числового коэффициента)*.

2. Далее был произведен подсчет числовых коэффициентов («0», «1», «2») у каждого респондента и нахождение интегрального показателя у каждого респондента по всем изучаемым психодиагностическим методикам.

3. Подсчет всех интегральных показателей и нахождение общей интегральной оценки по всей эмпирической выборке (по всем специалистам МЧС России в количестве 2979 человек).

4. Нахождение среднего значения и стандартного отклонения по всей эмпирической выборке, на основании которых эмпирическая выборка была разделена на 3 итоговые группы по принципу $M \pm \sigma$ (M – среднее значение, σ – стандартное отклонение). Различия заключались в количестве и уровне выраженности всех изучаемых показателей в каждой группе.

5. Проведение факторного анализа с целью установления того, что для большого числа исходных показателей существует сравнительно узкий набор переменных, характеризующих связь между группами этих показателей (факторов).

Факторный анализ показал, что методики согласованы как между собой, так и внутри себя (по шкалам, показателям, критериям и т.д.). Данных по тому, по каким все-таки показателям идет разделение респондентов на 3 группы, получено не было.

6. Проведение кластерного анализа – метода, используемого для классификации объектов изучения (в частности обследуемых специалистов МЧС России) в относительно гомогенные, однородные группы - кластеры; в свою очередь, кластер – группа элементов, характеризуемых общим свойством.

*исследовалось среднее значение и стандартное отклонение по каждому исследуемому показателю.

Главная цель кластерного анализа – нахождение групп схожих объектов в выборке.

Целью проведения кластерного анализа явилось определение, каким образом и по каким показателям разделяются респонденты по кластерам. Было проведено разделение на 3 кластера методом «К – средних». Данный метод заключается в разделении по заданным переменным все множество объектов на заданное число кластеров так, чтобы средние значения для кластеров по каждой из переменных максимально различались.

Качественный анализ проведенного метода показал, что 3 кластера содержат все изучаемые показатели по всем психодиагностическим методикам, но лишь с различным уровнем выраженности.

7. По результатам качественного анализа кластеров был использован непараметрический критерий Манна-Уитни для сравнения кластеров между собой. Анализ результатов сравнения позволил сделать вывод о том, что достоверные различия ($p \leq 0,05$) между кластерами заключались в количестве и уровню выраженности всех изучаемых показателей.

8. Сопоставление результатов, полученных по психодиагностическим методикам у каждого тестируемого, с их внутренней экспертной оценкой (на основании информации, полученной по результатам постмониторинговой беседы). Данный шаг заключался в проведении корреляционного анализа между показателями по психодиагностическим и психофизиологическим методикам и переменными в постмониторинговой беседе. По результатам анализа коэффициентов корреляций был сделан вывод, что итоговая группа зависит от уровня выраженности показателей (как по методикам, так и по беседе), а также, что каждому показателю по методикам соответствуют переменные по беседе, причем не обязательно переменные беседы относятся к той же сфере, к которой относится показатель по методике. Также был сделан вывод о том, что переменные по беседе также взаимосвязаны между собой как в пределах одной изучаемой сферы, так и в пределах других изучаемых сфер.

9. Далее, по результатам выставления итоговой группы*, были определены показатели, которые имеют существенное влияние на выставление итоговой группы. Данный этап осуществлялся с помощью метода Feature Selection, который заключается в том, что остаются только те переменные, по которым группы хорошо классифицируются.

Метод используется для исключения неважных или избыточных переменных в исходном наборе характеристик. С помощью этого метода возможно различить переменные, которые имеют существенное влияние на итоговые данные.

10. На основании выделенных показателей, имеющих существенное влияние (их уровня выраженности), был проведен качественный анализ распределения на группы и более четкая дифференциация между 3-мя группами по всем исследуемым показателям.

В итоге выведены критерии, на основании которых происходит распределение обследуемого контингента по трем группам, определяющим необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

*Итоговая группа (I, II, III) была выставлена на основании полученных данных 3-х кластеров

4. Критерии для определения необходимости психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России

Согласно утвержденному стандарту психодиагностических методик, применяемых при проведении мониторингового психодиагностического обследования, выведены критерии, на основании которых происходит распределение обследуемого контингента по трем группам, определяющих необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Первым этапом в выставлении группы является определение наличия, с определенным уровнем выраженности, следующих показателей, имеющих существенное влияние:

По методике В.В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания»:

1. Фаза 1 (складывающаяся/сложившаяся);
2. Фаза 2 (складывающаяся/сложившаяся);
3. Фаза 3 (складывающаяся/сложившаяся);
4. Фаза 1 симптом 1 (складывающийся/сложившийся);
5. Фаза 3 симптом 4 (складывающийся/сложившийся).

По методике «Опросник для диагностики симптомов ПТСР И.О. Котенева»:

1. Шкала С (повышенное значение/высокое значение);
2. Шкала F (повышенное значение/высокое значение);
3. ПТСР – интегральный показатель (повышенное значение/высокое значение).

По методике «Диагностика показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки»:

1. AP (уровень выше среднего/высокий);
2. OP (уровень выше среднего/высокий);

По методике К. Маслач, С. Джексон «Профессиональное выгорание»*:

1. Эмоциональное истощение (уровень выше среднего/высокий);
2. Деперсонализация (уровень выше среднего/высокий);
3. Профессиональное выгорание – интегральный показатель (уровень выше среднего/высокий);

По результатам первого этапа выставляется предварительная группа, где:

I группа – не выражен ни один из показателей, имеющих существенное влияние;

*Показатели, имеющие существенное влияние, по методике К. Маслач, С. Джексон «Профессиональное выгорание» были выявлены с помощью корреляционного метода, заключающегося в определении того, насколько исследуемые показатели зависят от показателей по методике «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко. Были получены стойкие положительные корреляционные связи, что говорит о том,

что методика «Профессиональное выгорание» К. Маслач, С. Джексона изучает тот же феномен. Вероятность того, что статистическая значимость случайна не более 1% (р-уровень асимптотической значимости $\leq 0,01$).

II группа выставляется в случае появления показателей (либо по отдельности, либо совместно):

- хотя бы одного какого-либо показателя, имеющего существенное влияние, с уровнем выраженности «складывающийся» («повышенное значение», «уровень выше среднего»);

- уровень выраженности «сложившийся» («высокий уровень») имеет только какой-либо один из показателей: или «фаза 2», или «АР», или «ОР»;

III группа выставляется в случае появления показателей (либо по отдельности, либо совместно):

- уровень выраженности «сложившийся» («высокий уровень») имеют либо все три, либо только два любых показателя из таких как «фаза 2», «АР», «ОР»;

- появление отдельного показателя «фаза 3» с уровнем выраженности «сложившаяся»;

- одновременное появление таких показателей как «фаза 1», «фаза 2» и «фаза 3» с уровнем выраженности «сложившаяся» у каждой;

- ПТСР (интегральный показатель) с уровнем выраженности «высокое значение»;

- «Эмоциональное истощение» с уровнем выраженности «высокий»;

- «Деперсонализация» с уровнем выраженности «высокий»;

- «Профессиональное выгорание» (интегральный показатель) с уровнем выраженности «высокий».

*Независимо от количества и уровня выраженности показателей, полученных по результатам мониторингового психодиагностического обследования, в случае выявления суицидоопасных состояний, либо пограничных с ним состояний (особенно подтверждающихся в постмониторинговой беседе) выставляется **III группа** (психологическая коррекция)!!!*

Вторым этапом в выставлении группы является математический подсчет количества показателей по проведенным психодиагностическим методикам. Данный этап проводится для конечного выставления итоговой группы с учетом всех выявленных показателей. Основанием включения в ту или иную группу является количество изучаемых показателей и их уровень выраженности.

Что касается методик, имеющих итоговые результаты в виде интегрального показателя, то в подсчете участвуют как интегральный показатель, так и показатели, из которых он состоит (например, фаза 1 состоит из 1 симптома, 2 симптома, 3 симптома и 4 симптома, соответственно в суммарный подсчет количества показателей входят как отдельные симптомы, так и фаза).

Таким образом, выставление итоговой группы проводится с одновременным учетом результатов по первому и второму этапам. При этом окончательная итоговая группа выставляется по той, которая является более низкой, то есть по той группе, которая имеет более негативный, неблагоприятный прогноз. Например, по результатам первого этапа была выставлена III группа, а по результатам второго этапа – II группа, соответственно, итоговой группой будет являться III группа. Или, по результатам первого этапа выставлена I группа, по результатам второго этапа – II группа, соответственно, итоговая группа – II. Либо, по результатам первого этапа выставлена II группа, по результатам второго этапа II группа, соответственно, итоговая группа – II.

Показатели по методикам, направленным на выявление суицидоопасных состояний и суицидального поведения, рассматриваются отдельно.

Показатели по методикам, направленным на изучение сферы межличностных взаимоотношений (при необходимости их использования) рассматриваются отдельно.

*В случае использования в мониторинговом психодиагностическом обследовании в системе МЧС России методики **В.В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания»** выставление итоговой группы, определяющей необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России будет следующим:*

I группа (состояние, не требующее коррекции)

Наличие только 1 показателя с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) - по личностному блоку, либо уровень «ниже среднего» - по когнитивной сфере.

Отсутствуют показатели с высоким уровнем выраженности по личностному блоку (низким уровнем выраженности – по когнитивной сфере).

ВКМ: уровень функционального состояния «3», «4», «5».

СЗМР:

- уровень быстродействия: «3», «4», «5»;

- уровень безошибочности «3», «4», «5»;

- уровень сенсомоторных реакций (соответствует уровню работоспособности в условиях повышенной концентрации внимания): «3», «4», «5».

Вышеперечисленные результаты по психофизиологическому блоку и показателям по психодиагностическим методикам могут встречаться как изолированно друг от друга, так и в сочетании друг с другом.

II группа (психологическая профилактика)

Либо только наличие от 2 до 9 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) -

по личностному блоку, а по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»;

Либо наличие в общей сумме от 2 до 9 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) – по личностному блоку, «ниже среднего» - по когнитивной сфере и показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, «низкий уровень» - по когнитивной сфере.

ВКМ: уровень функционального состояния «3» *, «2», «1», «0» **

СЗМР:

- уровень быстродействия: «3» *, «2», «1» **
- уровень безошибочности: «3» *, «2», «1» **
- уровень сенсомоторных реакций (соответствует уровню работоспособности в условиях повышенной концентрации внимания): «3» *, «2», «1» **

Вышеперечисленные результаты по психофизиологическому блоку и показателям по психодиагностическим методикам могут встречаться как изолированно друг от друга, так и в сочетании друг с другом.

* В случае уровня выраженности «3» по психофизиологическому блоку (ВКМ, СЗМР) необходимо рассматривать данный показатель в сочетании с показателями по психодиагностическим методикам. В случае отсутствия необходимого количества показателей и их уровня выраженности по психодиагностическим методикам – см. I группу.

Остальные показатели по психофизиологическому блоку можно рассматривать изолированно.

** В случае уровня выраженности «2», «1», «0» по методике ВКМ, уровня выраженности «2», «1» по методике СЗМР необходимо уточнить у обследуемого про возможность влияния на показатели какого-либо внешнего фактора: бессонная ночь; обследование проводилось после смены; усталость; отвлекаемость во время обследования; слабая концентрация внимания (как во время обследования, так и вне его); монотония; какие-либо нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (в случае истинных заболеваний и информированности о них); движения, покашливания или какие-либо иные физиологические проявления во время съема показателей по ВКМ и т.д. Если причиной негативных результатов оказались внешние факторы, то необходимо предложить обследуемому переделать (по возможности) данные психофизиологическую методику (методики) через некоторое время (например, через 30-40 минут).

Улучшение показателей может свидетельствовать о сохранности адаптационных возможностей организма; о том, что ошибки невнимания являются единичными. В этом случае возможно выставление итоговой группы по вышеуказанной схеме.

В случае если показатели оказываются на прежнем уровне или ухудшаются (при полном и четком выполнении инструкции к методике (-ам)),

то это может свидетельствовать о нарушении адаптационных механизмов организма; рассеяности внимания. При этом итоговая группа выставляется по указанной схеме и в рекомендациях указывается, что «требуется углубленное психофизиологическое обследование в рамках психопрофилактических мероприятий».

III группа (психологическая коррекция)

Либо только наличие 10 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) - по личностному блоку, а по когнитивной сфере уровень «ниже среднего»;

Либо только наличие 7 и выше показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, а по когнитивной сфере «низкий уровень»;

Либо наличие в общей сумме от 10 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние), «ниже среднего» - по когнитивной сфере и показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, «низкий уровень» - по когнитивной сфере.

ВКМ *: уровень функционального состояния «3», «2», «1», «0».

СЗМР *:

- уровень быстрой реакции: «3», «2», «1»;
- уровень безошибочности: «3», «2», «1»;
- уровень сенсомоторных реакций (соответствует уровню работоспособности в условиях повышенной концентрации внимания): «3», «2», «1».

* Результаты, полученные по психофизиологическому блоку, необходимо рассматривать только в сочетании с результатами по психодиагностическим методикам.

*В случае использования в мониторинговом психодиагностическом обследовании в системе МЧС России методики **К. Маслач, С. Джексон «Диагностика профессионального выгорания»** выставление итоговой группы, определяющей необходимость психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России будет следующим:*

I группа (состояние, не требующее коррекции)

Наличие только 1 показателя с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) - по личностному блоку, либо уровень «ниже среднего» - по когнитивной сфере.

Отсутствуют показатели с высоким уровнем выраженности по личностному блоку (низким уровнем выраженности – по когнитивной сфере).

ВКМ: уровень функционального состояния «3», «4», «5».

СЗМР:

- уровень быстродействия: «3», «4», «5»;
- уровень безошибочности «3», «4», «5»;
- уровень сенсомоторных реакций (соответствует уровню работоспособности в условиях повышенной концентрации внимания): «3», «4», «5».

Вышеперечисленные результаты по психофизиологическому блоку и показателям по психодиагностическим методикам могут встречаться как изолированно друг от друга, так и в сочетании друг с другом.

II группа (психологическая профилактика)

Либо только наличие от 2 до 7 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) - по личностному блоку, а по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»;

Либо только наличие от 1 до 4 показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, а по когнитивной сфере «низкий уровень»;

Либо наличие в общей сумме от 2 до 7 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) – по личностному блоку, «ниже среднего» - по когнитивной сфере и показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, «низкий уровень» - по когнитивной сфере.

