

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

На правах рукопису

ШЕЛЕГ ЛІЛЯ СЕРГІЇВНА

УДК 159:351.745.5

**ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАТУС ОСОБИСТОСТІ
ПРАЦІВНИКА НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ**

19.00.06 – юридична психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня
доктора психологічних наук

Науковий консультант:

Максименко Сергій Дмитрович,

доктор психологічних наук,

професор, дійсний член

Національної академії педагогічних
наук України

Київ – 2016

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ГНОСЕОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАТУСУ ОСОБИСТОСТІ ПРАЦІВНИКА НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ	18
1.1. Психосоматичний статус особистості: історіографія та сучасний стан	19
1.2. Методологічні підходи у дослідженні психосоматичного статусу особистості	42
Висновки до розділу 1	70
РОЗДІЛ 2 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ЇХ СТРЕСОГЕННА СУТНІСТЬ	73
2.1. Соціальні детермінанти діяльності Національної поліції України	74
2.2. Соціально-психологічні детермінанти діяльності Національної поліції України	99
2.3. Вплив стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника	121
Висновки до розділу 2	146
РОЗДІЛ 3 ОСОБИСТІСНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ	149
3.1. Емоційно-вольова сфера особистості як підґрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України	150
3.2. Характерологічні особливості особистості, що сприяють виникненню психосоматичних розладів	186

3.3. Особливості «Я-образу» як детермінанта виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України	210
Висновки до розділу 3	242
РОЗДІЛ 4 ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАХОДИ ТА НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ	247
4.1. Соціальний захист працівників Національної поліції України як засіб протидії психосоматичним розладам	248
4.2. Упровадження принципів здорового способу життя та концепції збереження здоров'я особистості в діяльність Національної поліції України	268
Висновки до розділу 4	292
РОЗДІЛ 5 НАПРЯМИ ТА ЗАСОБИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ	295
5.1. Удосконалення критеріїв професійного психологічного відбору та психологічна підготовка працівників Національної поліції України	296
5.2. Можливості психологічного супроводження та психологічної корекції станів особистості, що спричиняють психосоматичні розлади	315
5.3. Медико-психологічна реабілітація осіб, які страждають на психосоматичні розлади	333
Висновки до розділу 5	355
ВИСНОВКИ	358
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	371
ДОДАТКИ	404

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВНЗ – вищі навчальні заклади

ЗМІ – засоби масової інформації

МВС – Міністерство внутрішніх справ України

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

МНС – Міністерство надзвичайних ситуацій України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НПУ – Національна поліція України

ООН – Організація об'єднаних націй

ПС – патрульна служба

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

США – Сполучені штати Америки

ВСТУП

Актуальність теми. Шлях розвитку сучасної України в напрямі побудови демократичної держави визначає необхідність складного та, подекуди, болючого реформування всіх сфер суспільного життя, у тому числі правоохоронної системи. Останніми роками МВС України задекларувало рішучі кроки в зазначеному напрямі, що стосуються поглиблення процесу демократизації та прозорості діяльності Національної поліції України, оптимізації її штатної чисельності, упровадження якісно нових підходів до залучення кадрів та їх професійної підготовки.

Необхідність гуманістичного спрямування діяльності Національної поліції України не викликає сумнівів ні в керівництва держави, ні в самих працівників, ні в громадян, які є об'єктом профілактики, правоохорони та правозастосування. Утім, незважаючи на безумовно соціономічний характер діяльності, поза межами уваги процесу реформування залишається низка проблем, що стосуються суб'єкта діяльності. Інколи складається враження, що працівник, оскільки його було зараховано на службу внаслідок успішного проходження процедури професійного, у тому числі професійно-психологічного відбору, бере на себе зобов'язання впродовж усього терміну професіогенезу перебувати в найкращій фізичній та психологічній формі, щоб виконувати свої професійні обов'язки в стресогенних умовах. Але насправді таких зобов'язань бути не може: зміст та умови діяльності здатні чинити як позитивний, так і негативний вплив на особистість, визначаючи відповідний вектор розвитку та динаміку її психосоматичного статусу. Тому зростаючі вимоги держави і суспільства до ефективності протидії злочинності та охорони публічного порядку повинні супроводжуватися проведенням наукових практичних досліджень щодо всієї сукупності детермінант та чинників професіогенезу суб'єкта правоохоронної діяльності.

Проблему суб'єкта професійної діяльності достатньою мірою представлено в психологічній науці: різним її аспектам присвячено роботи К. О. Абульханової-Славської, Б. Г. Ананьєва, Л. І. Анциферової, О. О. Бодальова, В. О. Бодрова, Л. С. Божович, Л. С. Виготського, Ю. М. Забродіна, Є. Ф. Зеєра, Є. О. Климова, В. С. Мерліна, С. Л. Рубінштейна, Д. М. Узнадзе, В. Д. Шадрикова та ін. У вітчизняній психологічній науці її розглядали Г. С. Костюк, С. Д. Максименко, В. О. Татенко, Т. М. Титаренко, О. М. Ткаченко та ін.

Вивченню як окремих аспектів, так і комплексному дослідженню психології суб'єкта правоохоронної діяльності присвячено праці Д. О. Александрова, В. Г. Андросюка, В. І. Барка, Л. І. Казміренко, О. І. Кудерміної, М. В. Костицького, Т. М. Малкової, В. С. Медведєва, С. А. Тарарухіна, О. П. Хохліної, О. М. Цільмак С. І. Яковенка та ін.

У предметному полі психосоматики проблему особистості досліджували як психологи, так і психіатри – Ф. Александер, Ю. Ф. Антропов, В. Бройтигам, О. С. Долженко, Б. Любан-Плоцца, К. С. Максименко, В. Д. Менделевич, А. Менегетті, Н. Пезешкіан, П. Т. Петрюк, М. Є. Сандомирський, К. В. Сельченко, П. І. Сидоров, Г. В. Страшенбаум, Ю. Б. Тарновський та ін.

Незважаючи на значний доробок попередників, у сучасній юридичній психології відсутні комплексні дослідження, присвячені проблемі психосоматичного статусу суб'єкта правоохоронної діяльності. Водночас модель здоров'я особистості передбачає не лише відсутність захворювань або анатомічних дефектів, а і її психічне, фізичне та соціальне благополуччя. Твердження про те, що здоров'я особи значною мірою визначається способом її життєдіяльності та ставленням до життя і самої себе, не викликає заперечень ні на рівні здорового глузду, ні на рівні інтерпретації наукових фактів.

Звертаючись до змісту та умов професійної діяльності, можемо стверджувати, що діяльність поліції належить до екстремальних і психологічно напружених. Наявні професійні ризики спричиняють значні психоемоційні навантаження та створюють потенційну загрозу фізичному і психічному

благополуччю працівників. Тому самостійним феноменом, що потребує детального вивчення, повинна стати схильність особи до психосоматичних розладів як психологічної передумови розвитку психосоматичних захворювань (психосоматозів), до яких належать: гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця, неспецифічний виразковий коліт (Ю. Ф. Антропов, Б. Д. Карвасарський, С. А. Кулаков). Специфічна особливість психосоматичних розладів полягає в тому, що вони обумовлюються психічними чинниками, а настання та перебіг психосоматичних захворювань значною мірою визначається ступенем несприятливості навколишнього середовища та ставленням особи до свого психосоматичного статусу.

Отже, реформування системи МВС України не має бути спрямовано лише на вдосконалення правових та організаційних засад професійної діяльності. Важливим є наукове обґрунтування процесу підтримання на оптимальному рівні психосоматичного статусу працівників Національної поліції України, де юридико-психологічний аспект полягає у вивченні сутності психосоматичних розладів та розробленні рекомендацій щодо шляхів і засобів їх психологічної профілактики. Означені положення визначають актуальність обраної теми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано відповідно до Концепції психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів і підрозділів внутрішніх справ України, затвердженої рішенням колегії МВС України від 3 лютого 1997 р. № 2 КМ/2; Концепції та Програми реформування системи освіти МВС України та підвищення якості підготовки фахівців для органів внутрішніх справ, затверджених наказом МВС України від 28 жовтня 2007 р. № 411; Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», затвердженої Указом Президента України від 12 січня .2015 р. № 5/2015; Концепції реалізації державної політики у сфері профілактики правопорушень на період до 2015 р., затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2011 р. № 1209-

р; Переліку пріоритетних напрямів наукового забезпечення діяльності органів внутрішніх справ України на період 2010–2014 рр., затвердженого наказом МВС України від 29 липня 2010 р. № 347, та планів науково-дослідних робіт Національної академії внутрішніх справ на 2013–2015 рр. Тему дисертації затверджено рішенням Вченої ради Національної академії внутрішніх справ від 30 жовтня 2014 р. (протокол № 20), схвалено Міжвідомчою радою з координації наукових досліджень з педагогічних та психологічних наук в Україні Національної академії педагогічних наук України (протокол № 2 від 24 березня 2015 р.) та уточнено рішенням Вченої ради Національної академії внутрішніх справ від 23 червня 2016 р. (протокол № 14).

Мета і задачі дослідження. *Мета* роботи полягає у виявленні особливостей психосоматичного статусу працівника Національної поліції України, теоретичному розробленні та практичному обґрунтуванні концептуальних засад, напрямів і засобів психологічного забезпечення профілактики психосоматичних розладів працівників поліції.

Для досягнення зазначеної мети було поставлено такі *задачі*:

- висвітлити історію становлення концепції психосоматичних розладів та систематизувати сучасні теоретичні підходи до їх дослідження в контексті професійної діяльності;
- визначити методологічні підходи в дослідженні психосоматичного статусу особистості;
- охарактеризувати соціальні детермінанти діяльності Національної поліції України;
- встановити соціально-психологічні детермінанти професійної діяльності;
- узагальнити концептуальні засади впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника;
- виявити емоційно-вольові особливості особистості, що виступають як підґрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України;

- розкрити характерологічні особливості особистості, що сприяють виникненню психосоматичних розладів;
- визначити особливості «Я-образу» як детермінанти виникнення психосоматичних розладів у працівників;
- охарактеризувати організаційно-правові заходи профілактики психосоматичних розладів працівників;
- запропонувати науково-методичні засади профілактики психосоматичних розладів працівників;
- обґрунтувати необхідність удосконалення критеріїв професійного психологічного відбору до Національної поліції України;
- узагальнити теоретичні засади психологічного супроводження та психологічної корекції станів особистості, що спричиняють психосоматичні розлади;
- запропонувати концепцію медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади.

Об’єкт дослідження – особистість працівника Національної поліції України.

Предмет дослідження – психосоматичний статус особистості працівника Національної поліції України.

Методи дослідження. Методологічною основою дисертаційного дослідження слугували: загальні підходи психологічної науки (антропологічний, гуманістичний, синергетичний), загальнонаукові принципи (усебічності, об’єктивності, комплексності, конкретності та ін.) та принципи психології (детермінізму, єдності свідомості та діяльності, розвитку, системно-структурного аналізу, активності), положення щодо комплексного вивчення людини (Б. Г. Ананьєв, О. Г. Асмолов, Л. С. Виготський, Г. С. Костюк, О. М. Леонтьєв, С. Д. Максименко, В. С. Мерлін, В. О. Татенко, О. М. Ткаченко, В. В. Рибалка, С. Л. Рубінштейн та ін.).

Під час проведення дослідження для вирішення поставлених задач використано комплекс теоретичних методів наукового пізнання: *історико-*

генетичний – для аналізу концептуальних витоків і тенденцій становлення психосоматичної проблеми, що дало змогу визначити підвалини подальшого розгляду (підрозділ 1.1); *системно-логічний* – при обґрунтуванні методологічних підходів у дослідженні психосоматичного статусу особистості (підрозділ 1.2), у процесі якого такі підходи розглянуто в контексті їхньої логічної несуперечливості, функціональної повноти та обґрунтованості; *структурно-функціональний* – для встановлення соціальних та соціально-психологічних детермінант діяльності Національної поліції України (підрозділи 2.1, 2.2), розуміння специфічності впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника (підрозділ 2.3); *експериментально-генетичний* та *метод структурно-функціонального моделювання* – у процесі емпіричного вивчення й узагальнення одержаних результатів стосовно емоційно-вольової сфери та характерологічних особливостей особистості, особливостей «Я-образу» як підґрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України (підрозділи 3.1, 3.2, 3.3); *порівняльний* – при встановленні значущості соціального захисту працівників й упровадження принципів здорового способу життя та концепції збереження здоров'я особистості в професійну діяльність як засобів протидії психосоматичним розладам (розділ 4); *аксіологічний* – для обґрунтування необхідності удосконалення критеріїв професійного психологічного відбору та організації психологічної підготовки працівників Національної поліції України (підрозділ 5.1); *акмеологічний* – для здійснення характеристики можливостей психологічного супроводження та психологічної корекції станів особистості, що спричинюють психосоматичні розлади (підрозділ 5.2), *праксеологічний* – при створенні та апробації програми медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади (підрозділ 5.3); *методи математичної статистики* (обрахування середніх значень, кореляційний аналіз за Ч. Спірменом) – для опрацювання результатів емпіричного дослідження, кількісно-якісного аналізу даних (розділи 3, 4, 5).

Емпірична база дослідження реалізована за допомогою використання

трьох груп методів збору інтерпретаційного матеріалу: 1) методики вивчення особливостей емоційного інтелекту та емоційно-вольового реагування працівників на стресогенні чинники професійної діяльності (САН, опитувальник Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, колірний тест М. Люшера, опитувальник емоційного інтелекту Д. Люсіна (ЕмІн), Торонтська алекситимічна шкала (TAS-26), тест емоційного інтелекту Н. Холла (EQ), тест емоційного інтелекту (ЕмІq-2), методика Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0); 2) опитувальники, за допомогою яких встановлюються характерологічні особливості особистості, що сприяють виникненню психосоматичних розладів (Міннесотський багатовимірний особистісний опитувальник – MMPI та опитувальник Г. Айзенка – EPI); 3) методики, що дозволяють встановити детермінанти дезадаптивних процесів особистості (тест Т. Лірі – ДМВ та Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту – ООБІ).

Дослідження проводилось поетапно: на першому, пошуковому етапі (2008–2010 рр.) визначалися наукова проблема, підходи до її вирішення, принципи, методика і гіпотеза дослідження, здійснювалися систематизація, узагальнення теоретичних засад психологічного дослідження; на другому, експериментальному етапі (2010–2013 рр.), вивчалися особистісні передумови виникнення психосоматичних розладів у працівників; на третьому, узагальнювальному етапі (2013–2014 рр.), робилися висновки, здійснювалися апробація та впровадження результатів, визначалися подальші перспективи дослідження.

Загальна вибірка дослідження становила 337 осіб. Вона представлена 275 співробітниками МВС України зі стажем роботи понад п'яти років, з яких 102 особи мали ознаки психосоматичних розладів і докладно вивчалися за допомогою вищезначених методик¹. Вибірка формуючого експерименту – 62 особи (14 психотерапевтичних груп), які зверталися впродовж

¹Співробітники МВС України – атестовані працівники, які на момент проведення дослідження проходили службу в системі МВС України.

2010–2013 рр. до Психологічного центру ЛСК у зв'язку зі скаргами психосоматичного характеру.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що дисертація є першим в Україні монографічним дослідженням, присвяченим вивченню особливостей психосоматичного статусу працівника Національної поліції України. Зокрема:

вперше:

– визначено основні етапи становлення уявлень про психосоматичний статус особистості, а саме: I – з давніх часів до античної Греції, підсумком якого слід вважати поняття «ентелехія», запроваджене Аристотелем; II – XVII–XIX ст. – коли вважалося, що душевні і фізичні сили об'єднані суто в Божих руках; III – XIX ст. – здійснення перших спроб наукового вивчення впливу емоційних змін на здоров'я людини та пояснення причин низки захворювань психогеніями; IV – перша половина XX ст., що відзначилася становленням західноєвропейської, російської та американської шкіл психосоматики; V – від другої половини XX ст. і дотепер;

– окреслено методологічні підходи стосовно дослідження психосоматичного статусу особистості, що передбачає врахування загальних методологічних засад наукового пошуку (принципи об'єктивності, комплексності, конкретності, методологічного плюралізму та ін.); принципів, що визначають особливості наукового пошуку в межах психологічного знання (детермінізму, єдності свідомості й діяльності, розвитку); а також вибір сукупності методів, що забезпечують релевантність одержаних результатів сформульованим завданням. Це дозволяє комплексно використовувати аксіологічний, культурологічний, антропологічний, гуманістичний та синергетичний наукові підходи, тобто визначає парадигмальні уявлення суб'єкта пізнання;

– доведено, що схильність до психосоматичних розладів має нелінійну системно-динамічну детермінованість, тобто передбачає постійні зміни в співвідношеннях між її чинниками, причинами та умовами. Відповідно, динаміка особистості залежить не від окремих подій, а від їх сукупності –

ситуацій професійної діяльності, що визначає необхідність застосування особистісно-діяльнісної парадигми при дослідженні активності суб'єкта діяльності;

– обґрунтовано, що дезадаптація психічних процесів в осіб, схильних до психосоматичних розладів, стосується передусім емоційно-когнітивної сфери, що призводить до загального зниження адекватності функціонування психіки та виникнення психічної напруженості, далі – до зниження ефективності діяльності та її дезінтеграції, що може виявлятися в збудливій (метушливість, функціонально невиправдане звертання до раніше напрацьованих стереотипів дій) або гальмівній (уповільнення психічної активності, почуття байдужності та приреченості) формах;

– аргументовано суперечливість самооцінок функціонального стану в осіб, схильних до психосоматичних розладів, що зумовлюється бажанням оцінювати себе в соціально схвалюваній площині й недостатнім розумінням власних психосоматичних проблем;

– встановлено наявність взаємозв'язків між особливостями психоемоційних функціональних станів та енергетичним потенціалом особистості, що полягають у схильності до дискомфортного самопочуття через знижений настрій, активність, енергійність та схильність до ситуативної тривожності. За таких умов мотивація до професійної діяльності не має необхідного підкріплення, що сприяє зростанню ситуативної та особистісної тривожності й подальшому формуванню психосоматичного профілю особистості;

– виявлено витoki дисгармонійності та внутрішнього конфлікту осіб, схильних до психосоматичних розладів, представлені заниженою самооцінкою, незадоволеністю собою загалом, надлишком залежності від оточуючих, суперечливістю реального та ідеального «Я-образу», домінуванням інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування, високим рівнем тривожності та схильністю до її соматизації;

– надано рекомендації стосовно процедури психологічного

супроводження, що передбачає реалізацію психодіагностичного та корекційного етапів. На діагностичному етапі здійснюється: 1) визначення рівня стресостійкості працівника та його здатності до дій в умовах із різним рівнем екстремальності; 2) оцінювання актуального психосоматичного статусу; 3) визначення вектору та прогнозування інтенсивності негативних особистісних змін і станів, що можуть спричинятися умовами професійної діяльності. Сутність корекційного етапу полягає у: 1) формуванні професійно значущих якостей працівників, зокрема, стосовно їх емоційно-вольової сфери; 2) формуванні вмінь і навичок безконфліктного оцінювання життєвих ситуацій; 3) формуванні стресостійкості та корекції негативних психічних станів; 4) навчанні технікам і методам саморегуляції;

– запропоновано засади медико-психологічного супроводження осіб із психосоматичними розладами, основними формами якого є короткочасна психотерапія, спрямована на подолання працівником поліції травматичних спогадів і хворобливих переживань шляхом перетворення їх на контрольований зміст людського життєвого досвіду (debriefing), та довготривала психотерапія, що передбачає реалізацію комплексу заходів;

удосконалено:

– розуміння відмінностей у розвитку західноєвропейської і російської шкіл психосоматики на початку XX ст.;

– розмежування психосоматичних і соматопсихічних процесів;

– поняття та основні ознаки психосоматичних розладів;

– уявлення про співвідношення загального та емоційного інтелекту і структуру останнього;

– критерії диференціації проявів посттравматичних стресових та психосоматичних розладів;

– сутність емоційного вигорання та професійної деформації як детермінант соціальної та особистісної дезадаптованості;

– перелік об'єктів психопрофілактичних і корекційних впливів практичних психологів;

дістало подальший розвиток:

- концептуалізація психосоматичних поглядів першої половини ХХ ст.;
- характеристика основних груп чинників, що сприяють виникненню психосоматичних захворювань;
- опис соціальних детермінант, соціально-психологічних закономірностей і соціально-професійних суперечностей діяльності Національної поліції України та їх впливу на особистість працівника;
- обумовленість векторів негативної професійної самоідентифікації працівників у напрямі професійної деформації або психосоматичних розладів;
- визначення специфічності впливу стресогенних чинників професійної діяльності на особистість працівника;
- перелік стресогенних чинників діяльності Національної поліції України в сучасних умовах;
- принципи профілактики психосоматичних розладів;
- сутність методів і засобів психологічного забезпечення, спрямованих на зниження інтенсивності впливу на особистість психотравмуючих чинників професійної діяльності.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що матеріали дослідження впроваджено та може бути використано у:

практичній діяльності – при проведенні занять у системі службової підготовки Національної гвардії України (акт впровадження військової частини Національної гвардії України від 3 жовтня 2016 р. № 3021); при здійсненні заходів професійно-психологічної підготовки та психологічного супроводження працівників Національної поліції (акт впровадження Солом'янського УП ГУНП України в м. Києві від 12 червня 2016 р., акт впровадження Шевченківського УП ГУНП України в м. Києві від 10 липня 2016 р.); при вдосконаленні процесу професійно-психологічної підготовки та психологічного супроводження суддівських кадрів (акт впровадження апеляційного суду Чернівецької області від 16 вересня 2016 р.); при здійсненні психопрофілактичної роботи з постійним та перемінним складом Харківського національного університету внутрішніх

справ (акт впровадження відділення психологічного забезпечення відділу кадрового забезпечення Харківського національного університету внутрішніх справ від 1 грудня 2016 р.);

навчальному процесі та науково-дослідній роботі – при викладанні навчальних дисциплін «Юридична психологія», «Професійно-психологічна підготовка працівників Національної поліції», «Конфліктологія», «Психологічне забезпечення правоохоронної діяльності», а також під час самостійної та науково-дослідної роботи курсантів, студентів і слухачів (акти впроваджень Одеського державного університету внутрішніх справ від 25 травня 2015 р., Національної академії внутрішніх справ від 7 грудня 2015 р., Львівського державного університету внутрішніх справ від 18 липня 2016 р., Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича від 12 вересня 2016 р.); при визначенні перспективних напрямів наукових досліджень та підготовці науково-практичних рекомендацій для практичних психологів (акт впровадження лабораторії психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України від 20 грудня 2016 р.); при проведенні наукових розробок Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (акт впровадження Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України від 20 грудня 2016 р.).

Особистий внесок здобувача. Положення, що викладені в дисертації та виносяться на захист, розроблені автором особисто. Результати кандидатської дисертації здобувача повторно не виносяться на захист докторської.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та висновки дисертації оприлюднено автором у виступах на 21 науково-практичних заходах, зокрема, міжнародних конференціях: «Подготовка кадров милиции/полиции: современное состояние, проблемы, перспективы» (Київ, 2012); «Філософські, методологічні та психологічні проблеми права» (Київ, 2012); «Актуальні проблеми юридичної психології» (Київ, 2014); «Теорія та практика протидії злочинності в сучасних умовах» (Львів, 2014); «Актуальна юриспруденція»

(Київ, 2015); «Інноваційний потенціал світової науки – XXI сторіччя» (Запоріжжя, 2015); «Психологія переживання кризових подій» (Ніжин, 2015); «Правотворча та правозастосовча діяльність: теорія, практика, професійний досвід» (Київ, 2015); «Актуальні проблеми теоретичної та консультативної психології» (Київ, 2015); всеукраїнських та відомчих конференціях, конгресах з міжнародною участю, семінарах з міжнародною участю, круглих столах: «Проблеми та стан дотримання захисту прав людини в Україні» (Київ, 2012); «Актуальні проблеми ресоціалізації засуджених та осіб із відхиленнями у правовій свідомості» (Суми, 2014); «Процесуальні, криміналістичні та психологічні аспекти досудового розслідування» (Одеса, 2014); «Теоретико-прикладні засади конструктивної взаємодії поліції (міліції) і населення в соціумі» (Львів, 2014); «Особистість у сучасному світі» (Київ, 2014); «Проблеми особистості в освітньому просторі держави» (Львів, 2014); «Юридична психологія в Україні: здобутки та перспективи» (Київ, 2015); «Актуальні проблеми сучасної психології та педагогіки в діяльності вищих навчальних закладів МВС України» (Харків, 2015); «Роль правоохоронних органів у формуванні правової держави в умовах євроінтеграції України» (Київ, 2015); «Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції» (Київ, 2015); «Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції» (Київ, 2016).

Публікації. Основні положення та висновки дослідження, що сформульовані в дисертації, відображено в 49 наукових публікаціях, зокрема, монографії, в 19 статтях у фахових виданнях України, п'яти статтях у наукових виданнях інших держав, 21 тезах виступів на міжнародних конференціях, двох статтях, що додатково відображають результати дослідження, науково-практичних рекомендаціях.

РОЗДІЛ 1

ГНОСЕОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАТУСУ ОСОБИСТОСТІ ПРАЦІВНИКА НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ

Безсумнівно, що у працівника Національної поліції України – суб'єкта екстремальної за своїм характером професійної діяльності можуть виникати досить серйозні психологічні та суміжні з ними проблеми. Так, протягом останніх п'яти років близько 2 тис. осіб одержали поранення при виконанні професійних обов'язків [77], що означає одержання ними не лише фізичної, але й психологічної травми; дещо стабілізувався, але залишається високим рівень суїцидів; значна кількість працівників передчасно (до настання визначеного віку чи вислуги років) залишає службу через несприятливі умови чи недостатньо обґрунтовані кроки у напрямі реформування системи МВС України.

Перелік таких, очевидних і без поглибленого аналізу, проблем в Національній поліції України можна продовжувати, але ситуація ними не вичерпується. Існують також «проблемні зони», що достатньою мірою не усвідомлюються ні самим працівником, ні тими, хто зобов'язаний піклуватися про його життя і здоров'я. Зокрема, наслідком змісту та умов професійної діяльності стають психосоматичні розлади, справжньою глибинною причиною яких є суто психологічні проблеми фахівця. Ця обставина є тим більш важливою, що у теперішній час лікарі (як закладів Міністерства охорони здоров'я України, так і відомчих медичних установ) не орієнтовані на діагностику психосоматичних розладів, вони лише констатують їх як невід'ємну складову клінічних проявів того чи іншого захворювання.

Між тим, здавна відомо, що психіка і сома (тіло) поєднані не лише надзвичайно багатоманітно, але завжди суто індивідуальним чином,

відповідним до неповторності кожної окремої людини, хоча зовнішні детермінанти конкретних змін психічного стану можуть бути дуже подібними. Поведінка особистості значною мірою залежить від глибинних зв'язків, що існують між тілесними та психічними аспектами людської природи, а збереження життя, фізичного і психічного здоров'я працівників Національної поліції України, утримання їх від неадекватних професійних ситуацій або протиправних дій тісно пов'язане з можливістю свідомого культивування індивідуальної психосоматичної цілісності.

1.1. Психосоматичний статус особистості: історіографія та сучасний стан

За даними науковців [10; 96; 103; 114; 156; 221; 226; 231], 30-70% осіб, які звертаються за допомогою до лікарів, страждають на захворювання психосоматичного генезу. При цьому такі розлади не мають чітких меж, можуть бути як моносистемного, так і полісистемного характеру та виникати практично у будь-якої людини як реакція організму на стресогенні ситуації.

Для відображення історії становлення уявлень про психосоматичний статус особистості наведемо короткий хронологічний огляд визначних дат у цій сфері, виділяючи ті віхи, які чинять найбільший вплив на сьогодення.

Перший етап розвитку зазначеної проблематики, з певною умовністю, розпочинається вже з давніх часів. Розуміння наявності взаємозв'язку між психічним і тілесним прослідковується вже в Стародавньому Китаї та Стародавній Індії: тогочасні лікарі були переконані, що негативні переживання – це перший крок до більшості захворювань. Давньогрецькі вчені, розглядаючи людину як єдине ціле, великого значення при її лікуванні надавали впливові, насамперед, на душу. Так, Гіппократ причиною розладів здоров'я вважав дисбаланс різноманітних «соків», які присутні в організмі

людини та визначають її темперамент і характер: «Важливіше знати, яка людина хвора, ніж знати, на що вона хвора» (Гіппократ, V-IV ст. до н.е.). На думку Сократа, неправильно при лікуванні очей не приділяти уваги голові, при лікуванні голови – не приділяти уваги тілу, при лікуванні тіла – не приділяти уваги душі [67; 169].

Аристотель (IV ст. до н. е.) вважав, що душа є цілісною структурою, яка організує життя тіла: регулює функціонування організму, його об'єктивні та суб'єктивні переживання, поведінку. Така цілісність означувалася ним як «*ентелехія*» – внутрішня сила, що потенційно містить у собі мету й остаточний результат (наприклад, сила, завдяки якій із насіння виростає ліс) [13, с. 123]. Ентелехією особи та її тіла є душа. Це, на нашу думку, було першою спробою визначення психосоматичного статусу особистості: завдяки душі тіло реалізує свою життєздатність. Саме з цим історичним етапом пов'язується початок вживання поняття «одушевленого тіла» [13, с. 317].

Серед особливостей поглядів Аристотеля вкажемо на:

- імматеріальність та нетілесність душі, як пов'язаної із тілом, але цілком окремої субстанції;
- притаманний тілу життєвий стан, який забезпечує душа й який утворює його впорядкованість і гармонію;
- аналіз психічних процесів, які є «різними частинами душі»: пам'яті, емоцій, переходу від відчуттів до загального сприйняття, а від нього – до розумної волі.

Ідея про те, що фізичне здоров'я перебуває під впливом душевних переживань, висловлювалася також Цицероном (I ст. до н.е.). Зокрема, він висунув ідею про те, *що фізичне здоров'я може перебувати під впливом емоційних проявів* [277, с. 201]. Відповідно, розуміти захворювання слід не лише з позиції соматичного підходу, але й як породжене психогенними наслідками.

Оскільки прадавні мислителі та практики виходили, перш за все, з релігійних уявлень про людину, то й взаємозв'язок між тілесним та

психічним пізніше одержав назву «психосоматика» (від грецьк. ψυχή – душа и σῶμα – тіло) [47; 55].

Слід зазначити, що від часів Стародавньої Індії люди активно користуються послугами не лише лікарів, але й знахарів, шаманів, чаклунів тощо. Тому посилення на зв'язок духовного та тілесного досить часто мали магичне забарвлення. Такий стан речей не втратив актуальності й досі, хоча масштаби його, безумовно, зменшилися – на сьогодні все ще популярні цілителі, екстрасенси та маги [72]. Між тим, маємо констатувати, що саме давньогрецькі мислителі заклали підвалини звільнення психології від магичних нашарувань. Вони знаменувалися, в тому числі, й припущеннями про роль психічного початку в соматичних порушеннях.