ВКМ: уровень функционального состояния «3» *, «2», «1», «0» **

СЗМР:

- уровень быстродействия: «3» *, «2», «1» **
- уровень безошибочности: «3» *, «2», «1» **
- уровень сенсомоторных реакций (соответствует уровню работоспособности в условиях повышенной концентрации внимания): «3» *, «2», «1» **

Вышеперечисленные результаты по психофизиологическому блоку и показателям по психодиагностическим методикам могут встречаться как изолированно друг от друга, так и в сочетании друг с другом.

* В случае уровня выраженности «3» по психофизиологическому блоку (ВКМ, СЗМР) необходимо рассматривать данный показатель в сочетании с показателями по психодиагностическим методикам. В случае отсутствия необходимого количества показателей и их уровня выраженности по психодиагностическим методикам – см. I группу.

Остальные показатели по психофизиологическому блоку можно рассматривать изолированно.

** В случае уровня выраженности «2», «1», «0» по методике ВКМ, уровня выраженности «2», «1» по методике СЗМР необходимо уточнить у обследуемого про возможность влияния на показатели какого-либо внешнего фактора: бессонная ночь; обследование проводилось после смены; усталость;

отвлекаемость во время обследования; слабая концентрация внимания (как во время обследования, так и вне его); монотония; какие-либо нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (в случае истинных заболеваний и информированности о них); движения, покашливания или какие-либо иные физиологические проявления во время съема показателей по ВКМ и т.д. Если причиной негативных результатов оказались внешние факторы, то необходимо предложить обследуемому переделать (по возможности) данные психофизиологическую методику (методики) через некоторое время (например, через 30-40 минут).

Улучшение показателей может свидетельствовать о сохранности адаптационных возможностей организма; о том, что ошибки невнимания являются единичными. В этом случае возможно выставление итоговой группы по вышеуказанной схеме.

В случае если показатели оказываются на прежнем уровне или ухудшаются (при полном и четком выполнении инструкции к методике (-ам)), то это может свидетельствовать о нарушении адаптационных механизмов организма; рассеянности внимания. При этом итоговая группа выставляется по указанной схеме и в рекомендациях указывается, что «требуется углубленное психофизиологическое обследование в рамках психопрофилактических мероприятий».

III группа (психологическая коррекция)

Либо только наличие 8 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) - по личностному блоку, а по когнитивной сфере уровень «ниже среднего»;

Либо только наличие 5 и выше показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, а по когнитивной сфере «низкий уровень»;

Либо наличие в общей сумме от 8 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние), «ниже среднего» - по когнитивной сфере и показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, «низкий уровень» - по когнитивной сфере.

ВКМ *: уровень функционального состояния «3», «2», «1», «0».

СЗМР *:

- уровень быстроедействия: «3», «2», «1»;
- уровень безошибочности: «3», «2», «1»;
- уровень сенсомоторных реакций (соответствует уровню работоспособности в условиях повышенной концентрации внимания): «3», «2», «1».

* Результаты, полученные по психофизиологическому блоку, необходимо рассматривать только в сочетании с результатами по психодиагностическим методикам.

ВАЖНО: Результаты по психофизиологическому блоку в рамках мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России не являются компенсацией результатов по психодиагностическому обследованию, данные результаты лишь дополняют (а не опровергают) психодиагностическое обследование.

Примеры выставления итоговой группы по результатам мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России представлены в Приложении 1.

Беседа по результатам мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России является обязательным элементом, но при этом она не является тем звеном, с помощью которого возможно изменение группы в лучшую сторону. Беседа подтверждает те результаты, что получили в процессе психодиагностического и психофизиологического обследования. Однако при этом, по ее результатам (включая и внешние проявления), возможно снижение группы.

4.1. Процентное соотношение показателей в каждой группе, выставляемой по результатам мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России, в зависимости от количества всех изучаемых показателей (для возможности применения критериев выставления группы при изменении перечня методик)

При выведении критериев для определения необходимости психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с профессиональными контингентами МЧС России использовалось общее количество показателей, равное **40**. В это количество не входили показатели по психофизиологическому блоку - по методикам ВКМ и СЗМР (так как данные показатели рассматривались отдельно).

Соответственно, процентное соотношение показателей в каждой группе будет следующим:

I группа («состояние, не требующее коррекции»)

Наличие только 1 показателя с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) - по личностному блоку, либо уровень «ниже среднего» - по когнитивной сфере, что соответствует 3% от всего количества показателей без результатов по методикам психофизиологического блока (Приложение 2).

Показатели с уровнем выраженности «высокий» (по личностной сфере) / «низкий» (по когнитивной сфере) отсутствуют.

II группа («психологическая профилактика»)

Либо только наличие от 2 до 9 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) - по личностному блоку, а по когнитивной сфере уровень «ниже среднего, что соответствует от 5 до 23% от всего количества показателей без результатов по методикам психофизиологического блока (Приложение 2).

Либо только наличие от 1 до 6 показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, а по когнитивной сфере «низкий уровень», что соответствует от 3 до 15% от всего количества показателей без результатов по методикам психофизиологического блока (Приложение 2).

Либо наличие в общей сумме от 2 до 9 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) – по личностному блоку, «ниже среднего» - по когнитивной сфере и показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, «низкий уровень» - по когнитивной сфере. При этом процентное соотношение будет находиться в пределе от 5 до 23%. Например, по результатам обследования получили 3 показателя с уровнем выраженности «выше среднего» и 5 показателей с уровнем выраженности «высокий». Общее количество показателей – 8, что соответствует 20% (Приложение 2).

III группа («психологическая коррекция»)

Либо только наличие от 10 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) - по личностному блоку, а по когнитивной сфере уровень «ниже среднего», что соответствует от 25% и выше от всего количества показателей без результатов по методикам психофизиологического блока (Приложение 2).

Либо только наличие от 7 и выше показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, а по когнитивной сфере «низкий уровень», что соответствует от 18% и выше от всего количества показателей без результатов по методикам психофизиологического блока (Приложение 2).

Либо наличие в общей сумме от 10 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние), «ниже среднего» - по когнитивной сфере и показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза, выявленные расстройства) – по личностному блоку, «низкий уровень» - по когнитивной сфере: в этом случае необходимо учитывать, какое количество показателей имеет уровень выраженности «выше среднего» (по личностному блоку) / «ниже среднего (по когнитивной сфере), а какое количество уровень выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере). При этом % соотношение будет находиться в пределе от 25% и выше. Например, по результатам обследования получили 8 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» и 6 показателей с уровнем выраженности «высокий». Общее количество показателей - 14, что соответствует 35% (Приложение 2).

Таким образом, зная общее количество показателей, которые будут использоваться при проведении мониторингового психодиагностического обследования, количество показателей и их уровень выраженности в каждой

выставляемой группе (на основании выведенных критериев), можно рассчитать процентное соотношение показателей в каждой группе.

При этом процентное соотношение **ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!** должно находиться в тех пределах, что указаны в Приложении 2 (в связи с тем, что выведение критериев по мониторинговому психодиагностическому обследованию происходило на основании количества показателей, равным 40).

*В случае изменения количества всех изучаемых показателей (в меньшую или большую сторону) количество показателей в каждой выставляемой группе по мониторинговому психодиагностическому обследованию будет **ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!** меняться.*

В связи с этим, необходимо рассчитать какое количество показателей будет входить в каждую группу в зависимости от общего количества изучаемых показателей.

4.1.1. Расчет количества показателей в итоговой группе (в зависимости от изменения общего количества всех изучаемых показателей при проведении мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России)

Количество показателей в той или иной группе (в зависимости от изменения общего количества всех показателей) можно рассчитать двумя способами.

I способ – через коэффициент.

Пример: Общее количество всех изучаемых показателей - 40 (на основании этого количества показателей выводились критерии). В связи с какими-либо обстоятельствами решили снизить изучаемое количество методик на одну, в которой изучается 6 показателей, соответственно, общее количество показателей в данном случае будет равно 34 ($40-6=34$).

Соответственно, выставление итоговой группы будет основываться на общем количестве изучаемых показателей, равным 34.

Следующий шаг – это нахождение коэффициента:

$$34/40 = 0,85, \text{ где}$$

34 – количество показателей, используемых в конкретном обследовании,

40 – общее количество показателей,

0,85 – коэффициент.

Соответственно, количество показателей, входящих в I группу (в случае сокращения общего количества показателей до 34) будет равно

$$0,85 * 40 = 34, \text{ где}$$

0,85 – коэффициент,

40 – общее количество показателей, входящий в I группу при 40 общих показателях,

0,85 (округляем до 1) – количество показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо «ниже среднего» (по когнитивной сфере), входящих в I группу при 34 показателях.

В результате получаем, что в I группу (при сокращении всех изучаемых показателей до 34) входит 1 показатель с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо «ниже среднего» (по когнитивной сфере), и не входят показатели с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере).

Далее подсчитываем количество и уровень выраженности показателей, входящих во II группу:

1) $0,85 * 2 = 1,7$ (округляем до 2), где

0,85 – коэффициент,

2 – 2 показателя с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо «ниже среднего» (по когнитивной сфере), входящих во II группу при 40 общих показателях,

1,7 (округляем до 2) - количество показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо «ниже среднего» (по когнитивной сфере), входящих во II группу при 34 показателях.

2) $0,85 * 9 = 7,65$ (округляем до 8), где

0,85 – коэффициент,

9 – 9 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо «ниже среднего» (по когнитивной сфере), входящих во II группу при 40 общих показателях,

7,65 (округляем до 8) - количество показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо «ниже среднего» (по когнитивной сфере), входящих во II группу при 34 показателях.

3) $0,85 * 1 = 0,85$ (округляем до 1), где

0,85 – коэффициент,

1 – 1 показатель с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере), входящий во II группу при 40 общих показателях,

0,85 (округляем до 1) – количество показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере), входящих во II группу при 34 показателях.

4) $0,85 * 6 = 5,1$ (округляем до 5), где

0,85 – коэффициент,

6 – 6 показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере), входящий во II группу при 40 общих показателях,

5,1 (округляем до 5) – количество показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере), входящих во II группу при 34 показателях.

Соответственно, при изучении общего количества показателей, равных 34, во II группу будут входить:

либо только от 2 до 8 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»;

либо только от 1 до 5 показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере – «низкий»;

либо наличие в общей сумме от 2 до 8 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку) / «ниже среднего» (по когнитивной сфере) и показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий уровень» (по когнитивной сфере).

Далее подсчитываем количество и уровень выраженности показателей, входящих в III группу:

1) $0,85 \cdot 10 = 8,5$ (округляем до 9), где

0,85 – коэффициент,

10 – 10 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо «ниже среднего» (по когнитивной сфере), входящих в III группу при 40 общих показателях,

8,5 (округляем до 9) - количество показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо «ниже среднего» (по когнитивной сфере), входящих во III группу при 34 показателях.

2) $0,85 \cdot 7 = 5,95$ (округляем до 6), где

0,85 – коэффициент,

7 – 7 показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере), входящих в III группу при 40 общих показателях,

5,95 (округляем до 6) - количество показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере), входящих во III группу при 34 показателях.

Соответственно, при изучении общего количества показателей, равных 34, в III группу будут входить:

либо только от 9 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»;

либо только от 6 и выше показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «низкий»;

либо наличие в общей сумме от 9 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку) / «ниже среднего» - по когнитивной сфере и показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий уровень» (по когнитивной сфере).

II способ – через процентное соотношение показателей в каждой группе (Приложение 2).

Пример: Общее количество всех изучаемых показателей - 40 (на основании этого количества показателей выводились критерии). В связи с какими-либо обстоятельствами решили снизить изучаемое количество методик на одну, в которой изучается 6 показателей, соответственно, общее количество показателей в данном случае будет равно 34 (40-6=34).

Соответственно, выставление итоговой группы будет основываться на общем количестве изучаемых показателей, равным 34.

Следовательно, 40 общих показателей – 100%, и, на основании процентного соотношения показателей в каждой группе, можно рассчитать какое количество показателей будет входить в каждую группу при изучении 34 показателей.

I группа – включает 1 показатель с уровнем выраженности «выше среднего», что соответствует 3% от всего количества показателей без результатами по методикам психофизиологического блока (при 40 общих показателях), соответственно,

$$\begin{aligned} 34 - 100\% \\ x - 3\% \quad x = 1,02 \text{ (округляем до 1),} \end{aligned}$$

соответственно, при изучении 34 показателей в I группу будет входить 1 показатель с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), либо по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»; и не входят показатели с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «низкий»;

II группа – включает наличие от 2 до 9 показателей с уровнем выраженности «выше среднего», что соответствует от 5 до 23% от всего количества показателей с результатами по методикам психофизиологического блока (при 40 общих показателях), а также включает от 1 до 6 показателей с уровнем выраженности «высокий», что соответствует от 3 до 15% от всего количества показателей с результатами по методикам психофизиологического блока (при 40 общих показателях), соответственно,

$$\begin{aligned} 34 - 100\% \\ x - 5\% \quad x = 1,7 \text{ (округляем до 2);} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 34 - 100\% \\ x - 23\% \quad x = 7,82 \text{ (округляем до 8),} \end{aligned}$$

что соответствует тому, что, при изучении 34 показателей, во II группу будет входить от 2 до 8 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»;

$$\begin{aligned} 34 - 100\% \\ x - 3\% \quad x = 1,02 \text{ (округляем до 1);} \end{aligned}$$

$$34 - 100\%$$

$$x - 15\% \quad x = 5,1 \text{ (округляем до 5),}$$

что соответствует тому, что, при изучении 34 показателей, во II группу будет входить от 1 до 5 показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «низкий»;

Соответственно, при изучении общего количества показателей, равных 34, во II группу будут входить:

либо только от 2 до 8 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»;

либо только от 1 до 5 показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере – «низкий»;

либо наличие в общей сумме от 2 до 8 показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку) / «ниже среднего» (по когнитивной сфере) и показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий уровень» (по когнитивной сфере).

III группа - включает наличие от 10 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего», что соответствует от 25% и выше от всего количества показателей с результатами по методикам психофизиологического блока (при 40 общих показателях), а также включает от 7 и выше показателей с уровнем выраженности «высокий», что соответствует от 18% и выше от всего количества показателей с результатами по методикам психофизиологического блока (при 40 общих показателях), соответственно,

$$34 - 100\%$$

$$x - 25\% \quad x = 8,5 \text{ (округляем до 9),}$$

что соответствует тому, что при изучении 34 показателей, в III группу будет входить от 9 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»;

$$34 - 100\%$$

$$x - 18\% \quad x = 6,12 \text{ (округляем до 6),}$$

что соответствует тому, что при изучении 34 показателей, в III группу будет входить от 6 и выше показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий уровень» (по когнитивной сфере).