Другий етап розвитку уявлень про взаємодію тіла та душі розпочався у XVII ст. Французький філософ Р. Декарт (1596-1650 рр.) відстоював принцип дуалізму душі і тіла, заперечуючи зв'язок між ними [64, с. 109]. Згідно з цим принципом, душа (психіка, свідомість) є суто нематеріальним ресурсом, а тіло – матерією, й через це їх слід вважати взаємодоповнюючими, але різними субстанціями. Вони різняться у своїх фундаментальних властивостях: має місце постійна конфронтація матеріального і духовного, фізичного і психічного. У такому дуалізмі Р. Декарт вбачав коріння всіх проблем людства.

Між тим, прогресивною відносно вчення Аристотеля, на нашу думку, виступає тут ідея наявності проміжної ланки між душею та тілом – мозку. Мозок не тотожний душі й становить собою матеріальне утворення, що має унікальні, особливі властивості (якості), які породжують психічні феномени (Аристотель називав це частинами душі).

Інтеракціонізм Р. Декарта полягав у тому, що фізичні процеси в мозку він розцінював як такі, що впливають на ментальні явища, й навпаки: психічні події називав причинами фізичних процесів. Між тим, все ж таки, вони окремі. Зокрема, такі психічні явища як наміри, мотиви, бажання, сприйняття тощо не мають впливу на фізичні процеси і можуть розглядатися

лише як побічні, супутні процеси [55; 64].

У свою чергу, нідерландський філософ-раціоналіст, натураліст, один із провідних представників філософії Нового часу Б. Спіноза (1632-1677 рр.) представив концепцію цілісного організму, підкреслюючи, що живі організми переживають тілесні процеси як афекти, думки і бажання (трактат «Про походження і природу афектів»). Відчуття задоволення, що належить і душі, і тілу, він називав приємністю або веселощами, відчуття незадоволення – болем або меланхолією [237; 269].

Можемо стверджувати, що впродовж тривалого часу мислителі минулого так чи інакше сповідували уявлення, згідно з яким стан душі накладає свої відбитки на тіло і життя особи, оскільки душа є джерелом живлення тіла. Відповідно, «здорова» душа передає тілу здоровий, так би мовити, «план існування». А душа, обтяжена негативними образами або, висловлюючись мовою старих часів, перебуваюча «під владою диявола» чи страждаюча від «серцевих ран», наказує тілу функціонувати на хворобливий лад. Через такі уявлення турбота про страждання людини не завжди поділялася між священиком та лікарем, а функції зцілення покладалися часто лише на першого. Це підкріплювалося вірою, що душевні і фізичні сили об'єднані суто в божих руках [16; 55].

Одразу зауважимо, що сучасні аналоги таких уявлень полягають у погодженості науковців сьогодення щодо небажаності для особи перебувати у негативному стані, викликаному: страхом, панікою, відчаєм; агресивністю, дратівливістю; різноманітними небажаними гештальтами. Щоб звільнитися від хвороби, насамперед, потрібно переглянути своє ставлення до світу, людей та самого себе. Зцілення душі (психіки) особи, тобто очищення її від ментальних та емоційних небажаних переживань (наприклад, обурення, образ, ревнощів, страху, гніву і т. ін.) неминуче призведе до зцілення її тіла.

Третій етап уваги до психосоматичного статусу особистості припадає на XIX ст. й пов'язаний, насамперед, із науково-практичною діяльністю німецького психіатра Іоганна Хайнрота (J. Heinroth, 1773-1843 рр.), який ввів

у науковий обіг саме поняття «психосоматика». У своїх працях «Підручник із душевних розладів» (1818 р.), «Підручник антропології» (1822 р.), «Ключ до неба і пекла в людині або про моральну силу і пасивність» (1829 р.) він стверджував, що всі збої в роботі людського організму є наслідком людських «пороків»; йому належать і слова про те, що причини безсоння зазвичай є психічно-соматичними, проте кожна із життєвих сфер може бути сама по собі його причиною.

I. Хайнрот визначив низку конкретних захворювань (туберкульоз, епілепсія, рак тощо), що спричиняються психогеніями, тим самим на сторіччя випередивши представників психологічної науки в поясненні соматичних симптомів розладами в сприйнятті дійсності (переживання сексуальних страждань, сорому, ревнощів, злості та ін.) [67; 169].

Трохи згодом інший німецький психіатр М. Якобі (M. Jacobi) ввів поняття «соматопсихіка» на противагу та для доповнення поняття «психосоматика» (1828 р.) [269, с. 217]. Втім, в загальновживаний обіг останній термін увійшов тільки через століття – у 1927 р. австрійський психоаналітик Фелікс Дойч (F. Deutsch) сформулював концепцію щодо психосоматичного статусу особистості, яка й дотепер залишається однією з основних.

Зокрема, практично беззаперечним є твердження, що нерідко схильність до психосоматичних захворювань особа отримує з раннього дитинства. Занадто критичне ставлення батьків, напружена психологічна атмосфера в сім'ї, інші несприятливі зовнішні чинники в своїй сукупності чинять тиск на дитину, відповідно, психічно травмують її та формують хворобливий стан її психіки. Не звертаючи уваги на це або внаслідок деформованих уявлень про норму (вважаючи цей стрес неодмінною складовою життя), особа може постійно страждати, не віддаючи собі у цьому звіту. В іншому випадку, не розуміючи причин своїх страждань, людина відносить їх виключно до медичних проблем зі станом свого фізичного здоров'я.

Низка помітних вчених того часу (Вундт В., Грот Н., Джеймс У., Клаперед Е., Крюге Ф. та ін.) опосередковано аналізували проблему психосоматичного статусу особистості у другій половині XIX ст. У їх дослідженнях вивчалися не тільки емоції, а й вплив емоційних змін на тілесні зміни людини (рівень їх здоров'я) та роботу різних органів [47; 67].

Наступний, IV етап розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості – I половина XX ст., і його досить часто пов'язують із працями З. Фрейда (S. Freud). На нашу думку, такий підхід не є цілком виправданим. Будучи засновником психоаналізу як теорії та наукової школи, він жодного разу у своїх роботах не вживає цих термінів. Його концепція полягає у тому, що пригнічені в результаті психічної травми спогади прагнуть звільнення через соматичні симптоми [271, с. 97], що є *механізмом витіснення* зі сфери свідомості неприйнятних думок і потягів. Такий феномен отримав назву *конверсії* психічного та тілесного [271, с. 114].

Інша річ, що психоаналітична концепція почала широко використовуватися для пояснення причин різних захворювань. Так, у 1908 р. Штегман (Stegmann) та у 1913 р. Федерн (Federn) оприлюднили психоаналітичній спільноті випадки з астмою [38; 47].

У 1907 р. К. Г. Юнг проводить дослідження соматичних реакцій-відповідей на зміни емоційного стану та встановлює тісний взаємозв'язок: стану здоров'я особи та вектору (піднесеного чи пригніченого) її емоцій; психічних особливостей людини та її тілесних характеристик [292, с. 316]. Таким чином, він збагатив уявлення про психосоматику виявленням не лише реактивного фізичного стану, а й наявності стійких соматичних утворень внаслідок відповідної психічної діяльності.

Зауважимо, що саме як конверсивні описувалися специфічні проблеми, що виникали у зв'язку з участю в бойових діях Першої Світової війни (неврози та набуті психопатології) та способи їх лікування або мінімізації. Ті чи інші хворобливі прояви трактувалися як відповіді на неприйнятну життєву ситуацію в *символічній формі*. Тобто, свідомість символічно відображає сприйняте на

фізичному самопочутті, що позбавляє особу душевних страждань. На цій основі угорський психоаналітик Шандор Ференці запропонував у 1910 р. поняття *«соматичної конверсійної істерії»* [269, с. 201].

Але загалом узагальнення досвіду Першої Світової війни спричинило суттєву прагматизацію психосоматичних уявлень. На відміну від суто умоглядних (теоретичних) побудовань психоаналітиків, Віктор Вайцзаккер (V. Weizsacker) пішов шляхом клінічного вивчення впливу емоцій на функції організму. Він встановив, що в розвитку хвороби існують певні закономірності, зокрема, захворювання розвивається не в будь-який момент, але за наявності особистісної кризи психологічного генезу. В. Вайцзеккер аргументовано відстоював думку щодо різної природи та динаміки соматичних процесів і неврозів (1932 р.) [38; 47].

Слід зазначити, що на початку XX ст. відбувався й розвиток психосоматики в Російській імперії. Російські лікарі здавна знали про взаємозв'язок між психічними функціями та змінами в певних органах. Про велику роль психіки у перебігу хвороби наголошували М. І. Пирогов, О. О. Остроумов, С. П. Боткін. Але, на відміну від західних психоаналітично-орієнтованих теорій, розвиток вчення про психосоматику тут ґрунтувався на основі вивчення матеріального субстрату психіки – мозку. Здійснювалися ґрунтовні дослідження взаємозв'язку між мозком, психікою та тілесними проявами (М. Є. Введенський, О. О. Ухтомський, І. П. Павлов та ін.). Але першим російським психосоматиком називають Ю. В. Каннабіха, який за результатами своїх спостережень висловив думку про те, що багато соматичних захворювань, поряд із психічними, є проявом одного і того ж патологічного процесу [9].

У період між Першою та Другою Світовими війнами уявлення про психосоматичний статус особи набули поширення, насамперед, у Німеччині. Спостерігається певне зближення психоаналітичних підходів та традиційної медицини, що збагачувало обидві сторони [18; 99 та ін.]. Так, у 1922 р. Ф. Дойч (F. Deutsch) запропонував поняття *«психосоматична медицина»* й

розуміння її як галузі, яка займається захворюваннями (артеріальна гіпертензія, бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки), у розвитку яких істотну роль відіграють несприятливі психотравмуючі впливи.

Г. Гроддек (G. Groddeck) пояснював всі психосоматичні симптоми вираженням витіснених високоспецифічних думок і фантазій. При цьому внутрішні органи не призначені для вираження деталей психічного стану, вони не реагують на специфічні думки, а тільки на загальний емоційний стан, тому не можуть зняти емоційної напруги (наприклад, підвищення кров'яного тиску під час гніву не звільняє від гніву, а навпаки, підтримується ним). Відповідно, психосоматичні розлади є наслідком «осмисленої діяльності «Id» [9].

У 1925 р. вивчення психосоматичних розладів відзначилося популяризацією *локалізаційного принципу*, запропонованого І. Дюпре. Він аналізував фізичні хвороби як такі, що впливають з психічних порушень сприйняття певних функцій та систем в організмі особи та у світі навколо неї. На сьогодні цього принципу дотримуються при вивченні прихованих, соматизованих депресій [103; 114].

У 1928 р. заснований журнал «Невропатолог», у якому широко публікувалися відповідні матеріали. Берлінський терапевт Густав Бергман (G. Bergmann, 1936 р.) описав стадію «функціонального розладу спонукань», яка передуює появі органічних змін. Ним було доведено, що при виразковій хворобі, колітах і гіпертонічній хворобі такі розлади випереджають етап органічних розладів, стаючи першою ланкою патологічного ланцюга.

Один із основоположників європейської школи психоаналізу В. Райх (1897-1957 рр.) запропонував винести назовні внутрішній психологічний конфлікт пацієнта, зробивши його конфліктом зовнішнім – між аналітиком та пацієнтом у пом'якшеній формі для доступності опрацювання, тобто «розсоматизовувати» психосоматичні розлади.

В. Райх віднайшов фізичну аналогію душевних травм та розладів. Він вважав, що м'язова напруга – це: а) м'язові «затискувачі», які викликаються

емоційними переживаннями та стають ніби панциром, котрий виконує (ілюструє) ту ж функцію, що й психологічні риси характеру; б) наслідок загального сексуального невігластва та критики з боку репресивної моралі суспільства. Позбавлятися м'язової напруги він запропонував за допомогою *тілесно-орієнтованої терапії* [295; 296].

У зв'язку з поширенням в 30-х роках ХХ ст. фашизму в Європі значна кількість психоаналітиків емігрували з Європи до США, де за їх сприяння була створена Американська психосоматична спілка, яка з 1934 р. почала публікувати перший у світі суто психосоматичний журнал «Психосоматична медицина». У Німеччині ж психосоматичні дослідження відновилися тільки у 1950 р. у рамках нового погляду на природу людини, з 1956 р. – видається «Журнал психосоматичної медицини та психоаналізу» [38; 221].

Своїм шляхом, започаткованим на початку ХХ ст., продовжують розвиватися уявлення про психосоматичний статус особистості в Радянському Союзі. В 30-х роках відомий кардіолог Д. Д. Плетнев наполягав на необхідності перегляду усталених на той час постулатів клінічної медицини, згідно з яким слід «... на перший план помістити поняття про функціональну єдність всього організму» (цит. за В. Д. Тополянським) [257]. На початку 40-х років опубліковано низку видань на тему психосоматичної медицини [51-53; 62; 231; 245].

Як і раніше, методологічними підвалинами для встановлення психічних і тілесних взаємозв'язків були психофізіологічні концепції, що ґрунтувалися на здобутках рефлексорної теорії І. М. Сеченова та І. П. Павлова: психічна діяльність і діяльність організму регулюються єдиним органом – мозком. Відповідно, вони становлять собою певну єдність психічної та соматичної сторін, впливають одна на одну та знаходяться у постійній взаємодії. Разом із цим, у російській науці спостерігається зближення психіатрії та соматичної медицини [53].

Як вже зазначалося вище, американська школа психосоматики значною мірою формувалася під впливом представників європейського психоаналізу,

що й визначило розвиток уявлень про психосоматичний статус особистості в США. Голова Інституту психоаналізу в м. Чикаго, лікар і психоаналітик Ф. Александер (F. Alexander) у 30-х рр. XX ст. організував дослідницький проект щодо вивчення впливу стресогенних психічних реакцій на низку фізичних захворювань (хвороб шлунково-кишкового тракту, гіпертонії, астми, артрити та ін.). На його думку, причини цих захворювань – типові людські конфлікти, що породжують тривале емоційне напруження [4].

Згідно з теорією «специфічності інтрапсихічного конфлікту», існує 7 основних видів таких конфліктів: для хворих на гіпертонію конфлікт пов'язаний із протиріччям між агресією та страхом покарання; для хворих на бронхіальну астму – зі «стримуванням плачу»; для хворих нейродермітом – із витісненням бажання фізичної близькості; для хворих на тиреотоксикоз – із боротьбою проти страху смерті за допомогою контрфобічних установок; для хворих на виразкову хворобу – із потребою в залежності та опіці з нарцисичним прагненням до автономії. Для початку захворювання необхідна наявність трьох факторів:

- психічна конфігурація, або особливості особистості;
- «Х-фактор», тобто вразливість органу конституціональна або набута в ранньому віці;
- пусковий механізм або ситуація-прискорювач, яка впливає на пацієнта (емоціогенна життєва ситуація, яка каталізує несвідомий конфлікт) [4].

Помітною віхою у розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості в США стало започаткування з 1939 р. наукового журналу «Психосоматична медицина» («Psychosomatic Medicine») та заснування у 1942 р. «Американської психосоматичної спільноти», в діяльності яких активну участь брали У. Кеннон, Г. Сельє та ін. На той час домінуючим стало положення, що природа психосоматичних розладів може бути зрозуміла тільки з установлення безперечного впливу емоційного фактору на фізичне існування [224; 302]. Зокрема, психосоматичні захворювання розглядалися за формулою:

- особливості етіології та перебігу захворювання;
- особливості реагування на емоційні стреси відносно типу особистості;
- особливості сприйняття емоційних впливів відносно статевої приналежності;
- вплив психосоматичних захворювань на інші захворювання;
- вплив сімейних особливостей;
- фазність перебігу захворювань.

У 1954 р. Ф. Данбар (F. Dunbar) запропоновано *концепцію особистісних профілів*, сутність якої полягала у проведенні паралелей між окремими психосоматичними розладами та профілями (типами) особистості, які визначають схильність до відповідного розладу: коронарного, гіпертонічного, алергічного та схильного до травматизації. Таким особам властиві певні спільні риси:

- тип А: схильність до відволікання від реальності й недостатнє залучення в поточну ситуацію, інтровертованість, тяжіння до абстрактного мислення;

- тип Б: недостатня здатність до словесного опису нюансів своїх емоційних переживань, схильність до витіснення емоцій, які залишаються невідреагованими, допоки не проявляються через соматизацію [57; 89; 99, с. 302-304].

У 1955 р. М. Шур (M. Schur) висунув теорію «*десоматизації – ресоматизації*», згідно з якою дитина поступово навчається реагувати на дисбаланс гомеостазу не за допомогою фізіологічних механізмів, а завдяки його ментальному відображенню (десоматизація). Але в стресових ситуаціях відбувається активізація несвідомих конфліктів, а тому можливою є регресія «Его» на більш ранню фазу з формуванням соматичних розладів (ресоматизація). Відповідно, доросла людина, у якої в психотравмуючій ситуації включається цей вид емоційного реагування, перебуває в регресійному стані та відчуває емоції у вигляді тілесного дискомфорту.

Як бачимо, в основі теорії лежить уявлення, що насправді люди

страждають від своєї інфантильності, але інфантильності не тотальної (інакше це б помітили навколишні), а від парціальної, яка поширюється лише на ту певну сферу духовного життя, в якій відбулася затримка формування зрілої особистості внаслідок певного психотравматичного життєвого досвіду [221, с. 80-82].

Згідно з *концепцією неповноцінності органу та її психічною компенсацією* А. Адлера (A. Adler), початкова, можливо вроджена неповноцінність органу, на особистісному рівні тісно пов'язана з «психологічною неповноцінністю». Це, в свою чергу, робить його надмірно вразливим. Таким чином, комплекс неповноцінності формують наступні складові: неповноцінність органу, відношення до дитини з боку батьків (надмірна опіка або повна відстороненість). При цьому органічна неповноцінність значною мірою може компенсуватися за рахунок психологічних чи фізіологічних резервів, а відповідні системи органів специфічно відображають психічні процеси (наприклад, блювота – символ неприйнятності психічної ситуації, порушення травлення – неможливість «переварити» конфліктну ситуацію, м'язові болі – гальмування агресивних імпульсів і т. ін.) [275, с. 161-191].

У 40-50-х рр. XX ст. голова Американської спілки психіатрів А. Майер формулює необхідність синтетичного підходу до особистості хворого, що сприяло зростанню кількості досліджень у галузі психосоматики; у 60-х рр. спостерігається зацікавлення взаємозв'язком психологічних і соціальних чинників, з одного боку, і фізіологічних функцій – з іншого. Але з 70-х рр. у психосоматиці як науці настає період занепаду. Лише з 90-х рр. дослідники знову звертаються до вивчення психосоматичних взаємозв'язків як складних, багатогранних явищ.

Таким чином, впродовж I половини XX ст. виокремилися три відносно самостійні школи (напрями) наукових досліджень проблеми психосоматичного статусу особистості та його впливу на якість життєдіяльності, в тому числі – професійної діяльності, людини:

західноєвропейська (переважно, німецька), російська (радянська) та американська². Кожен із них ґрунтувався на певних теоретичних та методологічних засадах, що дозволяє запропонувати наступну типологію відповідних концепцій:

1) психоаналітичні – присвячені взаємодії суперечливих аспектів особистості (інстинкту, розуму та свідомості) [9];

2) психофізіологічні – ґрунтуються на постулаті єдності мозку, психіки та тілесних проявів [53];

3) психодинамічні – орієнтовані на встановлення особистісної специфіки походження та перебігу психосоматичних розладів [275].

До першої групи належать, зокрема, описані вище концепції конверсії Ф. Дойча (F. Deutsch), «осмисленої діяльності «Id» Г. Гроддека (G. Groddeck), «органних неврозів» Г. Хейера (G. Heyer) та Е. Вітковера (E. Wittkower), «десоматизації – ресоматизації» М. Шура (M. Schur), «двохфазового витіснення» А. Мітчерліх (A. Mitscherlich) та ін.

Друга група представлена, насамперед, теорією умовних рефлексів І. П. Павлова, а також концепціями «специфічності особистості відповідно до способу функціональної відповіді» Г. Вольфа (H. Wolff), «неповноцінності органу та її психічної компенсації» А. Адлера (A. Adler), «вегетативного супроводу емоцій» В. Кеннона (W. Cannon), стресу Г. Сельє (H. Selye) та ін.