Соответственно, при изучении общего количества показателей, равных 34, в III группу будут входить:

либо только от 9 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «ниже среднего»;

либо только от 6 и выше показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку), а по когнитивной сфере уровень выраженности «низкий»;

либо наличие в общей сумме от 9 и выше показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку) / «ниже среднего» - по когнитивной сфере и показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий уровень» (по когнитивной сфере).

Таким образом, резюмируя все вышеизложенное, можно подсчитать количество и уровень выраженности показателей, входящих в ту или иную группу по результатам мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России в случае изменения количества всех изучаемых показателей.

Заключение

Негативные состояния специалистов МЧС России - это состояния, возникающие при воздействии эмоционально окрашенных проявлений, связанных с выполняемой профессиональной деятельностью. Они могут возникать в результате действия факторов стресса как объективных, связанных с условиями и содержанием работы, так и субъективных, связанных с индивидуально-психологическими особенностями личности. Так как существует прямая зависимость между состоянием стресса и такими проявлениями как межличностная агрессия, враждебное поведение, невротические, психосоматические расстройства и т.д., то это приводит к неудовлетворительному исполнению служебных обязанностей, ухудшению качества выполняемой работы, низкой самооценке, неспособности сосредоточиться на работе и т.д. Низкая эмоциональная устойчивость, низкие функциональные резервы, выраженность нежелательных эмоциональных состояний приводит к возникновению профессионально обусловленных заболеваний и травм, снижает надежность и эффективность деятельности. Вследствие этого, одной из основных задач специалистов психологической службы МЧС России является динамическое наблюдение и контроль за состоянием профессиональных контингентов МЧС России, включая обеспечение надежности их деятельности. Данную задачу и выполняет мониторинговое психодиагностическое обследование профессиональных контингентов МЧС России и, в случае выявления изменений (нарушений), специалист-психолог обеспечивает мероприятия, направленные на укрепление и сохранение профессионального здоровья и долголетия личного состава, поддержание высокой работоспособности, повышение уровня функциональных возможностей и резервов организма, улучшение адаптации. Необходимость проведения мониторинга обоснована возможностью получения объективной информации, позволяющей отслеживать особенности трансформации личности сотрудника МЧС России, специфику и изменение отдельных параметров в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей. Использование мониторинга позволяет выявить дополнительные резервы повышения эффективности деятельности, поскольку информация, которая поступает при его проведении, с одной стороны, обеспечивает реальные возможности для индивидуализации, а с другой – дает возможность точно определить время, характер и дозировку корригирующих воздействий. Это, в свою очередь, оптимизирует эффективность определенного вида деятельности и способствует экономному расходованию психофизиологических ресурсов, сохранению психического и физического здоровья. Мониторинг функционального состояния можно считать одним из ключевых подходов психологического обеспечения деятельности, так как действительное состояние является одним из важнейших факторов, лимитирующих ее успешность. Таким образом, выявление факторов, свидетельствующих о выраженной эмоциональной напряженности, состоянии стресса или фрустрированности, депрессивных состояниях, суицидальных тенденциях способствует своевременному проведению психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, направленных на

устранение (предотвращение) отрицательных последствий неблагоприятных состояний.

Список литературы

1. Аболин А.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. – Казань, 1987.
2. Айдаралиев А.А., Максимов А.А.. Адаптация человека в экстремальных условиях. – М., 1991.
3. Айсмонтас Б.Б. Общая психология. – М.: ВЛАДОС – ПРЕСС, 2003. – 288 с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002.
5. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991.
6. Алехина С.В., Битянова М.Р. Мониторинг как вид профессиональной деятельности педагога-психолога // Вестник практической психологии образования. 2009. №4. С.66-73.
7. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 295 с.
8. Бойко В.В. Энергия эмоций / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.
9. Вейн Л.М. Предисловие к сборнику научных трудов, посвященных эмоциональному стрессу // Роль эмоционального стресса в генезе нервно-психических заболеваний – М., 1997.
10. Вид В.Д., Лозинская Б.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Рос. психиатр. журнал. 1998. №1. С.19-21.
11. Водопьянова Н.Е. Синдром «психологического сдавливания» в коммуникативных профессиях // психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб., 2000.
12. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – М. [и др.]: Питер, 2005. – 336 с.
13. Глуханюк Н.С. психологический мониторинг профессионального становления специалиста // Квалиметрия человека и образования: методология и практика: VII симп.: М., 1998. С. 167-168.
14. Данилова Н.Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний: Учеб. пособие. М.: Изд-во МГУ, 1992. – 192 с.
15. Ересько Д.Б., Исурина Г.С., Кайдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Метод. пособие. – СПб.: ГУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005
16. Зеер Э.Ф. Психология профессиональных деструкций: учеб.пособие / Э.Ф. Зеер, Э.Э. Сыманюк. – М.: Академ. проспект; Екатеринбург: деловая книга, 2005. – 240 с.
17. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.

18. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М., 1983. – 368 с.
19. Краткий психологический словарь / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – Ростов н/Дону: Феникс, 1999. – 512 с.
20. Куликов Л.В. Психогигиена личности // Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учеб.пособие. СПб., 2004.
21. Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях. – М.: Политиздат, 1989. – 304 с.
22. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. – М.: Изд-во Моск. ун-та. 1984. – 200 с.
23. Маркова А.К. Психология профессионализма. – М., 1996.
24. Медведев В.И. Функциональные состояния работающего человека / В.И. Медведев // Эргономика: принципы и рекомендации. Метод.руководство. – М.: ВНИИТЭ, 1981.
25. Меерсон Ф.Э., Пшенникова М.Г. Адаптация человека. – М., 1988.
26. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – 2-е изд. – К.: Сфера, 2005. – 308 с.
27. Наенко Н.И. Психическая напряженность. – М.: МГУ, 1976. – 112 с.
28. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. 3-е изд., стереотип. – СПб.: Речь, 2008. – 392 с.
29. Психологический словарь / под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Астрель: АСТ: Хранитель, 2007. – 479, [1] с.: ил.
30. Психология экстремальных ситуаций: учеб. пособие для студ.высш.учеб.заведений / [Т.Н. Гуренкова, И.Н. Елисеева, Т.Ю. Кузнецова и др.]; под общей ред. Ю.С. Шойгу. – М.: Смысл; Издательский центр Академия, 2009. – 320 с.
31. Радченко А. Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств // Методы современной психотерапии. Учеб. пособие / Сост. Кроль Л.М., Пуртова Е.А. – М.: Класс, 2001.
32. Самонов А.П. психологическая подготовка пожарных. – М.: Стройиздат, 1982.
33. Селье Г. Очерки об адапционном синдроме / Г. Селье. – М.: Медицина, 1960. – 254 с.
34. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1982. – 128 с.
35. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Речь, 2010. – 350 с., ил.
36. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002.- №7.
37. Суворова В.В. Психофизиология стресса. – М.: педагогика, 1997.

38. Тимченко А.В. Психологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных условиях и методы их коррекции. – Х.: Изд-во ХВУ, 1997. – 168 с.

39. Характеристика состояний психической дезадаптации у сотрудников пожарной охраны в напряженных и экстремальных условиях деятельности и их профилактика: методические рекомендации. - 1992.

40. Шапарь Б.В. Методы социальной психологии: Учебное пособие – Ростов н/Дону: Феникс, 2003. – 288 с.

41. Энциклопедический социологический словарь / под ред. Осипова Г.В. М.: Издательство ИСПИ РАН, 1995.

42. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция / Л.Н. Юрьева. – Киев: Сфера, 2004. – 271 с.

Примеры выставления итоговой группы по результатам мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России

Пример 1:

ВКМ: уровень функционального состояния – «3» - допустимое;

СЗМР: уровень быстродействия – «4» - выше среднего;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «3» - средняя.

выраженность	с б	Методика
	24	Уст. закон.
	37	Опер. пам
	9,8	ПТСР
	18,4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84,2	ПТСР
	3	1ф1сим
	5	1ф2сим
	5	1ф3сим
	4	1ф4сим
	17	1 фаза
	6	2ф1сим
	8	2ф2сим
	5	2ф3сим
	8	2ф4сим
	27	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
	4	ФА
	3	КА
	6	Р
	2	Н
	2	О
	2	П
	5	ВА
	3	ЧВ
	4	ВР
	12	АР
	11	ОР
	5,47	Т
	2,35	НД
	8,25	А
	6,34	ИТР
	8,32	ОФН
	5,61	ВН

Не выражен ни один показатель, оказывающий существенное влияние на выставление итоговой группы, что соответствует I группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

В наличии только один показатель по психодиагностическим методикам с уровнем выраженности «выше среднего» по личностному блоку; уровень функционального состояния - допустимый, уровень быстродействия - выше среднего, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - средняя.

Соответственно, итоговая группа – I (состояние, не требующее коррекции).

Пример 2:

ВКМ: уровень функционального состояния – «4» - близкое к оптимальному;

СЗМР: уровень быстродействия – «4» - выше среднего;

уровень безошибочности – «5» - высокий;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «4» - выше среднего.

Методика	с б
Уст. закон.	74
Опер. пам	37
ПТСР	9,8
ПТСР	18,4
ПТСР	21
ПТСР	25
ПТСР	10
ПТСР	84,2
1ф1сим	14
1ф2сим	5
1ф3сим	5
1ф4сим	4
1 фаза	28
2ф1сим	6
2ф2сим	8
2ф3сим	5
2ф4сим	8
2 фаза	27
3ф1сим	2
3ф2сим	1
3ф3сим	0
3ф4сим	1
3 фаза	4
ФА	4
КА	3
Р	4
Н	2
О	2
П	2
ВА	5
ЧВ	3
ВР	4
АР	12
ОР	9
Т	5,47
НД	2,35
А	8,25
ИТР	6,34
ОФН	8,32
ВН	5,61

Выражен один показатель, оказывающий существенное влияние на выставление итоговой группы: фаза 1 симптом 1- складывающийся симптом, что соответствует II группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

Не выражен ни один любой другой показатель по психодиагностическим методикам;

уровень функционального состояния – близкий к оптимальному, уровень быстродействия - выше среднего, уровень безошибочности - высокий, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - выше среднего.

Соответственно, итоговая группа – II (психологическая профилактика).

Пример 3:

ВКМ: уровень функционального состояния – «3» - допустимое;

СЗМР: уровень быстродействия – «2» - ниже среднего;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «3» - средний.

выраженность	с б	Методика
	74	Уст. закон.
	37	Опер. пам
	9.8	ПТСР
	18.4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84.2	ПТСР
складывающийся	14	1ф1сим
	5	1ф2сим
	5	1ф3сим
	4	1ф4сим
	28	1 фаза
складывающийся	15	2ф1сим
складывающийся	15	2ф2сим
складывающийся	15	2ф3сим
сложившийся	17	2ф4сим
фаза сложилась	62	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
	4	ФА
	3	КА
высокий уровень	8	Р
высокий уровень	4	Н
	2	О
	2	П
	5	ВА
уровень выше	6	ЧВ
	4	ВР
	12	АР
высокий уровень	18	ОР
	5.47	Т
	2.35	НД
	8.25	А
	6.34	ИТР
	8.32	ОФН
	5.61	ВН

Выражены два показателя, оказывающие существенное влияние на выставление итоговой группы: 1) фаза 2 – фаза сложилась; 2) ОР – высокий уровень, что соответствует III группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

Выражены пять показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом) и пять показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза) по личностному блоку (в сумме 10 показателей);

уровень функционального состояния – допустимый, уровень быстродействия - ниже среднего, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - средняя.

Соответственно, итоговая группа – III (психологическая коррекция).

Пример 4:

ВКМ: уровень функционального состояния – «4» - близкое к оптимальному;

СЗМР: уровень быстродействия – «3» - средний;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «3» - средний.

выраженность	с б	Методика
	24	Уст. закон.
	37	Опер. пам
	9,8	ПТСР
	18,4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84,2	ПТСР
складывающийся	14	1ф1сим
	5	1ф2сим
	5	1ф3сим
	4	1ф4сим
	28	1 фаза
складывающийся	10	2ф1сим
	8	2ф2сим
	9	2ф3сим
складывающийся	11	2ф4сим
в стадии	38	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
высокий уровень	9	ФА
высокий уровень	8	КА
	5	Р
уровень	3	Н
	2	О
	2	П
	6	ВА
	7	ЧВ
	4	ВР
высокий уровень	23	АР
	15	ОР
	5,47	Т
	2,35	НД
	8,25	А
	6,34	ИТР
	8,32	ОФН
	5,61	ВН

Выражены два показателя, оказывающий существенное влияние на выставление итоговой группы: 1) фаза 2 – в стадии формирования; 2) АР - высокий уровень, что соответствует II группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

Выражены пять показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза) и три показателя с уровнем выраженности «высокий» по личностному блоку (в сумме 8 показателей);

уровень функционального состояния – близкий к оптимальному, уровень быстродействия - средний, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - средняя.

Соответственно, итоговая группа – II (психологическая профилактика).

Пример 5:

ВКМ: уровень функционального состояния – «4» - близкое к оптимальному;

СЗМР: уровень быстродействия – «3» - средний;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «3» - средний.

выраженность	с б	Методика
	74	Уст. закон.
	37	Опер. пам
	9,8	ПТСР
	18,4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84,2	ПТСР
	14	1ф1сим
	5	1ф2сим
	5	1ф3сим
	4	1ф4сим
	28	1 фаза
складывающийся	10	2ф1сим
	8	2ф2сим
	9	2ф3сим
	11	2ф4сим
в стадии	38	2 фаза
сложившийся	22	3ф1сим
сложившийся	17	3ф2сим
сложившийся	19	3ф3сим
сложившийся	18	3ф4сим
фаза сложилась	76	3 фаза
	5	ФА
	4	КА
уровень выше	5	Р
уровень выше	3	Н
	2	О
	2	П
	7	ВА
уровень выше	7	ЧВ
	4	ВР
	16	АР
уровень выше	15	ОР
	5,47	Т
	2,35	НД
	8,25	А
	6,34	ИТР
	8,32	ОФН
	5,61	ВН

Выражены четыре показателя, оказывающий существенное влияние на выставление итоговой группы: 1) фаза 2 – в стадии формирования; 2) фаза 3 симптом 4 – сложившийся симптом; 3) фаза 3 – фаза сложилась; 4) ОР – уровень выше среднего, что соответствует III группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

Выражены шесть показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза) и пять показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза) по личностному блоку (в сумме 11 показателей);

уровень функционального состояния – близкий к оптимальному, уровень быстродействия - средний, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - средняя.