До третьої групи ми відносимо концепції «специфічності інтрапсихічного конфлікту» Ф. Александера (F. Alexander), «профілю особистості» Ф. Данбар (F. Dunbar), «акцентуованої особистості» К. Леонгарда (K. Leongard), алекситимії П. Сіфні (P. Sifneos), «готовності до хвороби» В. Екскуєлла (V. Uexkuell), «життєвих подій» Т. Холмса та Р. Рое (T. Holmes, R. Rahe), втрати «ключової фігури» Г. Енгела (G. Engel), «втрати значимих для індивіда об'єктів» Г. Фрейбергера (H. Freyberher) та ін.

Таке розмаїття підходів до вивчення психосоматичного статусу

² Поза межами запропонованої нами типології залишилися психосоматичні теорії та концепції, розроблені науковцями Близького Сходу та Південної Америки. Це пояснюється фрагментарністю їх висвітлення в доступних нам наукових першоджерелах, відповідно – неможливістю належного узагальнення.

особистості засвідчує як надзвичайну актуальність означеної проблеми в сучасному світі, так і неоднозначність теоретичних позицій, інструментарію та інтерпретації одержаних результатів. Відповідно, наше подальше дослідження вимагає визначення методологічних підходів, що дозволили б адекватно оцінити психосоматичний статус працівника Національної поліції в сучасній Україні та запропонувати відповідні рекомендації щодо його встановлення та, за необхідності, психологічної профілактики і психокорекції.

Повертаючись до висвітлення історичних аспектів та сучасного стану розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості, зазначимо, що **У етап** охоплює період від 60-х років ХХ ст. і дотепер. Зважаючи на значну кількість сучасних наукових праць, зупинимось лише на тих із них, що містять принципово нові, не представлені раніше положення.

1. На основі теорії «умовних рефлексів» І. П. Павлова представники його школи К. М. Биков та І. Т. Курцин (1960 р.) висунули гіпотезу *кортико-вісцерального походження психосоматичних захворювань*, згідно з якою пусковими механізмами психосоматичних розладів можуть бути порушення екстеро- і інтероцептивної сигналізації, що призводять до конфліктної ситуації між збудженням і гальмуванням у корі і підкірці. Було зроблено висновок, що в більшості випадків на психосоматичні розлади страждають особи зі слабкими і сильним неврівноваженим типами нервової системи, а вибірковість локалізації хворобливого процесу визначається зниженою опірністю відповідного органу [27; 86 та ін.].

2. *Концепція втрати «ключової фігури»* Г. Енгела (1962 р.) та *концепція «втрати значимих для індивіда об'єкта»* Г. Фрейбергера (1976 р.) ґрунтуються на клінічних спостереженнях, що психосоматичні захворювання досить часто розвиваються невдовзі після втрати найбільш значимої людини чи, навіть, значущого об'єкта неживої природи. Така людина чи об'єкт були життєво необхідними для успішної адаптації, а їх втрата провокує надсильні почуття безпорадності, безнадійності, туги, зрештою – соматизовану

депресію, що збільшують уразливість організму [270; 295].

3. *Концепція готовності до хвороби* В. Екскуелла (1963 р.) виникла в результаті поєднання концепцій В. Кеннона та Г. Сельє. Згідно з нею, готовність до хвороби є відображенням особливого психофізіологічного стану готовності: під впливом стресових впливів відбувається перехід психоемоційної готовності в готовність тілесну; якщо мета тілесної готовності не досягається, перенапруження стає хронічним, а відповідний орган – пошкоджується (наприклад, при тривалій підвищеній секреції шлункового соку можливе виникнення виразки шлунку; при постійному спазмі артерійол – розвиток гіпертонії) [71; 119 та ін.].

4. *Теорія життєвих подій* Т. Холмса та Р. Рое (1967 р.) також є наступницею теорії стресу Г. Сельє і ґрунтується на визначенні рівня стресу й відповідної ймовірності розвитку психосоматичного розладу. Стрессовою або такою, що травмує, життєвою ситуацією автори називали ситуацію, яка ставить перед людиною нерозв'язані проблеми. Рівень стресу розраховується по сумі балів подій, які траплялися в пацієнтів протягом попереднього календарного року³ [303, с. 213-218].

5. В цьому ж 1967 р. німецький психоаналітик і соціальний психолог А. Мітчерліх запропонував *модель двох ступенів лінії психологічної оборони*, що призводить до психосоматичних розладів [67; 169]: 1) спочатку зріла особистість намагається впоратися з конфліктом на психосоціальному рівні (соціальна взаємодія через обговорення відповідних проблем та конфліктів) або застосовує класичні механізми психологічного захисту (витіснення, регресія, реактивні утворення, ізоляція, ігнорування, заперечення, зречення, проекція, інтроекція, аутоагресія, сублімація тощо); 2) на другому етапі з'являються невротичні (патологічні) захисні механізми (депресії, нав'язливі думки та дії, страхи, фобії і т. ін.), які призводять до невротичного розвитку особистості (невроз характеру) чи соматизації (виразка шлунку, виразковий коліт і т. ін.).

³ При проведенні дослідження в пацієнтів загального соматичного профілю було встановлено, що 93% хвороб різної етіології (алергія, інфекційні, опорно-рухового апарату й ін.) уперше виникли або рецидивували в період підйому за шкалою стресів і подій понад 150 балів.

6. На основі теорії емоцій У. Кеннона, згідно з якою стеничні негативні емоції є реакцією «боротьби чи втечі» (fight-or-flight), у 1970 р. М. Франкенхойзер запропонована *концепція «вегетативного супроводу емоцій»*. Негативні емоції, як прояв біологічної доцільності, готують організм до максимально-інтенсивної м'язової активності, що є необхідним для виживання організму. Цей механізм людина успадкувала в процесі еволюції, але для сучасників він став проблемою: в більшості ситуацій сучасності ні фізична агресія, ні втеча не допомагають у вирішенні проблем. Отже, зустрівшись із проблемою, сучасна людина внутрішньо напружується, ніби готується до дії (підвищується артеріальний тиск, збільшується частота ударів пульсу, напружуються м'язи та ін.), проте жодної дії не відбувається. При цьому фізіологічні зрушення, які вегетативно забезпечують невідреаговані емоції, залишаються та з часом можуть стати хронічними, тобто призвести до формування психосоматичних розладів [270].

На розвиток цієї концепції у 1991 р. В. Н. Васильєв розподілив людей на адреналовий, норадреналовий та змішаний типи; такої ж точки зору дотримується Дж. Грінберг [40; 57, с. 23].

7. У 1973 р. П. Сіфні увів термін «*алекситимія*» (*a* – відсутність, *lexis* – слово, *thymos* – емоції), що дослівно означає «відсутність або недостатність слів для вираження емоцій». Концепція алекситимії ґрунтується на положенні, що схильні до психосоматичних розладів люди є «інфантильними особистостями». Алекситимія визначається такими когнітивно-афективними особливостями: 1) складністю визначення (ідентифікації) та опису власних почуттів; 2) складністю визначення відмінностей між почуттями та тілесними відчуттями; 3) зниженням здатності до символізації та, внаслідок цього, бідністю фантазії та інших проявів уяви; 4) фокусуванням в більшій мірі на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях [25, с. 304-306; 96, с. 486]. Мислення таких людей носить конкретно-побутовий характер, їм властива бідність розуміння складних взаємозв'язків.

У теперішній час алекситимія діагностується в пацієнтів, які

страждають нирковою недостатністю, онкологічними захворюваннями, ожирінням, наркоманією, осіб із маскованою депресією, у хворих на алкоголізм, шизофренію, у ВІЛ-інфікованих і патологічних гравців (лудоманів) [226, с. 41].

Впродовж останнього десятиріччя набули розвитку нові напрями: психонейроендокринологія та психонейроімунологія, що досліджують взаємодію психіки та соматики у контексті механізмів нейроімунної регуляції [106, с. 278-282], трансперсональна психологія С. Грофа та онтопсихологія А. Менегетті [157, с. 11]; тілесна психотерапія (І. Г. Малкіна-Пих, М. Є. Сандомирський) [152; 221, с. 28]. Разом з цим, психосоматика змогла віднести до своїх меж додаткові хвороби, рахуючи й відкриті нещодавно (наприклад, хронічну фіброміалгію – головний біль, розлади сну), та запропонувати спеціальні психореабілітаційні заходи.

Узагальнюючи наукові надбання в означеній площині, в 1986 р. німецькі вчені Г. Шмитт та І. Йочмус запропонували *систематизацію груп психосоматичних захворювань* [67]:

- психосоматичні функціональні порушення, психогенні порушення у грудних дітей та дітей раннього віку (енурез, енкопрез, запор та ін.), конверсійні неврози;
- психосоматичні захворювання (бронхіальна астма, нейродерміти, виразковий коліт, виразка шлунку, нервова анорексія, булімія, ожиріння та ін.), що можуть піддаватися корекції через корекцію відносин із оточенням;
- хронічні хвороби з болісними переживаннями (діабет, ниркова недостатність, злоякісні новоутворення тощо), що потребують медикаментозного впливу на уражені органи та системи в сукупності з психотерапевтичними заходами.

До цього переліку дослідники не долучили соматогенні психічні розлади, хоча у відповідних наукових працях обґрунтували необхідність принципово різних підходів до діагностики, лікування та профілактики психосоматичних захворювань відносно наведених груп.

У тому ж 1986 р. Т. Старк та Р. Блум запропонували *свою класифікацію психосоматичних розладів* [47], згідно з якою вони поділяються на:

- конверсійні (дисоціативні) розлади: сукупність рухових, сенсорних і вегетативних істеричних симптомів (потьмарення свідомості, амнезія та ін.). Такі розлади характеризуються наявністю клінічних ознак, відсутністю будь-якого фізичного або неврологічного порушення, з яким могли б бути пов'язані виявлені симптоми та наявністю психогенної обумовленості у формі чіткого зв'язку за часом зі стресовими подіями або порушеними взаєминами;

- больовий синдром: больові відчуття, що тривають понад нормального періоду загоєння (не менше 3-6 міс.). За відсутності хвороби та пошкоджень (причину болю не вдалося встановити) пацієнтові ставиться діагноз – синдром хронічного болю. Він характеризується низькою ефективністю медикаментозного лікування та можливістю впливу лише психологічними чинниками, які беруть участь в механізмах розвитку даного синдрому. Ознаками синдрому також є: біль відзначається тривалий час (місяці, роки), але не є прогресуючим; біль розцінюється пацієнтом як дуже сильний; зменшення або повна відсутність болю під час сну й посилення його вранці та вдень; наявність психосоціальних чинників у виникненні основних симптомів;

- соматизацію: форма психологічного захисту хворої особи, яка трансформує власне психічне напруження у фізичний дискомфорт (нездужання або захворювання, інші хворобливі зміни стану тіла). Такий захист проявляється в підвищеній увазі до свого самопочуття й здоров'я, що визначає стосунки з оточуючими (настрій, працездатність, товариськість тощо);

- іпохондрію: психогенні ознаки цього стану особи виявляються в постійному неспокої з приводу можливості захворіти однією або декількома хворобами, скаргах або заклопотаності своїм фізичним здоров'ям, припущеннях, що окрім основного захворювання існує якесь приховане;

- симуляцію: штучно продюкований розлад здоров'я, удавання, зображення події або стану здоров'я шляхом відтворення окремих симптомів. Симуляцією також є патологічні самовідчуття, які особа неусвідомлено провокує сама й які найчастіше є проявом психічного захворювання.

Порівнюючи надані класифікації, зазначимо, що остання переобтяжена суто медичними та психіатричними складовими – з одного боку, та не містить такої важливої підстави, як функціональний (психогенний) чи органічний (соматогенний) характер психосоматичних переживань – з іншого. Останнє особливо важливо з огляду на наявність як психосоматичних, так і соматопсихічних симптомів, а також специфіки їх виникнення і подальшої трансформації в структурі особистості. При цьому безумовно, що особистісна передумовленість в будь-якому випадку слугує підґрунтям виникнення психосоматичних розладів.

Більш досконалою є, на наш погляд, класифікація Б. Любан-Плоцци, В. Пельдингера та Ф. Крегера, а саме: 1) психогенні розлади без органічних проявів (конверсійні розлади за З. Фрейдом, соматичні ілюзії, іпохондричні прояви); 2) психосоматичні функціональні синдроми або соматизовані неврози (кардіоневроз, мігрень, прихована депресія тощо); 3) психосоматози або органічні захворювання; 4) психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційного реагування та поведінки (схильність до травм та інших видів саморуйнівної поведінки, як-то: алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління, захоплення екстремальними аутодеструктивними видами спорту чи хобі загалом) [140].

Зазначимо, що синонімічним щодо третьої групи є поняття «психосоматичні захворювання». Їх основою стає соматична реакція на конфліктне переживання, яка призводить до патологічних змін в органах та системах, що первинно наділені властивістю *locus minoris* – місця

найменшого опору, яке найчастіше визначається спадковою схильністю⁴.

Перші прояви психосоматичних захворювань можуть виникати в будь-якому віці, але початок захворювання завжди викликається психічним стресом. У подальшому вони набувають хронічного перебігу, як і будь-які соматичні. Стрес стає й провокуючим фактором, який викликає загострення захворювання [140].

В 1994 р. англо-американські психологи Дж. А. Уінтер, Л. Крейслер, Д. Кеннард та Дж. Робертс запропонували вважати психосоматичними розладами такі, що наділені наступними ознаками [67; 296]:

- мають функціональний, а не патологічно структурний характер, хоча й можуть згодом стати причиною негативних фізичних змін в організмі;
- викликаються неадекватним стимулом, який слугує певним «спусковим гачком»;
- становлять собою неадекватну реакцію організму на стимул;
- зародилися під час події в минулому, що спричинила вкрай болісні почуття;
- ґрунтуються на механізмі фіксованих реакцій (реакція організму на стимул завжди незмінна);
- характеризується порушенням у свідомості: особа живе власним минулим (переживаннями колишніх подій).

У 1995 р. російський психоневролог В. І. Гарбузов виділив *«психосоматичний профіль особистості»* – характеристики, які притаманні особам, схильним до психосоматичних розладів (психосоматичних захворювань) [47, 169]:

- відчуття придушення почуття власної гідності;
- егоцентричність (егоїзм);
- звуження інтересів (однобокість устремлінь та сприйняття);

⁴ До психосоматичних захворювань відносять: ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, бронхіальну астму, неспецифічний виразковий коліт, ревматоїдний поліартрит, нейродерміт, тиреотоксикоз, цукровий діабет, злоякісні новоутворення і деякі інші (Карвасарський Б.Д., 1982; Ісаєв Д.Н., 1996).

- тенденція до фанатизму;
- надмірна напруженість домагань;
- невідповідність домагань можливостям;
- агресивність;
- напружена демонстрованість якостей, якими особа не володіє;
- істероїдність, надмірна експресивність та жорстокість.

Все вищезазначене засвідчує, що зв'язок психічного і соматичного початків (душі і тіла) є взаємним: психічний стан впливає на фізичне самопочуття та викликає в ньому певні зміни, фізичний стан, у свою чергу, супроводжується психічними переживаннями, що здатні спричинити психосоматичні розлади [114, с. 27].

Відповідно, можна виділяти *психосоматичні і соматопсихічні процеси*, хоча таке розмежування, безперечно, є лише умовним, оскільки такі явища завжди взаємопов'язані. Окрім того, сам характер реагування завжди індивідуально забарвлений: стресогенна для однієї людини ситуація сприймається як досить нейтральна іншою, а саме почуття стресогенності може викликати зміни у діяльності вегетативної нервової системи, серцево-судинної чи шлунково-кишкової систем, призводити до напруження м'язів певних частин тіла, тощо. Причому така індивідуальна реактивність може бути різною в різні періоди життя та в різних ситуаціях [183, с. 91-198].

Зазначимо також, що у межах предметного поля нашого дослідження ми не будемо звертатися до соматопсихічних процесів – вони є прерогативою медицини, оскільки йдеться про негативну динаміку психіки під впливом нейротоксичних ефектів соматичної хвороби (зміна ієрархії мотивів і цінностей у зв'язку з загрозою базовим потребам; переосмислення цінності здоров'я і духовних цінностей; зміна системи взаємовідносин) [19; 161; 184]. Нас же цікавить вплив психологічно напружених умов професійної діяльності працівників Національної поліції України на виникнення і розвиток психосоматичних розладів; специфіка особистісних особливостей, що сприяють такій небажаній динаміці психіки.

Безумовно, що гостра стресова реакція чи тривалий вплив несприятливих чинників професійної діяльності працівників Національної поліції України здатні спричиняти зниження уваги, швидкості реагування на зміни оперативної обстановки, переживання хронічної втоми. Результатами цього стають в психологічному сенсі – зниження якості життя, прояви адиктивної та делінквентної поведінки професійна деформація, розвиток психосоматичних розладів, у медичному – передчасна інвалідізація внаслідок психосоматичних захворювань.

На завершення спробуємо надати робоче визначення та власне бачення сутності психосоматичних розладів. Така необхідність зумовлюється тим, що наявне розмаїття науково-теоретичних і практичних підходів до діагностики та корекції не дозволяє однозначно визначитися з методологічними засадами подальшого емпіричного дослідження. Більше того, окремі автори не виправдано розширили межі поняття «психосоматичні розлади», називаючи так практично всі переживання людини, пов'язані з хворобою, а також динаміку психіки внаслідок формування межових психічних аномалій (т. зв. «мала психіатрія») чи розвитку психічних захворювань (т. зв. «велика психіатрія») [192, с. 133-140]. Інші – навпаки, звужують його до соматопсихічних проявів. При цьому сучасні класифікації захворювань (DSM-IV – Діагностичний і статистичний довідник та МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб) не містять відповідної рубрики, отже, й не можуть слугувати дієвою підставою для практичного психолога. Безумовно, це пов'язано з поліетіологічною природою феноменів «психосоматичного» та відсутністю єдиної концепції психосоматичних розладів і захворювань.

Так, Ю. Ф. Антропов [9] визначає психосоматичні розлади як розлади функцій органів і систем, що зумовлюються афективними розладами та виникають у функціонально-перевантажених, конституційно-неповноцінних чи пошкоджених вісцеральних системах. На думку А. Б. Смулевича [231], психосоматичні розлади – це хворобливі стани, які зумовлюються психічними і соматичними факторами та проявляються за допомогою

соматизації психічних розладів; у формі психічних розладів, які відображають реакцію на соматичне захворювання чи розвиток соматичної патології під впливом психогенних факторів.

В першому визначенні, на наш погляд, надто перебільшується значення *афективних* станів – психосоматичні розлади можуть стати наслідком не лише гострих, але й хронічних стресогенних впливів. У другому – психосоматичні розлади фактично ототожнюються з психічними; між тим – психосоматичний статус особистості в таких випадках далеко не завжди сягає рівня психічної патології. Швидше, йдеться про специфічні переживання особистості, які впливають на її соматичний стан.

На нашу думку, психосоматичні розлади – це результат негативного впливу специфічних особливостей емоційного реагування особистості на стресогенну ситуацію, гострої чи хронічної психологічної травми на функціонування органів чи їх систем.

Основними їх ознаками є: хронічний перебіг; вплив гострого чи хронічного стресу на їх виникнення та розвиток; наявність певних емоційно-вольових та індивідуально-психологічних властивостей особи, які визначають емоційну ригідність, труднощі в організації міжособистісної взаємодії, недостатність вмінь та навичок ефективного подолання стресу тощо.

Отже, можемо констатувати, що в процесі становлення психосоматики було емпірично доведено, що значна кількість осіб (за даними різних авторів – від 30% до 70%), які звертаються за допомогою до лікарів, страждають на захворювання психосоматичного генезу. При цьому такі розлади не мають чітких меж, можуть бути як моносистемного, так і полісистемного характеру та виникати практично у будь-якої людини як реакція організму на стресогенні ситуації.

Основними концепціями щодо пояснення психосоматичної природи захворювань у першій половині XX ст. стали: 1) психоаналітичні – присвячені взаємодії суперечливих аспектів особистості (інстинкту, розуму

та свідомості); 2) психофізіологічні – ґрунтуються на постулаті єдності мозку, психіки та тілесних проявів; 3) психодинамічні – орієнтовані на встановлення особистісної специфіки походження та перебігу психосоматичних розладів.

Доцільно розмежовувати психосоматичні і соматопсихічні процеси: перші детермінуються стресогенною для людини ситуацією, другі – представлені негативною динамікою психіки під впливом нейротоксичних ефектів соматичної хвороби, а також зміною ієрархії мотивів і цінностей у зв'язку з інвалідізацією особи, неможливістю ефективної реалізації професійної діяльності, втратою чи деформацією значущих соціальних зв'язків, необхідністю переосмислення цінності здоров'я та інших цінностей.