Соответственно, итоговая группа – III (психологическая коррекция).

Пример 6:

ВКМ: уровень функционального состояния – «4» - близкое к оптимальному;

СЗМР: уровень быстродействия – «3» - средний;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «3» - средний.

выраженность	с.б	Методика
	24	Уст. закон.
	37	Опер. пам
высокий уровень	15	ПТСР
повышенное значение	27	ПТСР
высокое значение	34	ПТСР
повышенное значение	41	ПТСР
повышенное значение	20	ПТСР
высокий уровень	137	ПТСР
складывающийся	14	1ф1сим
	5	1ф2сим
	5	1ф3сим
	4	1ф4сим
	28	1 фаза
складывающийся	10	2ф1сим
	8	2ф2сим
	9	2ф3сим
складывающийся	11	2ф4сим
в стадии	38	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
	5	ФА
	4	КА
уровень	5	Р
уровень	3	Н
	2	О
	2	П
	7	ВА
уровень	7	ЧВ
	4	ВР
	16	АР
уровень	15	ОР
	5,47	Т
	2,35	НД
	8,25	А
	6,34	ИТР
	8,32	ОФН
	5,61	ВН

Выражены шесть показателей, оказывающих существенное влияние на выставление итоговой группы: 1) Шкала С – высокое значение; 2) Шкала F – повышенное значение; 3) ПТСР (интегральный показатель) – высокий уровень; 4) фаза1 симптом 1 – складывающийся симптом; 5) фаза 2 – в стадии формирования; 6) ОР – уровень выше среднего, что соответствует III группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

Выражены одиннадцать показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, повышенное значение) и три показателя с уровнем выраженности «высокий» по личностному блоку (в сумме 14 показателей);

уровень функционального состояния – близкий к оптимальному, уровень быстродействия - средний, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - средняя.

Соответственно, итоговая группа – III (психологическая коррекция).

Пример 7:

ВКМ: уровень функционального состояния – «3» - допустимое;

СЗМР: уровень быстродействия – «3» - средний;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «3» - средний.

выраженность	с б	Методика
	24	Уст. закон.
	37	Опер. пам
	9,8	ПТСР
	18,4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84,2	ПТСР
складывающийся	14	1ф1сим
	9	1ф2сим
	8	1ф3сим
	9	1ф4сим
в стадии	40	1 фаза
сложившийся	18	2ф1сим
складывающийся	13	2ф2сим
складывающийся	15	2ф3сим
складывающийся	15	2ф4сим
фаза сложилась	61	2 фаза
сложившийся	16	3ф1сим
сложившийся	18	3ф2сим
сложившийся	18	3ф3сим
сложившийся	17	3ф4сим
фаза сложилась	69	3 фаза
	5	ФА
	4	КА
	5	Р
уровень выше	3	Н
	2	О
	2	П
	7	ВА
уровень выше	7	ЧВ
	4	ВР
	16	АР
уровень выше	15	ОР
	5,47	Т
	2,35	НД
	8,25	А
	6,34	ИТР
	8,32	ОФН
	5,61	ВН

Выражены шесть показателей, оказывающих существенное влияние на выставление итоговой группы: 1) фаза 1 симптом 1 – складывающийся; 2) фаза 1 – в стадии формирования; 3) фаза 2 – фаза сложилась; 4) фаза 3 симптом 4 – сложившийся симптом; 5) фаза 3 – фаза сложилась; 6) ОР – уровень выше среднего, что соответствует III группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

Выражены восемь показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза) и семь показателей с уровнем выраженности «высокий» (сложившийся симптом/фаза) по личностному блоку (в сумме 15 показателей);

уровень функционального состояния – допустимый, уровень быстродействия - средний, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - средняя.

Соответственно, итоговая группа – III (психологическая коррекция).

Пример 8:

ВКМ: уровень функционального состояния – «3» - допустимое;

СЗМР: уровень быстродействия – «3» - средний;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «3» - средний.

выраженность	с б	Методика
уровень ниже	14	Уст. закон.
уровень ниже	19	Опер. пам
	9,8	ПТСР
	18,4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84,2	ПТСР
	8	1ф1сим
складывающийся	10	1ф2сим
	5	1ф3сим
складывающийся	11	1ф4сим
	34	1 фаза
складывающийся	11	2ф1сим
	3	2ф2сим
	5	2ф3сим
	8	2ф4сим
	27	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
	4	ФА
	3	КА
уровень выше	6	Р
	2	Н
	2	О
	2	П
	5	ВА
	3	ЧВ
	4	ВР
	12	АР
	11	ОР
пограничное	0,25	Т
	2,35	НД
	8,25	А
	6,34	ИТР
	8,32	ОФН
пограничное	-1,15	ВН

Не выражен ни один показатель, оказывающий существенное влияние на выставление итоговой группы, что соответствует I группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

В наличии восемь показателей по психодиагностическим методикам с уровнем выраженности «выше среднего» (складывающийся симптом/фаза, пограничное состояние) – по личностному блоку, из них два с уровнем выраженности «ниже среднего» по когнитивной сфере (в сумме 8 показателей);

уровень функционального состояния - допустимый, уровень быстродействия - средний, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - средняя.

Соответственно, итоговая группа – II (психологическая профилактика).

Пример 9:

ВКМ: уровень функционального состояния – «2» - предельно - допустимое;

СЗМР: уровень быстродействия – «2» - ниже среднего;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «2» - сниженный.

Не выражен ни один показатель, оказывающий существенное влияние на выставление итоговой группы, что соответствует I группе по первому этапу

выраженность	с б	Методика
	24	Уст. закон.
низкий уровень	17	Опер. пам
	9,8	ПТСР
	18,4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84,2	ПТСР
	3	1ф1сим
	5	1ф2сим
	5	1ф3сим
	4	1ф4сим
	17	1 фаза
	6	2ф1сим
	8	2ф2сим
	5	2ф3сим
	8	2ф4сим
	27	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
	4	ФА
	3	КА
уровень выше	6	Р
	2	Н
	2	О
	2	П
	5	ВА
	3	ЧВ
	4	ВР
	12	АР
	11	ОР
	5,47	Т
	2,35	НД
	8,25	А
	6,34	ИТР
	8,32	ОФН
	5,61	ВН

(см. первый этап в выставлении итоговой группы).

В наличии один показатель по психодиагностическим методикам с уровнем выраженности «выше среднего» по личностному блоку и один показатель с уровнем выраженности «низкий» по когнитивной сфере (в сумме 2 показателя);

уровень функционального состояния – предельно-допустимый, уровень быстродействия – ниже среднего, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - снижена.

Соответственно, итоговая группа – II (психологическая профилактика).

Пример 10:

ВКМ: уровень функционального состояния – «3» - допустимое;

СЗМР: уровень быстродействия – «3» - средний;

уровень безошибочности – «3» - средний;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «3» - средний.

выраженность	с б	Методика
низкий уровень	17	Уст. закон.
уровень ниже	25	Опер. пам
	9,8	ПТСР
	18,4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84,2	ПТСР
	7	1ф1сим
складывающийся	10	1ф2сим
	9	1ф3сим
складывающийся	10	1ф4сим
	36	1 фаза
	6	2ф1сим
	8	2ф2сим
	5	2ф3сим
	8	2ф4сим
	27	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
	4	ФА
уровень выше	5	КА
уровень выше	6	Р
	2	Н
	2	О
	2	П
	5	ВА
	3	ЧВ
	4	ВР
	14	АР
	11	ОР
пограничное	1,21	Т
	2,35	НД
выявленное	-1,35	А
	6,34	ИТР
	8,32	ОФН
выявленное	-2,56	ВН

Не выражен ни один показатель, оказывающий существенное влияние на выставление итоговой группы, что соответствует I группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

В наличии шесть показателей по психодиагностическим методикам с уровнем выраженности «выше среднего» / складывающийся / пограничное состояние – по личностному блоку, из них один показатель с уровнем выраженности «ниже среднего» (по когнитивной сфере), три показателя с уровнем выраженности «высокий» (выявленное расстройство) – по личностному блоку, из них один с уровнем выраженности «низкий» по когнитивной сфере (в сумме 9 показателей);

уровень функционального состояния – допустимый, уровень быстродействия – средний, уровень безошибочности - средний, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - средняя.

Соответственно, итоговая группа – II (психологическая профилактика).

Пример 11:

ВКМ: уровень функционального состояния – «2» - предельно - допустимое;

СЗМР: уровень быстродействия – «2» - ниже среднего;

уровень безошибочности – «2» - ниже среднего;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «2» - сниженный.

выраженность	с б	Методика
уровень ниже	13	Уст. закон.
уровень ниже	18	Опер. пам
повышенный	12	ПТСР
	18,4	ПТСР
повышенный	29	ПТСР
	25	ПТСР
повышенный	18	ПТСР
	102,4	ПТСР
	3	1ф1сим
	5	1ф2сим
	5	1ф3сим
	4	1ф4сим
	17	1 фаза
складывающийся	11	2ф1сим
	8	2ф2сим
складывающийся	10	2ф3сим
	8	2ф4сим
в стадии	37	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
	4	ФА
	3	КА
уровень выше	6	Р
	2	Н
	2	О
уровень выше	5	П
	5	ВА
уровень выше	6	ЧВ
	7	ВР
	12	АР
уровень выше	14	ОР
выявленное	-1,35	Т
пограничное	0,34	НД
погранично	1,24	А
погранично	1,2	ИТР
	1,29	ОФН
выявленное	-2,36	ВН

Выражены четыре показателя, оказывающих существенное влияние на выставление итоговой группы: 1) Шкала С – повышенный уровень; 2) Шкала F – повышенный уровень; 3) фаза 2 – в стадии формирования; 4) ОР – уровень выше среднего, что соответствует II группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

В наличии пятнадцать показателей по психодиагностическим методикам с уровнем выраженности «выше среднего» / складывающийся / в стадии формирования / пограничное состояние по личностному блоку, из них два показателя с уровнем выраженности «ниже среднего» по когнитивной сфере и два показателя с уровнем выраженности «выявленное расстройство» (в сумме 17 показателей);

уровень функционального состояния – предельно-допустимый, уровень быстродействия – ниже среднего, уровень безошибочности – ниже среднего, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - снижена.

Соответственно, итоговая группа – III (психологическая коррекция).

Пример 12:

ВКМ: уровень функционального состояния – «1» - **негативное**;

СЗМР: уровень быстродействия – «1» - **низкий**;

уровень безошибочности – «2» - **ниже среднего**;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «2» - **сниженный**.

Через 30-40 минут переделали:

ВКМ 2: уровень функционального состояния – «2» - **предельно - допустимое**;

СЗМР 2: уровень быстродействия – «2» - **ниже среднего**;

уровень безошибочности – «2» - **ниже среднего**;

уровень сенсомоторных реакций (работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания) – «2» - **сниженный**.

выполненность	с.б	Методика
	74	Уст. закон.
	37	Опер. пам
	9.8	ПТСР
	18.4	ПТСР
	21	ПТСР
	25	ПТСР
	10	ПТСР
	84.2	ПТСР
	3	1ф1сим
	5	1ф2сим
	5	1ф3сим
	4	1ф4сим
	17	1 фаза
	6	2ф1сим
	8	2ф2сим
	5	2ф3сим
	8	2ф4сим
	27	2 фаза
	2	3ф1сим
	1	3ф2сим
	0	3ф3сим
	1	3ф4сим
	4	3 фаза
	4	ФА
	3	КА
	4	Р
	2	Н
	2	О
	2	П
	5	ВА
	3	ЧВ
	4	ВР
	12	АР
	9	ОР
	5.47	Т
	2.35	НД
	8.25	А
	6.34	ИТР
	8.32	ОФН
	5.61	ВН

Не выражен ни один показатель, оказывающий существенное влияние на выставление итоговой группы, что соответствует I группе по первому этапу (см. первый этап в выставлении итоговой группы).

Не выражен ни один любой другой показатель по психодиагностическим методикам.

При первом исследовании: уровень функционального состояния – негативный, уровень быстродействия - низкий, уровень безошибочности – ниже среднего, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - снижена.

После повторного исследования: уровень функционального состояния – предельно-допустимый, уровень быстродействия - ниже среднего, уровень безошибочности – ниже среднего, работоспособность в условиях повышенной концентрации внимания - снижена.

Соответственно, итоговая группа – II (психологическая профилактика).

Проценты, которые несут в себе показатели в зависимости от общего количества показателей при проведении мониторингового психодиагностического обследования в системе МЧС России

(общее количество показателей, используемых для выведения критериев – 40) *

Количество показателей	% от общего количества показателей без результатов по методикам психофизиологического блока	Количество показателей	% от общего количества показателей без результатов по методикам психофизиологического блока
1	3	21	53
2	5	22	55
3	8	23	58
4	10	24	60
5	13	25	63
6	15	26	65
7	18	27	68
8	20	28	70
9	23	29	73
10	25	30	75
11	28	31	78
12	30	32	80
13	33	33	83
14	35	34	85
15	38	35	88
16	40	36	90
17	43	37	93
18	45	38	95
19	48	39	98
20	50	40	100

* % для показателей с уровнем выраженности «выше среднего» (по личностному блоку) / «ниже среднего» (по когнитивной сфере) и показателей с уровнем выраженности «высокий» (по личностному блоку) / «низкий» (по когнитивной сфере) совпадают.

воздействии любого фактора необычной для него силы характера и (или) длительности. Эти изменения обозначаются как стресс-реакция, или стресс.

Адаптогенные факторы - факторы, воздействие которых приводит к адаптации (по Г. Селье). Другое их название - экстремальные факторы, стресс-факторы. Экстремальными могут быть не только отдельные воздействия на организм, но и изменённые условия существования в целом (например, перемещение человека с юга на Крайний Север и т.д.). По отношению к человеку адаптогенные факторы могут быть природными и социальными, связанными с трудовой деятельностью. Природные факторы - в ходе эволюционного развития живые организмы адаптировались к действию широкого спектра природных раздражителей. Действие природных факторов, вызывающих развитие адаптационных механизмов, всегда является комплексным, так что можно говорить о действии группы факторов того или иного характера. Например, все живые организмы в ходе эволюции прежде всего приспособились к земным условиям существования: определённому барометрическому давлению и гравитации, уровню космических и тепловых излучений, строго определённому газовому составу окружающей атмосферы и т.д. Социальные факторы - помимо того, что человеческий организм подвержен тем же природным влияниям, что и организм животных, социальные условия жизни человека, факторы, связанные с его трудовой деятельностью, породили специфические факторы, к которым необходимо адаптироваться. Их число растёт с развитием цивилизации. Так, с расширением среды обитания появляются совершенно новые для человеческого организма условия и воздействия. Например, космические полёты приносят новые комплексы воздействия. К их числу относится невесомость - состояние, абсолютно неадекватное для любого организма. Невесомость сочетается с гипокинезией, изменением суточного режима жизни и т.д.

Активация - (от греч. *activus* — деятельный, энергичный) — возбуждение или усиление активности, переход из состояния покоя в деятельное состояние. Активация центральной нервной системы определяется модулирующими влияниями, исходящими из части нервной системы, которая охватывает лимбическую систему, активизирующие и инактивирующие структуры неспецифической (ретикулярной) системы мозга. С изменением баланса этих влияний меняются интенсивность и качественное своеобразие активации, фиксируемые в показателях электрической активности мозга, в вегетативных показателях (частоте сердцебиения, кожном сопротивлении, артериальном давлении, изменении дыхания) и др.

Существует тесная связь между генотипической и фенотипической адаптациями. По существу, генотипическая адаптация отражает как филогенетический уровень организма, так и возникшие в эволюции и закрепленные в потомстве адаптивные сдвиги определенных функций.

Акцентуация характера — находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера, при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в

отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим.

Алекситимия – (а + от греч. *lexis* – слово, *thymos* – эмоция) - ограничение способностей индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче, а также бедность фантазии, заземленность и ригидность ценностных ориентаций. В рамках концепции алекситимии лежат наблюдения J. Ruesch (1948), установившего, что многие люди, страдающие классическими психосоматическими заболеваниями (нарушениями) и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном и символическом выражении эмоций. Также сделано предположение, что неспособность алекситимических индивидов регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции на неокортикальном уровне (относящемся к высшим отделам головного мозга – коре больших полушарий и подкорковым образованиям), может вылиться в усиление физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний (нарушений).

Амнестические проявления - расстройства памяти на текущие события. Люди могут практически мгновенно забыть только что сказанное ими, а по прошествии всего нескольких минут уже не помнить, кто к ним подходил, вследствие чего по многу раз задают одни и те же вопросы, неоднократно здороваются с одними и теми же людьми; не в состоянии сказать что они только что ели, чем занимались; могут неделями читать одну страницу в книге, мгновенно забывая прочитанное. В большей степени нарушается словесная память, в меньшей – образная.

Анамнез - это совокупность сведений о развитии нарушения (болезни), условиях жизни, перенесенных заболеваниях и тому подобное, собираемых с целью их использования для диагноза, прогноза, лечения, профилактики.

Астенические эмоции - (от англ. *asthenic emotions*; от греч. *a* — отриц. частица + *sthenos* — сила) - окрашенные отрицательным эмоциональным тоном чувства подавленности, уныния, печали, пассивного страха и т.п. При переживании астенических эмоций человек сутулится, дыхание становится медленнее обычного, глаза тускнеют. Преобладание астенических эмоций в качестве характерологического признака определяет так называемый астенический тип, для которого в ситуации нагрузки свойствен отказ от борьбы с трудностями.

Внимание – процесс и состояние настройки субъекта на восприятие приоритетной информации и выполнение поставленных задач. Внимание характеризуется уровнем (интенсивностью, концентрацией), объемом (широтой, распределением), скоростью переключения, длительностью и устойчивостью.

Внимания концентрация - такое свойство, благодаря которому человек может сосредоточить свое внимание на чем-либо одном, отвлекаясь от всего остального.

Внимания объем – средне число объектов, которое человек в состоянии удержать в сфере своего внимания одновременно, то есть

внимательно воспринимать, удерживать в своем сознании все эти объекты. Средний объем внимания взрослого человека составляет от 3 до 7 объектов и в большинстве случаев равен примерно 5 объектов.

Внимания переключаемость – способность сравнительно быстро переходить с одного объекта на другой, отвлекаясь от прежнего объекта, отключаться от него и сосредоточиваться (концентрироваться) на новом объекте.

Внимания распределение – свойство, благодаря которому внимание человека может одновременно удерживаться сразу на нескольких разных объектах.

Внимания ригидность – противоположное переключаемости свойство. Проявляется в том, что внимание с трудом переходит с одного объекта на другой. На это расходуется много времени, причем отвлечение внимания от одного объекта не является полным, так же как и концентрация внимания на новом объекте.

Внимания устойчивость – свойство внимания, которое проявляется в сохранении его в течение длительного времени на более или менее постоянном уровне. Если внимание человека устойчивое, то он может в течение долгого времени сохранять работоспособность и не допускать ошибок в работе. Если внимание неустойчивое, то его работоспособность часто и в разные периоды времени меняется.

Выборка – часть генеральной совокупности, которая охватывается экспериментом (наблюдением, опросом, обследованием).

Генеральная совокупность – совокупность всех объектов, относительно которых делаются выводы при изучении конкретной проблемы. Генеральная совокупность состоит из всех объектов, которые имеют качества, свойства, интересующие исследователя. Другими словами, это полное собрание объектов (людей, животных, растений), являющееся источником данных.

Гомеостаз – (от греч. *homois* – подобный и *statis* – неподвижность) – состояние, относительно динамическое постоянство внутренней среды организма в физиологически допустимых пределах (например, обеспечение постоянства температуры тела, артериального давления и т.д.), которое поддерживается благодаря сложным координационным и регуляторным взаимоотношениям, осуществляемым как на уровне целостного организма (поведение), так и на органном, клеточном и молекулярном уровнях. В механизме гомеостаза отчетливо проявляется свойство адаптации организма к изменениям условий внешней среды, в которой он существует. Можно говорить о нервно-психическом гомеостазе, обеспечивающем сохранение и поддержание оптимальных условий для функционирования мозга, нервной системы в целом в процессе реализации разнообразных форм деятельности.

Дезадаптация - (лат. *dis* отсутствие; *adaptatio* – приспособление) - какое-либо нарушение адаптации, приспособления организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды; состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического функционирования, изменению

форм поведения, развитию патологических процессов. Полное несоответствие между организмом и внешними условиями его существования несовместимо с жизнедеятельностью. Степень дезадаптации характеризуется уровнем дезорганизации функциональных систем организма. В зависимости от характера функционирования выделяют две формы дезадаптации: 1. Непатологическая – поддержание гомеостаза возможно в режиме усиленного, но «нормального» физиологического функционирования; 2. Патологическая - поддержание гомеостаза возможно только при переходе к патологическому функционированию. Объективные проявления дезадаптации выражаются определенным типом поведения, а субъективные – широкой гаммой психоэмоциональных сдвигов.

Детерминизм - (от лат. *determinare* — определять) — закономерная и необходимая зависимость психических явлений от порождающих их факторов. Детерминизм включает причинность как совокупность обстоятельств, предшествующих во времени следствию и вызывающих его, но не исчерпывается этим объяснительным принципом, поскольку существуют и другие формы детерминизма, а именно: системный детерминизм (зависимость отдельных компонентов системы от свойств целого), детерминизм типа обратной связи (следствие воздействует на вызвавшую его причину), детерминизм статистический (при одинаковых причинах возникают различные в известных пределах эффекты, подчиненные статистической закономерности), целевой детерминизм (предваряющая результат цель как закон определяет процесс его достижения) и др.

Деформация личности - изменение качеств и свойств личности (стереотипов восприятия ценностных ориентаций, характера, способов общения и поведения) под влиянием тех или иных факторов, имеющих для нее жизненно важное значение.

Деформация личности профессиональная – изменение восприятия стереотипов личности, способов общения, поведения, а так же характера, наступающие под действием длительного выполнения профессиональной деятельности. Профессиональная деформация сотрудников может носить устойчивый или эпизодический характер, быть положительной или отрицательной, а также иметь поверхностный или глобальный характер. Как правило, она проявляется не только в манерах поведения и жаргоне, но и во внешнем облике человека. Виды профессиональной деформации: общепрофессиональные - деформации свойственные работникам определенной профессии. Например, работникам правоохранительных органов свойственен синдром «асоциальной перцепции», при котором каждый человек воспринимается как потенциальный нарушитель; специальные профессиональные деформации – данные деформации возникают в процессе специализации. Например, у адвоката – изворотливость, у прокурора – обвинительная способность; профессионально-типологические деформации – виды деформаций, связанные с наложением на личность определенных психологических особенностей, отражающихся на структуре профессиональной деятельности;

индивидуальные деформации – деформации свойственные работникам самых разных профессий. Они обусловлены чрезмерным развитием профессиональных качеств, которые впоследствии приводят к возникновению сверх качеств, таких например, как трудовой фанатизм и сверхответственность.

Деятельность (по А.Н. Леонтьеву) – это осмысленное и целенаправленное взаимодействие человека с окружающей средой, опосредованное внешней и внутренней активностью или специфический вид активности человека, направленный на познание и творческое преобразование окружающей действительности и самого себя. Деятельность выступает в качестве основы для формирования личности. Личность не предшествует деятельности, она этой деятельностью порождается.

Дискоординация - нарушение координации движений, невозможность выполнения точных движений. Часто причиной этого является нарушение функционирования всей нервной системы в целом или заболевание ее отдельной части.

Диссоциация (в психологии) — нарушение связности психических процессов, то есть связность показывает сцепление, последовательность психических процессов (они необходимы, чтобы концентрироваться на чем-то и запоминать те или иные события, объекты и многое другое), то есть защитный механизм психики, «отделение» себя от своих неприятных переживаний. Человек, у которого начинаются проблемы либо с одним, либо с другим, чувствует острый дискомфорт, т.к. мозг становится перегруженным и находится в постоянном напряжении.

Диссоциативная амнезия – один из видов диссоциативных расстройств, при котором у человека утрачивается память на события в основном личного характера, что является последствием стресса или травмирующего события, при этом способность восприятия новой информации сохраняется.

Достоверность различий – аналитико-статистическая процедура установления уровня значимости различий или сходства между выборками по изучаемым показателям.

Защитные механизмы личности - представляют собой своеобразные фильтры, которые, пропуская информацию через себя, либо блокируют ее, либо искажают до такой степени, что она утрачивает свой первоначально угрожающий личности характер. Защитные механизмы вступают в действие всегда, когда какая-то информация или чье-то действие расходятся с внутренним представлением человека о ситуации и, соответственно, угрожают нарушить его покой, могут вызвать внутреннюю тревогу и беспокойство. Именно защитой личности от тревоги, сохранением стабильной самооценки и привычного образа мира обусловлено их присутствие в психике человека. Защитные механизмы всегда действуют на неосознанном или полусознанном уровне, поскольку их задача как раз и состоит в том, чтобы не допустить происходящее в сознание. Таким образом, хотя защитные механизмы и используются каждым без исключения человеком, они являются средствами самообмана. Каждый человек имеет

свои излюбленные методы защиты, которых всегда несколько, и применяются они в зависимости от контекста ситуации и степени ее угрозы. Наиболее распространенные механизмы защиты: Вытеснение — это один из самых «древних», первичных механизмов защиты. Он заключается в том, что информация, которая угрожает психике человека просто вытесняется из его сознания и содержится в своеобразной резервации, откуда может оказывать на него скрытое влияние. Эта вытесненная информация может «прорываться» в его снах, шутках, оговорках, частично в фантазиях. Именно действию этого защитного механизма человек обязан формированием многих психосоматических болезней, таких как аллергия, язвенная болезнь, астма, импотенция, фригидность и т.д. Отрицание — выражается в нежелании признавать событие, которое имело место. Этот механизм защиты наиболее характерен для маленьких детей либо взрослых со сниженным интеллектом. Также он вступает в силу в ходе каких-то драматических событий, которые не может принять человек. Например, человек отрицает, что болен раком. Типичная фраза: «Этого просто не может быть!» Рационализация — очень распространенный механизм защиты, который выражается в искажении информации таким образом, чтобы защитить самооценку. Он сводится к поиску допустимых причин для недопустимых действий. Этот механизм запускается тогда, когда человек что-то делает, а потом оказывается в ситуации, когда ему нужно объяснить почему он поступили так или иначе, либо же почему он что-то не сделал (не потому что не смог или не захотел), а потому что не то были свои объективные причины. Например, басня И.А. Крылова про лису и виноград - когда лиса не смогла достать виноград, то решила, что он зеленый, а значит ей не нужен. Замещение — механизм, который позволяет перенаправить какой-то свой внутренний импульс с угрожающего объекта на более слабый, менее опасный объект. Например, ваш начальник сделал вам «нагоняй», а вы, как только вышли из кабинета, тут же сорвались на своем подчиненном. Часто мужчины, приходя раздраженными с работы, сгоняют свою злость на домочадцах. Иногда враждебные импульсы, адресованные другим, могут перенаправляться на себя самого, что выражается в самоосуждении, повышенной самокритике. Проекция — еще один очень распространенный как среди индивидуумов, так и в обществе защитный механизм. Он выражается в том, что человек приписывает другому человеку, животному или даже предмету те качества, чувства и намерения, которые присущи ему, но им не принимаются. Например: «Я же вижу, ты злишься на меня» (Я очень зол) или «Я провалил экзамен, поскольку мне достался самый сложный вопрос» (Я недостаточно подготовился). Регрессия — это возврат к более ранним, детским моделям поведения. То есть внутренняя тревога смягчается путем возврата к более безопасному и приятному периоду жизни. Так, человек может «надуться» и не разговаривать; купить себе мороженное, чтобы поднять настроение; погонять на бешеной скорости на авто; хлопнуть дверью и уйти и т.п. Изоляция — защитный механизм получающий на сегодня все большее распространение. Он заключается в отделении содержательной части события от его эмоционального содержания. Такой

человек может описывать весьма драматическое событие так, как будто оно происходило не с ним. Не надо путать этот механизм с самообладанием, поскольку в последнем случае человек испытывает чувства, но старается держать их под контролем, выпуская наружу лишь малую толику. При изоляции же человек как бы отказывается от чувств, не хочет их больше испытывать, т.к. это очень больно.

Индивид - (от лат. *individuum* - неделимое) — человек, как единичное природное существо, представитель вида *homo sapiens*, продукт филогенетического и онтогенетического развития, единства врожденного и приобретенного, носитель индивидуально-своеобразных, прежде всего, биологически обусловленных черт.

Индивидуальность – (от лат. *individuum* – неделимое, особь) - неповторимость, уникальность свойств человека. Используется в психологии при описании двух явлений: 1. Своеобразие психологических свойств человека, проявляющихся в разных сферах (интеллекте, темпераменте, личности); 2. Относительно закрытая система и представляет собой уникальное сочетание всех свойств человека как индивида и личности.

Индивидуум - человек, рассматривающийся как самостоятельная личность, как единица среди людей.

Интегральный показатель (от лат. *integer* – целый) – обобщенный, сводный показатель. Результирующий показатель, учитывающий совокупное влияние отдельных как независимых, так и взаимосвязанных факторов.

Интеллект – (от лат. *intellectus* – понимание, познание). 1. Общая способность к познанию и решению проблем, определяющая успешность любой деятельности и лежащая в основе других способностей; 2. Система всех познавательных способностей индивида: ощущения, восприятия, памяти, представления, мышления, воображения. 3. Способность к решению проблем без проб и ошибок «в уме». Понятие интеллекта как общей умственной способности применяется в качестве обобщения поведенческих характеристик, связанных с успешной адаптацией к новым жизненным задачам.

Истерический (психогенный) паралич - наступает под влиянием психотравмирующих воздействий, может внешне напоминать как центральные, так и периферические параличи, однако при этом отсутствуют изменения мышечного тонуса, сухожильно-надкостничных и кожных рефлексов, нет патологических рефлексов, трофических расстройств, изменений электровозбудимости нервов и мышц. Диагностика паралича не представляет больших трудностей и основывается на результатах клинического обследования. Истерические параличи дифференцируют от аналогичных состояний органического генеза: существенную роль при этом играют отсутствие при истерических параличах признаков органического поражения нервной системы, а также имеет место наличие эмоциональных и поведенческих психопатологических расстройств.

Когнитивные процессы - познавательные процессы человека, включая его ощущения, восприятие, внимание, воображение, память, мышление, речь.

Коморбидность - (от лат. *co* - приставка вместе, *morbus* - болезнь) - сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний (нарушений) или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения. Коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний, но иногда объясняется сходством их клинических проявлений, которое не позволяет чётко отдифференцировать их друг от друга.

Компенсация (в психологии) - (от лат. *compensare*—заменять, вознаграждать) - восстановление нарушенного равновесия психических и психофизиологических процессов путем создания противоположно направленной реакции или импульса. В этом самом общем смысле понятие компенсации широко употребляется применительно к различным психическим процессам и функциям.

Компенсация (в физиологии) - (от лат. *compensare*—заменять, вознаграждать) - уравнивание; условное обозначение развившихся в организме (в органе) приспособления, которые способствуют выравниванию функций, нарушенных патологическим процессом.

Компенсаторные механизмы личности – служат для преодоления чувства неполноценности, которое является неизбежным следствием каких-либо физических дефектов, недостатка сил или возможностей человека. Чувство неполноценности вытесняется в бессознательное и вместе с тем компенсируется деятельностью по достижению разного рода успехов – реальных или мнимых.

Конверсия – это обратная зависимость физических симптомов от эмоций, влияние психических сил на биологические структуры.

Конверсионный симптом (диссоциативный) — это симптом, предполагающий соматическое заболевание, но возникающий при отсутствии соматической патологии и продуцируемый скорее подсознательно, чем умышленно.

Корреляционный анализ – это проверка гипотез о связи между переменными с использованием коэффициентов корреляции.

Корреляционные связи – свидетельствуют о том, что изменению одного признака, как правило, сопутствуют определенные изменения другого.

Коэффициент корреляции – это мера прямой или обратной пропорциональности между двумя переменными. Он чувствителен к связи только в том случае, если эта связь является монотонной – не меняет направление по мере увеличения значений одной из переменных.

Критерий Колмогорова-Смирнова – статистический критерий нормальности распределения; считается наиболее состоятельным для определения соответствия эмпирического распределения нормальному. Данный критерий позволяет оценить вероятность того, что данная выборка принадлежит генеральной совокупности с нормальным распределением.

Личность - система социально значимых качеств индивида, мера овладения им социальными ценностями и его способность к реализации этих

ценностей, то есть единство биологических и социальных факторов. Это также индивидуальное своеобразие человека, выраженное в его специфических психологических свойствах, которые в отличие от психических процессов и психических состояний человека называют свойствами личности.

Манифестация - (от лат. *manifestatio* — обнаружение, проявление) - проявление выраженной, типичной болезненной симптоматики после ее латентного (бессимптомного) или стертого течения.

Метод исследования – способ получения фактов с проявлением психики, отвечающие методологическим принципам; это путь, способ решения задач.

Метод ранговой корреляции Спирмена – позволяет определить силу и направленность корреляционной связи между двумя признаками.

Методика исследования – конкретное воплощение метода в соответствии с целью исследования.

Методики валидность – комплексная характеристика, включающая, с одной стороны, сведения о том, пригодна ли методика для измерения того, для чего она была создана, а с другой стороны, какова ее действенность, эффективность, практическая полезность.

Методики практическая ценность (полезность психологического теста) - реальная польза, получаемая в результате применения данного психологического теста; возможность применения результатов методики на практике.

Методики прогностичность – позволяет на основе полученных результатов построить возможный прогноз успешности деятельности, особенностей поведения, специфики поведения человека и т.д., проявляющиеся на протяжении определенного периода времени.

Методология – учение о методах, способах и стратегиях исследования; учение об организации деятельности.

Методологические принципы психологического исследования – требования к построению исследования.

Мотив – (от лат. *moveo* – двигаю) – материальный или идеальный предмет, который побуждает и направляет на себя деятельность или поступок и ради которого они осуществляются. Источником побудительной силы мотива выступают потребности (А.Н. Леонтьев). Помимо функции побуждения и направления мотив выполняет также смыслообразующую функцию, сообщая определенный личностный смысл целям, структурным единицам деятельности (действиям, операциям), а также обстоятельствам, способствующим или препятствующим реализации мотива. От того, каким мотивом побуждается деятельность, нередко зависят ее эффективность и качественные особенности протекания. Мотив также определяет характер познавательных процессов и структурирует содержание восприятия, памяти, мышления и т.д.

Мотивация – 1. Совокупность факторов, поддерживающих и направляющих, то есть определяющих поведение (К. Мадсен, Ж. Гофруа, 1992); 2. Совокупность мотивов (К.К. Платонов, 1986); 3. Побуждение,

вызывающее активность организма и определяющее ее направленность; 4. Процесс психической регуляции конкретной деятельности (М.Ш. Магомед-Эминов, 1998); 5. Динамический процесс формирования мотива – как основания поступка (Е.П. Ильин, 2002).

Мотивация деятельности - совокупность факторов, которые являются движущей силой для человека, а также процесс вовлечения себя или других людей в какую-либо деятельность. Существуют различные виды мотивации, каждый из которых следует учитывать, поскольку все они одинаково важны. Итак, выделяются такие аспекты: мотивационная система личности в общем смысле, которая рассматривается как совокупность потребностей, интересов, убеждений, увлечений, стереотипов, представлений индивида о норме и многого другого; мотивация достижения — это стремление личности к высоким результатам в той области, которая ему интересна и которую он сам определил для себя важной; мотивация самоактуализации — это мотивы личности в высшем их проявлении, которую коротко можно описать как потребность в самореализации.

Мышление – психический процесс отражения действительности, высшая форма творческой активности человека. Это целенаправленное использование, развитие и приращение знаний, возможное лишь в том случае, если оно направлено на разрешение противоречий, объективно присущих реальному предмету мысли. Это процесс обобщенного познания человеком действительности, то есть получения общих представлений о ней на уровне понятий.

Надежность деятельности – свойство человека, характеризующее его способность безотказно и с заданной точностью выполнять деятельность в течение определенного времени при определенных условиях. Достижение безошибочного и современного выполнения действий и деятельности в целом является результатом надежного функционирования различных подсистем организма и психики человека.

Невротические реакции - это срыв адаптационных механизмов, возникающий под влиянием мощного первого или очередного, но уже истощающего возврата значимой личностной проблемы. Невротические реакции характеризуется своим специфическим набором компонентов или признаков. Они качественно отличаются от адаптационных реакций. Поведение человека в этой ситуации становится характерологическим, т.е. присущим ему в соответствии с его темпераментом, типом нервной системы, его ядру личности, его истинным и теперь уже не скрываемым отношением к данной травматической для него ситуации, к конкретным людям, участвующим в ней. Одни люди начинают проявлять агрессию, другие начинают плакать, рыдать и жаловаться, третьи возбуждаются и начинают привлекать внимание окружающих людей и искать у них помощи и поддержки, некоторые впадают в эмоциональное оцепенение, уходят в себя и «теряют дар речи». Отдельные люди не выдерживая напряжения убегают или физически удаляются - уходят, хлопнув дверью. Очевидно, что все варианты поведения описать невозможно - спектр поведенческих реакций огромен и строго индивидуален.

Непараметрические критерии – разработаны для тех ситуаций, когда исследователь ничего не знает о параметрах исследуемой популяции; иными словами, непараметрические методы не основываются на оценке параметров (таких как среднее значение или стандартное отклонение) при описании выборочного распределения интересующей величины. Непараметрические методы позволяют обрабатывать данные из выборок малого объема с переменными, про распределение которых мало что или вообще ничего не известно.

Непараметрический критерий Манна-Уитни – проверяет гипотезу о статистической однородности двух независимых выборок. То есть оценивает различие между двумя выборками по уровню какого-либо признака, количественно измеренного.

Нозогенные (психогенные) реакции (нозогении) – психические и невротические расстройства, при которых заболевание внутренних органов выступает в роли психотравмирующего фактора. Это неадекватное восприятие болезни. Нозогении являются разновидностью психосоматических расстройств (возникающих вследствие взаимодействия психических и физиологических факторов). Так как отношение к своему здоровью отличается у разных людей, то и нозогении могут проявляться по-разному. Основная причина возникновения психогенных реакций – заболевание. То, как человек отреагирует на заболевание, зависит от его отношения к собственному здоровью, его характерологических особенностей, социального отношения к конкретному заболеванию.

Норма – (от лат. *norma* – правило, образец) - в психологии и медицине термин норма нередко используется для обозначения здоровья, но их нельзя считать полными синонимами. Выделяют 3 основных вида норм: 1. Статистические, характеризующие статистическое большинство описываемых объектов; 2. Физиологические, характеризующие по избираемым параметрам процессы и состояния здорового организма; 3. Индивидуальные.

С. Б. Семичов выделил 5 уровней психической нормы: 1. Идеальная норма, или эталон, – гипотетическое психическое состояние, характеризующееся гармоничной интеграцией теоретических норм, создающее условия для полной психосоциальной адаптации и психического комфорта и соответствующее нулевой вероятности психической болезни или психической нестабильности; 2. Среднестатистическая норма – показатель, который является производным усредненных психологических характеристик конкретно избранной и изученной популяции - данный показатель предполагает определенный риск психического расстройства; 3. Конституциональная норма – соотнесение определенных типов психических состояний здоровых людей с определенным типом телесной конституции - примером концепции, основанной на конституциональной норме, служит концепция Э. Кречмера; 4. Акцентуация – вариант психической нормы, характеризующийся особой выраженностью и непропорциональностью некоторых черт характера, приводящих к дисгармоничному складу личности (см. Акцентуация характера); 5. Предболезнь – появление первых

эпизодических, разрозненных признаков психической патологии, дисфункции, являющихся причиной негрубых нарушений социальной адаптации. О психической Н. можно говорить тогда, когда физиологические и психофизиологические функции головного мозга, лежащие в основе психических процессов, находятся в пределах физиологической нормы, а психические составляющие личности восприятие, память, внимание и др. находятся в пределах статистической нормы, определяемой с помощью экспериментально-психологических методов. Норма входит в дихотомию «норма – патология». К патологии относят психопатии, дефектные состояния, аномалии развития.

Нормальное распределение – характеризуется тем, что крайние значения признака в нем встречаются достаточно редко, а значения, близкие к средней величине – достаточно часто.

Онтогенез – (от греч. *ontos* – сущее и *genesis* – рождение, происхождение). Индивидуальное развитие [организма](#), совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований, претерпеваемых организмом, от [оплодотворения](#) до конца жизни.

Онтогенез психики означает ее развитие от рождения до конца жизни. В онтогенезе психики различают генетически, внутренне обусловленное созревание и формирование под воздействием среды и воспитания.

Оптимальные условия – условия жизнедеятельности человека, которые не требуют каких-либо чрезмерных напряжений и определяют быстрое восстановление функциональных резервов организма после внешних или внутренних воздействий. При оптимальных условиях функции организма регулируются экономично с ощущением чувства комфорта.

Память – форма психического отражения действительности, заключающаяся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении человеком своего опыта. Обеспечивает накопление впечатлений об окружающем мире, служит основой приобретения знаний, навыков и умений и их последующего использования. Сохранение опыта создает возможность для обучения человека и развития его психики (восприятия, мышления, речи и т.д.). Память служит необходимым условием единства психической жизни человека, единства его личности.

Память долговременная – память, рассчитанная не только на длительный срок хранения информации, но и на многократное повторное обращение и использование соответствующей информации без ее потери. Предельный срок хранения информации в долговременной памяти определяется продолжительностью его жизни. В долговременной памяти человека обычно находятся знания, умения, навыки, которые он получает за счет обучения и воспитания. Долговременная память человека является самой большой по своему объему из всех видов памяти, которые работают при жизни человека, и, строго говоря, эта память до сих пор не имеет точно установленного объема, так как человек в течение жизни может запоминать сколько угодно информации.

Память кратковременная – память, способная сохранять информацию в течение 25-30 с после прекращения процесса ее восприятия. Например, после восприятия какого-либо образа, мгновенно закрыв глаза, человек в течение некоторого времени как бы продолжает видеть этот образ. Кратковременная память является одним из наиболее важных, постоянно загруженных видов памяти человека. Через нее обязательно проходит вся информация, воспринимаемая человеком с помощью органов чувств. За то время, пока информация хранится в кратковременной памяти, человек успевает решить для себя несколько важных задач: 1. Воспользоваться информацией для удовлетворения актуальных потребностей; 2. Принять решение о том, нужна ли информация в течение времени, превышающего 25-30 с и перевести соответствующую информацию в оперативную память; 3. Времени 25-30 с достаточно, чтобы принять решение, может ли данная информация понадобиться в будущем – если необходима, то происходит перевод в долговременную память. Средний объем кратковременной памяти взрослого человека обычно равен величине 7 ± 2 единицы, то есть находится в диапазоне от 5 до 9 единиц информации.

Память оперативная – проявляется в ходе выполнения и обслуживания определенной деятельности, что происходит благодаря сохранению информации, поступающей как из кратковременной, так и из долговременной памяти, необходимой для выполнения действий. Если задачу можно решить за несколько секунд или минут, то и в оперативной памяти человека нужная информация будет сохраняться именно столько времени. Если задача сложна и для своего решения требует от нескольких часов до нескольких дней, то и в оперативной памяти человека информация будет сохраняться именно столько. Следовательно, время хранения информации в оперативной памяти человека располагается в довольно широком диапазоне, от нескольких десятков секунд до нескольких дней.

Памяти следы - (от англ. *memory traces*) — временные связи в коре мозга, служащие физиологической основой запоминания, сохранения и воспроизведения. Возникновение следов памяти обуславливается реальными связями предметов и явлений, в частности их связями в пространстве и во времени, отношениями сходства и различия между ними и т. д. Характеристики этих связей (прочность, [лабильность](#), помехоустойчивость и т. п.) определяются степенью участия соответствующего материала в деятельности субъекта, их значимостью для реализации целей.

Патогенез – механизм зарождения и развития болезни и отдельных ее проявлений.

Поведение – внешне наблюдаемая двигательная активность человека, включающая моменты неподвижности, исполнительное звено высшего уровня взаимодействия целостного организма с окружающей природой. Представляет собой целенаправленную систему последовательно выполняемых действий, осуществляющих практический контакт организма с окружающими условиями, опосредствующих отношения человека к тем свойствам среды, от которых зависит сохранение и развитие их жизни, подготавливающих удовлетворение потребностей организма,

обеспечивающих достижение определенных целей. Источником поведения являются потребности человека. Поведение осуществляется как единство психических – побудительных, регулирующих, отражательных звеньев (отражающих те условия, в которых находятся предметы потребностей и влечений) и исполнительных, внешних действий, приближающих или удаляющих организм от определенных объектов, а также преобразующих их. Поведение человека всегда общественно и обретает характеристики сознательной, коллективной, целеполагающей, произвольной и созидательной деятельности. На уровне общественно-детерминированной деятельности человека поведение обозначает также действия человека по отношению к обществу, другим людям и предметному миру, рассматриваемые со стороны их регуляции общественными нормами нравственности и права. Единицами поведения являются поступки (личностные формы поведения), в которых формируются и в то же время выражаются позиция личности, ее моральные убеждения.

Поведение типа «А» - это определенная совокупность характеристик, черт, которые обнаруживают себя в действии, в общении, в активном поведении. Характеризуется конкурентностью, стремлением к высоким достижениям, агрессивностью, враждебностью (нередко скрытой), торопливостью, нетерпением, тревожностью, напряженностью мышц лица, ответственностью, сильной вовлеченностью в работу; ускорение многих физических и психических функций, неспособность к релаксации.

Профессиональные вредности — различные факторы производства, оказывающие неблагоприятное воздействие на состояние здоровья и работоспособность человека. Производственные факторы, неблагоприятно влияющие на организм работающих, делят на опасные, воздействие которых может привести к травмам или к внезапному резкому ухудшению здоровья, и вредные - в определённых условиях вызывающие развитие заболевания или снижение работоспособности. Опасные и вредные производственные факторы подразделяются на химические, физические, биологические факторы производственной среды и психофизиологические факторы трудового процесса. К химическим факторам относятся органические и неорганические вещества и их соединения, поступающие в воздух рабочих помещений в виде аэрозолей, газов и паров. Физические факторы - повышенные и пониженные температура, влажность, подвижность воздуха (микроклимат), барометрическое давление, высокие уровни шума и вибрации, ультразвук, инфразвук, различные излучения, невесомость, статическое электричество, электромагнитные поля радиочастот и так далее. Биологические факторы - микробы, грибы, продукты микробиологического синтеза (кормовые дрожжи, антибиотики, гормоны, микробиологические средства защиты растений) и др. К психофизиологическим факторам относятся эмоциональное напряжение, динамические и статические перегрузки при подъёме и перемещении тяжестей, вынужденное положение тела при выполнении различных производственных операций, чрезмерное и длительное давление различных предметов на конечности и другие части тела, перегрузка отдельных систем организма (кровообращения, дыхания,

голосового аппарата, зрения, слуха и др.), недостаточная двигательная активность, чрезвычайно высокий темп работы.

Профессиональные дискинезии (координаторные неврозы) - являются группой нечастых, но своеобразных профессиональных заболеваний, которые встречаются среди профессий, работа которых связана со значительным напряжением определенной группы мышц и требующих высоко координированных, точных и быстрых движений часто в сочетании с психоэмоциональной нагрузкой. Считается, что заболевание чаще возникает у лиц с неустойчивостью центральной нервной системы и (или) слабыми звеньями в опорно-двигательном аппарате и др. В ряде случаев в качестве причин развития профессиональных дискинезий имеют значение перегруженность двигательного аппарата, эндогенное предрасположение, местная дисциркуляция крови, церебральный атеросклероз. Избирательное поражение функции рабочего органа, то есть поражение одной только основной рабочей функции, при сохранении (по крайней мере, в начальных стадиях заболевания) функциональной полноценности другого органа во всех других отношениях. Например, нарушение рабочей функции руки - нарушается профессиональный навык (письмо и т.д.), но другие функции руки остаются сохраненными.

Профессиональный кризис – в своем профессиональном развитии специалист проходит ряд критических этапов - кризисов, в эти периоды меняется его поведение, мотивация труда, отношение к работе, эмоциональное состояние. Факторы профессиональных кризисов: неудовлетворенность своим положением, статусом; неудовлетворенность социально-экономическими условиями жизнедеятельности организации (сокращение рабочих мест, ликвидация, переезд); психофизиологические и возрастные изменения (ухудшение здоровья, снижение трудоспособности, синдром «эмоционального выгорания»); чрезмерная поглощенность профессиональной деятельностью, трудоголизм; изменение жизненной ситуации (переезд, перерыв в работе, служебный роман). Фазы профессиональных кризисов: предкритическая — проблемы не всегда осознаются, но проявляются в психологическом дискомфорте на работе, раздражительности, недовольстве организацией, оплатой труда, руководителем; критическая - осознанная неудовлетворенность работника. Поиск вариантов изменения ситуации, рассмотрение альтернатив дальнейшей профессиональной деятельности. Усиление психической напряженности, усиление противоречий, увеличение конфликтов. На этой фазе выделяют три типа конфликтов: мотивационный, обусловленный потерей интереса к работе, потерей профессиональных перспектив, когнитивно-деятельностный, обусловленный неудовлетворенностью способом осуществления профессиональной деятельности, поведенческий, обусловленный неудовлетворенностью в межличностных отношениях, социально-профессиональным статусом, положением в группе, уровнем заработной платы; посткритическая — разрешение кризиса, который имеет три типа последствий: конструктивные, профессионально-нейтральные и деструктивные.

Психика – (от греч. *psychikos* – душевный) - форма активного отражения субъектом объективной реальности, возникающая в процессе взаимодействия высокоорганизованных живых существ с внешним миром и осуществляющая в их поведении (деятельности) регулятивную функцию. Основная функция психики заключается в поиске на основе возникшей потребности определенных движений и действий, нацеленных на ее удовлетворение, опробовании этих двигательных актов, приводящем к формированию обобщенного образа реальной ситуации и в контроле за реализацией движений, осуществляемых в плане уже сформировавшегося образа реальности.

Психическая ригидность – свойство человека, представляющее собой интегральный, наиболее общий показатель открытости психологической системы; относительная неспособность личности в случае требований объективной ситуации изменить элемент или всю программу своего поведения.

Психические познавательные процессы - совокупность явлений, которые позволяют человеку изучать окружающий мир, других людей, самого себя.

Психические процессы – динамические психические явления, обуславливающие отражение и осознание человеком воздействий окружающего мира. Виды психических процессов: познавательные (ощущение, восприятие, мышление, сознание, речь, внимание, память, воображение); эмоциональные (эмоции, чувства, аффекты); волевые (борьба мотивов, принятие решений, постановка цели). Психические процессы относятся к категории психических явлений – то есть они доступны непосредственному наблюдению, в том числе и неквалифицированному. При этом обычно наблюдателем рефлексировается не сам процесс "в чистом виде", а его характеристики, отклонения от нормы. Примеры: 1. Человек внимателен/рассеян, его внимание сконцентрировано на этом или на этом; 2. Память развита хорошо/плохо, у одного человека хорошо развита память на лица, а у другого на слова; 3. Один человек эмоционально уравновешен, а другой нет, у одного эмоция радости, а у другого – удивления; 4. Между одними людьми любовь и согласие, другие относятся друг к другу с отвращением; 5. В одни периоды кто-то может быть упрямым и настойчивым, в другие – вялым и апатичным и т.д.

Психические свойства личности - устойчивые психические явления, существенно влияющие на деятельность человека и характеризующие его главным образом с социально-психологической стороны. Другими словами, это психические явления, которые реализуются в определенном социуме (социальной группе или во взаимоотношениях с другими людьми). В их структуру входят направленность, темперамент, характер и способности.

Психические образования — это психические явления, формирующиеся в процессе приобретения человеком жизненного и профессионального опыта, в содержание которых входит особое сочетание знаний, навыков и умений. Они представляют собой результат жизненного опыта и специальных упражнений человека и позволяют выполнять любую

деятельность автоматизировано, без особых затрат умственной и двигательной энергии. К психическим образованиям обычно относят знания, навыки и умения.

Психическое состояние – это целостная характеристика психической деятельности за определенный период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности. Психические состояния, как и прочие явления психической жизни, имеют свою причину, которая заключается чаще всего в воздействии внешней среды. По существу, любое состояние есть продукт включения субъекта в какой-либо род деятельности, в ходе которой оно формируется и активно преобразуется, оказывая при этом взаимное влияние на успешность данной деятельности. Непрерывно сменяясь, психические состояния сопровождают протекание всех психических процессов и видов деятельности человека.

Психогенные факторы - (от греч. *psyho* - душа и *geneia* - происхождение, возникновение) - это факторы, вызывающие психологические травмы, то есть нарушения, возникающие как реакция на тяжелую жизненную ситуацию (психологические травмы).

Психограмма – отражает информацию о тех требованиях, которые предъявляет профессия к психологическим качествам и свойствам человека.

Психологическая защита - психогенные (имеющие корни в психике) способы избавления неприятных переживаний, имеющих объективные корни, личностное значение, но без решения реальных проблем, через тот или иной вид самообмана. Это своеобразный механизм, который запускается у человека, когда он испытывает сильные переживания, стресс или волнение.

Психологическая мобилизация – (от лат. *mobilis* – подвижный) - временная активация качеств личности (главным образом моральных и волевых), помогающих высококачественному выполнению определенной деятельности. Ее цель не формирование стойких свойств личности, а формирование на основе имеющихся свойств личности определенных и полезных для ожидаемой или выполняемой деятельности психических состояний. Эти состояния, усиливая (пусть хотя бы и временно) нужные свойства личности, обеспечивают более успешное выполнение деятельности.

Психологический кризис - это переломный этап в жизни личности, рубеж между старым и новым опытом, качественный переход из одного состояния в другого. Он, как и всякое изменение, имеет два вида детерминации: внутреннюю, обусловленную постепенными внутренними изменениями, которые приводят к качественному прыжку, и внешнюю, обусловленную обстоятельствами жизни, сложностями межличностных отношений, которыми значащими жизненными событиями и т.д. Внутренняя детерминация связана с изменениями в личности человека, когда формируются представление о себе как носителя новых психологических ролей, когда формируется потребность стать субъектом новой роли, для которой еще не созданы объективные условия. Если новая жизненная роль не может реализоваться в ролевом поведении, это может стать причиной

довольно важного жизненного кризиса, который может иметь более серьезные последствия. Внешняя детерминация связана с изменениями обстоятельств жизни человека, когда существующие жизненные роли человека вступают в разногласие с социальными ролевыми ожиданиями, когда эти роли теряют значение в жизни человека и должны замениться другими. Ситуация, когда возникает необходимость менять жизненные роли, которые еще не отжили, также становится причиной жизненного кризиса, который состоит в трудностях рождения новых жизненных ролей человека.

Психодинамический подход - мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Основы этого подхода были заложены Зигмундом Фрейдом, который сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и невидимую, – бессознательное.

Психометрический подход - стандартизированные процедуры обследования и обработки получаемых данных, наличие возрастных и социально-культурных нормативов, позволяющие получить данные об обследуемом в со среднестатистической нормой соответствующей выборки. При этом все используемые методики должны соответствовать всем критериям психометрики (как минимум, должны быть репрезентативны, надежны, валидны).

Психологический тест – основа психологического тестирования; стандартизированная система испытаний, позволяющая обнаружить и измерить качественные и количественные индивидуально-психологические различия.

Психологическое тестирование – метод измерения и оценки психологических характеристик человека с помощью специальных техник. Предметом тестирования могут быть любые психологические характеристики человека: психические процессы, состояния, свойства, отношения и т.п.

Резистентность организма – (от лат. *resistentia* – сопротивление, противодействие) – сопротивляемость (устойчивость, невосприимчивость) организма к воздействию различных факторов.

Респондент – лицо, отвечающее на анкету социологического или методику психологического исследования.

Саморегуляция – 1. Целесообразное, относительно соответствующее изменяющимся условиям установление равновесия между средой и организмом; 2. Процесс управления человеком собственными психологическими и физиологическими состояниями, а также поступками; 3. Целесообразное функционирование живых систем разных уровней организации и сложности.

Саморегуляция психическая - один из уровней регуляции активности этих систем, выражающим специфику реализующих ее психических средств отражения и моделирования действительности, в том числе рефлексии. Она реализуется в единстве своих энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов.

Сенсорная депривация - (от лат. *sensus* — чувство, ощущение и *deprivatio* — лишение) — это частичное или полное снижение чувствительности одного или более органов чувств. Сенсорная депривация способна вызвать у человека длительную депрессию, психические нарушения. Длительная депривация может привести к дегенеративным изменениям нервных клеток или их органическим изменениям. В умеренных дозах оказывает расслабляющий эффект, провоцирует быструю обработку информации, стабилизирует психику, улучшает восприятие сигналов.

Симптом - (от греч. *symptoma* - совпадение, случай, признак) - признак заболевания нарушения, обнаруживаемый с помощью разнообразных методов исследования и используемый для диагностики и (или) прогноза заболевания (нарушения).

Синдром - (от греч. *syndrome* - стечение, скопление) — устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом (механизмом зарождения и развития болезни/нарушения и их отдельных проявлений). Синдром может составлять клиническую картину болезни (нарушения) или ее части, будучи при этом проявлением патологии одной системы или органа.

Соматогении - относятся к категории экзогенных психических нарушений и возникают вследствие воздействия на психическую сферу.

Среднее значение (выборочное среднее, среднее арифметическое) — определяется как сумма всех значений измеренного признака, деленная на количество суммированных значений.

Стандартное отклонение — степень отклонения данных наблюдений или множеств от среднего значения. Небольшое стандартное отклонение указывает на то, что данные группируются вокруг среднего значения, а значительное — что начальные данные располагаются далеко от него.

Стресс — неспецифическая ответная реакция организма на различного рода раздражители, помогающая ему приспособиться к изменяющимся условиям. Характер протекания стрессовой реакции зависит от многих факторов, важнейшими из которых являются личностные особенности и физиологические параметры организма человека.

Стандартизация (в психологии) — стандартизация данных, полученных с помощью той или иной психологической методики — это процесс создания стандартных тестовых шкал или стандартизированных шкал. В результате стандартизации создаются тестовые нормы.

Субъект деятельности — индивидуальный (или коллективный), обладает определенными целями, предвосхищающими [результат](#), притязаниями, предвосхищающими субъективную или (и) объективную [успешность деятельности](#), готовностью инициативой, включающей не только мотивацию, но [представление](#) о способе ее реализации в организуемом им контуре (пространстве) деятельности, ответственностью за организацию этого контура в соответствии со своими возможностями, способностями, объективными условиями и требованиями деятельности, ответственностью за последствия деятельности. Чтобы стать субъектом деятельности личность изменяет всю свою организацию, использует все свои психические

возможности и [способности](#), как ресурсы для оптимального осуществления деятельности. [Субъект деятельности в акмеологии](#) – это личность профессионала, обладающая определенными знаниями, умениями и способная целесообразно использовать свои личностные, психические профессиональные ресурсы. Субъект структурирует деятельность согласно своему профессионализму и компетентности из совокупности задач, соединяющих условия, требования деятельности и ресурсы их решения, выстраивает их последовательность по времени и иерархию по значимости и одновременно путем саморегуляции обеспечивает оптимальное и целостное функционирование всех своих психических и личностных ресурсов, осуществляет психологическое обеспечение деятельности субъективно и объективно оптимальным образом, строит варианты ее моделей, добывает необходимую информацию. Субъект деятельности характеризуется активностью, имеющей две формы – инициативу и [ответственность](#), последняя заключается в гарантировании достижения результата своими (или коллективно) организованными усилиями при непредвиденных трудностях и препятствиях, сохраняя заданный качественный [уровень](#) деятельности и обеспечивая заданный срок ее завершения. Субъекту деятельности присущи две основные функции – [организация](#) деятельности и [самоорганизация](#), минимизация их расхождений и [способность](#) разрешения противоречий, возникающих в результате несовпадения условий, требований деятельности и субъективных возможностей. Для акмеологического понимания субъекта деятельности существенны характеристики субъекта как профессионала – [профессионализм](#), мастерство, [компетентность](#), способность использования знаний, умений, навыков, опыта для психологического обеспечения деятельности (наличия адекватных притязаний, мотивации достижения, способностей готовности и т. д.), а также характеристики самой деятельности как профессиональной – ее алгоритм, профессиограмма, [акмеограмма](#), включающие типы задач, способы их решения, типы противоречий, конфликтов и способы принятия решений, временные режимы деятельности ([дефицит](#), лимит, нормативно заданное, избыточное и неопределенное по сроку завершения [время](#) деятельности). Важнейшим в акмеологическом определении субъекта деятельности является практическое обеспечение его развития в деятельности, ее осуществление оптимальным и эффективным путем, подразумевая под эффективностью и объективный результат и его субъективную приемлемость, т. е. удовлетворенность. Развитие личности и совершенствование субъекта деятельности взаимосвязаны и осуществляются как на этапе профессиональной подготовки (в широком смысле слова), так и на этапе осуществления профессиональной деятельности. В последнем случае существенны по крайней мере три условия – наличие и конструктивное использование опыта, [развитие](#) социального и профессионального мышления, [рефлексия](#) своего способа деятельности, и акмеологическая поддержка (в ее самых различных формах и степенях).

Тревога – переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, предчувствием грозящей опасности. В отличие от страха, как реакции на конкретную, реальную опасность, тревога –

переживание неопределенной, диффузной, безобъективной угрозы. Различают ситуативную тревогу, характеризующую состояние субъекта в определенный момент; выделяют также «объективную», «реальную» тревогу и тревогу «неадекватную» или собственно тревогу, проявляющуюся при нейтральных, не угрожающих условиях.

Тревожного ряда явления – понятие, введенное Ф.Б. Березиным (1967, 1988) – эмоциональные состояния, закономерно сменяющие друг друга по мере возрастания и нарастания тревоги. Наименьшую интенсивность тревоги выражает ощущение внутренней напряженности, являющееся первым уровнем явлений тревожного ряда – выражается в переживаниях напряженности, настороженности, дискомфорта; это ощущение не несет в себе признака угрозы, а служит сигналом приближения более выраженных тревожных явлений; данный уровень тревоги имеет наибольшее адаптивное значение. На втором уровне гиперстезические реакции – сменяют ощущение внутренней напряженности или присоединяются к нему; ранее нейтральные стимулы приобретают значимость, а при усилении – отрицательную эмоциональную окраску; на этом основывается недифференцированное реагирование, определяемое как раздражительность. Третий уровень – тревога. Четвертый уровень – страх, возникающий при нарастании тревоги и проявляется в опредмечивании, конкретизации неопределенной опасности, при этом объекты, с которыми связывается страх, не обязательно отражают реальную причину тревоги, действительную угрозу. Пятый уровень – ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы – возникает в результате продолжающегося нарастания тревоги и выражается в переживании невозможности избежать опасности, неминуемой катастрофы, ужасе, при этом данное переживание связано не с содержанием страха, а лишь с нарастанием тревоги; подобные переживания может вызвать и неопределенная, но очень сильная тревога. Наиболее высокий уровень явлений тревожного ряда – тревожно-боязливое возбуждение, выражающееся в потребности двигательной разрядки, паническом поиске помощи; дезорганизация поведения и деятельности, вызываемое тревогой достигает при этом своего максимума.

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения. Рассматривается как личностное образование и (или) как свойство темперамента, обусловленное слабостью нервных процессов.

Труд — целесообразная, сознательная деятельность человека, направленная на удовлетворение потребностей индивида и общества. В процессе этой деятельности человек при помощи орудий труда осваивает, изменяет и приспособляет к своим целям предметы природы, использует механические, физические и химические свойства предметов и явлений природы и заставляет их взаимно влиять друг на друга для достижения заранее намеченной цели.

Трудовая деятельность – это жестко фиксированный во времени и пространстве целесообразный ряд операций и функций, совершаемых людьми, объединенными в трудовые организации и является разновидностью их социального поведения. Трудовая деятельность работников обеспечивает решение ряда задач: 1. Создание материальных благ как средств жизнеобеспечения человека и общества в целом; 2. Оказание услуг различного целевого назначения; 3. Разработка научных идей, ценностей и их прикладных аналогов; 4. Накопление, консервация, переработка и анализ, передача информации и ее носителей; 5. Развитие человека как работника и как личности др. Трудовая деятельность независимо от способа, средств и результатов характеризуется рядом общих свойств: определенным функционально-технологическим набором трудовых операций; набором соответствующих качеств субъектов труда, зафиксированных в профессиональных, квалификационных и должностных характеристиках; материально-техническими условиями и пространственно-временными рамками реализации; определенным способом организационно-технологической и экономической связи субъектов труда со средствами условиями их реализации; нормативно-алгоритмизированным способом организации, при посредстве которого формируется поведенческая матрица индивидов, включенных в производственный процесс (организационно-управленческой структурой). Каждый вид трудовой деятельности можно выделить две основные характеристики: психофизиологическое содержание (работа органов чувств, мышц, процессы мышления и т. п.); и условия, в которых осуществляется трудовая деятельность. Структура и уровень физических и нервных нагрузок в процессе трудовой деятельности определяются этими обеими характеристиками: физические – зависят от уровня автоматизации труда, его темпа и ритма, конструкции и рациональности размещения оборудования, инструмента, оснастки; нервные – обусловлены объемом перерабатываемой информации, наличием производственной опасности, степенью ответственности и риска, монотонностью труда, взаимоотношениями в коллективе.

Уровень значимости (р-уровень значимости) – основной результат проверки статистической гипотезы. Это вероятность получения результата выборочного исследования при условии, что на самом деле в генеральной совокупности связи нет. Иначе говоря, это вероятность того, что обнаруженная связь носит случайный характер, а не является свойством совокупности. Именно статистическая значимость (р) является количественной оценкой надежности связи – чем меньше эта вероятность, тем надежнее связь.

Успешность профессиональной деятельности – характеристика деятельности, включающая в себя производительность труда, качество продукции, скорость, безошибочность трудовых действий и т.д. При оценке успешности деятельности следует учитывать физиологические затраты, которые необходимы для решения профессиональных задач.

Факторы риска – (лат. *factor* — делающий, производящий) — понятие, обозначающее широкий круг условий, способных оказывать

неблагоприятное влияние на развитие того или иного проявления. В отличие от однозначно вредоносных воздействий, факторы риска — это такие условия, опасное действие которых носит вероятностный характер, т.е. означает не неизбежность, а лишь более или менее вероятную угрозу возникновения отрицательных последствий.

Фрустрация — это психическое состояние, возникающее в случае, когда человек на пути к достижению цели сталкивается с препятствиями, которые непреодолимы для него или воспринимаются как таковые.

Функциональные нарушения — в узком смысле это расстройства, обычно психогенной природы, имитирующие неврологические или соматические заболевания, характер или выраженность которых, однако, не удается объяснить определенными структурными или метаболическими изменениями в организме. Имеют прогрессирующий характер, не приводят к серьезным осложнениям, изменениям под влиянием психологических воздействий.

Функциональные системы организма — динамические, саморегулирующиеся центрально-периферические организации, обеспечивающие своей деятельностью полезные для метаболизма организма и его приспособления к окружающей среде результаты. Для достижения полезных для организма результатов в функциональных системах избирательно объединяются элементы разных уровней. В организме это ткани различных органов, механизмы нервной и гуморальной регуляции. Регуляторные взаимоотношения, свойственные функциональным системам, обеспечивают необходимую адаптивную устойчивость результатов их деятельности и взаимодействие отдельных элементов для достижения полезных результатов для всего организма в целом. Их роль могут выполнять результаты метаболических реакций в тканях, а также различные показатели внутренней среды организма, обеспечивающие разные стороны метаболических процессов; результаты поведенческой деятельности, удовлетворяющие ведущие биологические потребности живых существ в воде, пище, размножении, избегании опасности и т.д.; удовлетворение биологических потребностей, получение образования, удовлетворение духовных потребностей, защиту общества и т.д., то есть на достижение человеком социально значимых результатов (специальные функциональные системы социального уровня). Функциональные системы поведенческого и особенно психического уровня, как правило, складываются по мере формирования у субъектов специальных потребностей и формируются в значительной степени в процессе обучения. Избирательное становление функциональных систем и их отдельных частей в процессе онтогенеза получило название системогенеза. Общим принципом динамической организации функциональных систем является принцип саморегуляции. Отклонение результата деятельности функциональных систем от уровня, обеспечивающего оптимальную жизнедеятельность организма, стимулирует активность в рамках функциональных систем цепи процессов, направленных на возвращение этого результата к оптимальному уровню. Любая функциональная система имеет принципиально однотипную организацию и

включает общие (универсальные для разных функциональных систем), периферические и центральные узловы механизмы. К ним относятся: полезный приспособительный результат как ведущее звено функциональных систем; рецепторы результата; обратная афферентация, идущая от рецепторов результата в центральные образования функциональных систем; центральная архитектура, представляющая собой избирательное объединение нервных элементов различных уровней; исполнительные (соматические, вегетативные, эндокринные, а также поведенческие) компоненты.

Цена деятельности (в инженерной психологии) - понимается в узком смысле как напряженность физиологических функций и психических процессов, обеспечивающих реализацию определенного качества деятельности.

Экспертная оценка - это диагностический метод измерения, с помощью которого качественные особенности психических явлений получают свое выражение в виде оценок. Суть экспертного оценивания состоит в формализованном выражении объективной информации о поведении и качествах личности в ряде субъективных мнений и оценок. Этот метод может быть широко использован для оценки качеств личности при составлении психологических характеристик.

Экстремальные факторы – (от лат. *extremus factor* – крайние точки, критическое состояние, чрезвычайный, тяжелый). Факторы (ситуации), к которым человек еще не адаптирован и не готов действовать в их условиях. Любой фактор, доза воздействия (интенсивность, продолжительность и т.д.) которого превышает допустимую для определенного организма величину, выступает в качестве экстремального и обуславливает развитие состояний нарушения адаптации. В данное определение могут быть объединены многие факторы, неадекватные врожденным или приобретенным свойствам организма, значимо неблагоприятные для повседневной жизни и трудовой деятельности, определяющие неадекватное поведение. Таковыми могут быть: «чрезвычайные раздражители» по И.П. Павлову, «стрессоры», «стресс-факторы» по Г. Селье, «фрустраторы» по Н.Д. Левитову, С. Розенцвейгу и т.д.

Эмоциональные процессы - (от лат. *emoveo* — потрясаю, волну) — психофизиологический процесс, мотивирующий и регулирующий деятельность (поведение, восприятие, мышление), отражающий субъективное значение объектов и ситуаций, и представленный в сознании в форме переживания. Среди эмоциональных процессов выделяют аффекты, эмоции, чувства и настроения.

Эмпирическое нормальное распределение - это распределение, полученное опытным путем на основе статистического (психологического) исследования.

Этиопатогенез – совокупность представлений о причинах и механизмах развития болезни.

«Я-концепция» («Я-образ») – система представлений индивида о самом себе; осознаваемая, рефлексивная часть личности. Эти представления

о самом себе в большей или меньшей степени созданы и обладают относительной устойчивостью, зафиксированы в словесной форме. Эта концепция - результат познания и оценки самого себя через отдельные образы себя в условиях самых разнообразных реальных и фантастических ситуаций, а также через мнения других людей и соотнесения себя с другими.