1.2. Методологічні підходи у дослідженні психосоматичного статусу особистості

Як засвідчує проведене нами узагальнення наукових першоджерел, методологічні підходи у дослідженні психосоматичного статусу особистості повинні ґрунтуватися на [111; 148; 273]:

- загальних методологічних засадах наукового пошуку – фундаментальних принципах;
- принципах, що визначають особливості наукового пізнання в межах конкретного напрямку;
- сукупності методів, що забезпечували б релевантність одержаних результатів сформульованим завданням.

Виважена методологія наукового дослідження здійснюється у межах реалізації наступних основних функцій:

- 1) *гносеологічної* – можливість описати об'єкт дослідження, встановити властиві йому психологічні факти, етапи розвитку, онтогенез властивостей та прогнози розвитку;

2) *праксеологічної* – можливість забезпечити перетворювальну діяльність: постановку психологічних цілей та способів, технологій, прийомів і т. ін. для досягнення цих цілей;

3) *рефлексивної* – можливість аналізу та осмислення результатів пропонованої дослідником концепції в цілому;

4) *творчо-евристичної* – можливість постійного взаємовпливу, взаємодії та взаємозумовленості одержаних теоретичних результатів та їх прикладного відображення (наприклад, вирішення комплексу актуальних завдань на сучасному етапі інтенсивних соціально-економічних перетворень, що безпосередньо впливають на психосоматичний статус громадян).

Відповідно, на основі виділених функцій можна визначити й систему методологічних підходів, на яких мають ґрунтуватися науково-практичні дослідження. Проаналізувавши відповідні пропозиції та критерії, ми доповнили їх та модернізували. Тому вважаємо доцільним дотримуватися наступних засад при дослідженні психосоматичного статусу працівника Національної поліції України.

1. Центральним є *аксіологічний* підхід, який поєднує теорією і практику будь-яких наукових досягнень. Він пов'язує абстрактний та діяльнісний рівні пізнання психологічної дійсності, до якої дослідник намагається внести корективи та доповнення.

Такий методологічний підхід у дослідженні психосоматичного статусу особистості поширюватиметься на можливості впливу не лише на суспільство, а й природу, культуру та, врешті решт, на самого дослідника. Це відкриває шляхи для реалізації актуальних цінностей сьогодення [273]:

- творчості у всіх видах і напрямках не лише психосоматичних досліджень, а й психології в цілому (життєдіяльності окремої особи та колективу, соціальних перспектив розвитку тощо);

- поширення позитивних емоцій та, відповідно, позитивного самопочуття (поваги до себе та оточуючих, узгодженість внутрішнього та зовнішнього станів особистості, тощо);

- самоідентифікації як громадянина держави, члена громадянського суспільства;
- глибокої поваги до прав інших людей та своїх власних;
- соціально значущого самовиховання: самопізнання, гігієна свідомості (витіснення із власних психічних процесів і станів негативних емоцій та переживань). Окрім іншого, це дозволяє належним чином впливати на негативні особистісні властивості та якості;
- творчої професійної діяльності, яка задовольнить потребу людини в продуктивній праці задля власного добробуту та процвітання країни. Це, у свою чергу, сприятиме піднесенню матеріальних та духовних засад суспільства.

2. *Культурологічний підхід*, який передбачає високий рівень наукової культури дослідника та спирається на:

- високий рівень фахової освіти;
- практичний досвід роботи з досліджуваними об'єктами: глибоке знання об'єкта і предмета дослідження, вміння працювати з респондентами різних верств населення, освіченості, віку, статі тощо;
- високий рівень саморегуляції для профілактики можливих емоційних провокацій з боку респондентів (об'єктів дослідження), володіння навичками комунікативної взаємодії та психологічного впливу для досягнення визначеної дослідженням мети (активне слухання, зворотній зв'язок, формування потрібного ступеня відвертості тощо);
- високий рівень наукового аналітичного мислення: оперування психологічними категоріями, володіння гнучкістю та глибиною психологічних уявлень про світ як про динамічну систему тощо (свідома відмова від ригідності та стереотипів);
- розвинене критичне мислення, прагнення до самовдосконалення як професійного, так й особистісного; конструктивна критичність до праць інших науковців, можливість пропонувати корективи до наявних наукових здобутків завдяки власній ерудиції та інтелекту;

- вміння та бажання співпрацювати з колегами для збагачення свого професійного та особистісного (життєвого) досвіду. Це сприятиме більш глибокому зануренню у будь-яку тематику дослідження, у тому числі щодо вивчення психосоматичного статусу.

В сукупності, врахування вищезазначеного (функцій із можливостями, які вони надають, та підходів до функціонування) дозволяє отримати не лише валідні результати дослідження, а й якісно впливати на вдосконалення особистісних рис самого дослідника: його самобутність та винахідливість, висоту культуру психолога як фахівця-експерта тощо.

3. *Антропологічний підхід*, тобто врахування тієї обставини, що психологічні дослідження доцільно, як це не парадоксально, виводити за межі суто психологічного й спиратися у них на комплексні знання наук про людину [181, с. 104-108; 262].

Наукові першоджерела вказують на наступні чинники, що потребують врахування в межах антропологічного підходу:

- особистісно-цілісний аналіз осіб, які виступають об'єктами певного (у нашому випадку – психосоматичного) дослідження. Тобто, для коректності будь-яких наукових висновків залучати наявний спектр знань про людину. При цьому важливо залучати як знання минулих часів, так і досягнення сучасних науковців;

- духовно-орієнтовані критерії, спрямовані на дотримання моральних норм у дослідженнях. Йдеться, насамперед, про відмову від дій, що порушують права інших людей, про проведення психологічних експериментів, які принижують людську гідність або наносять іншу шкоду особистості [108, с. 109];

- використання біолого-генетичних наукових здобутків для поглиблення перспектив дослідження за рахунок результатів медицини, фізіології, генетики та інших наукових напрямів, що дозволяють вивчати механізми та умови розвитку людини;

- етно-педагогічний аспект вказує на доцільність проведення досліджень із урахуванням традиційних для певного народу особливостей і закономірностей (етнокультурних, національно-етнічних тощо).

4. *Гуманістичний підхід* у дослідженні психосоматичного статусу особистості дозволяє ставити людину у центр уваги будь-яких досліджень: створювати найбільш сприятливі умови для її розвитку, убезпечувати її від будь-яких небажаних впливів або стресів [3; 66 та ін.]. Цей підхід потребує:

- створення гармонійного середовища (зовнішні обставини, інші люди) дослідження, у яке занурюється його об'єкт (особа);

- створення найбільш сприятливих умов для розвитку і вдосконалення особистісних якостей людини, їх реалізація, формування навичок у вирішенні, наприклад, конфліктів або для боротьби зі шкідливими звичками;

- активізація уваги до гармонізації розвитку людини та екологічного задоволення її потреб.

5. *Синергетичний підхід* у дослідженні психосоматичного статусу особистості передбачає сприймання особи як системи психічних та фізичних процесів. Це спирається на всебічне розкриття її властивостей, талантів, особистісного потенціалу, самоактуалізацію особи. Синергетичний підхід реалізується у межах трьох підсистем:

- «поштовхове» навчання, тобто освіта, яка спонукає до самоосвіти, самовдосконалення на професійному та особистісному рівнях;

- психофізичний розвиток, що має потенціал для самостійного розкриття особою її потенціалу;

- формування засад високої культури поведінки та мислення, що спричиняє розвиток бажаних для особи рис.

Окрім вищезазначених підходів, у методології наукового пізнання особливе місце займають методологічні принципи, тобто певні визначальні установки суб'єкта пізнання щодо відносності, можливості й доцільності використання того чи іншого методу в науково-пізнавальній діяльності, а також на підставі яких здійснюється оцінювання ступеня істинності

одержаної інформації (знання) [44]. Саме такі основоположні начала надають єдності і логічності всій сукупності методів та методик, що використовуються в тому чи іншому науковому дослідженні.

Як стверджує М. Ф. Овчинніков, звертаючи увагу на важливе значення методологічних принципів, для теоретичного пізнання об'єктів, що розвиваються, найбільш характерним є органічне включення в спеціальне дослідження методологічних принципів, без яких таке пізнання не може бути організоване [174].

Вище вже зазначалося, що всю сукупність методологічних принципів можна поділити на дві групи: перша – фундаментальні принципи, за допомогою яких забезпечується єдність і цілісність методології дослідження, у процесі застосування яких будуть отримані максимально істинні і обґрунтовані знання (інформація); друга – принципи конкретнонаукового рівня методології, за допомогою яких визначається співвідношення методів, що використовуються у процесі пізнання [154].

Перша група стосується, переважно, понять істинності і відносності процесу пізнання, принципи другої – апелюють до їх допустимості чи доцільності. З метою обґрунтованості наукового пошуку в дисертації використовується низка принципів першої групи, а саме: принцип всебічності, принцип об'єктивності, принцип комплексності, принцип конкретності.

Принцип всебічності забезпечує розгляд різних аспектів при організації дослідження. Принцип об'єктивності полягає в розгляді досліджуваного явища у всій його складності, багатогранності й суперечливості, з урахуванням усієї сукупності позитивних і негативних його сторін, незалежно від того, чи подобаються вони дослідникові чи ні. Принцип комплексності орієнтує дослідження на вивчення певного феномену як єдиного цілого, що забезпечується взаємозв'язком усіх підсистем і елементів дійсності. Принцип конкретності вимагає застосування категорій та понять, у яких належним чином повинен відображатися (закріплюватися) накопичений

у процесі попередніх досліджень і практичної діяльності досвід реалізації основних положень теорії.

При цьому слід зазначити, що застосування означених вище методологічних підходів і принципів не забезпечує абсолютної адекватності пізнавального інструментарію. Кожен із них має сенс і стає продуктивним лише в межах відповідної предметної області. Намагання надати тій або іншій методології значення універсального пізнавального засобу завдає шкоди науці в цілому. Тому дослідники найчастіше дотримуються принципу методологічного плюралізму, який, на відміну від методологічного монізму, що був характерний для класичної науки і полягав у впевненості в існуванні єдиного, універсального методу досягнення істини, – це установка сучасної некласичної науки, яка характеризується визнанням залежності методів пізнання від властивостей, особливостей та завдань суб'єкта, його концептуальних орієнтацій та підходів до дійсності. Методологічний плюралізм припускає можливість виправданого використання різноманітних методів, які можуть поєднуватись між собою на засадах доповнюваності.

У цьому контексті доречними є методологічні узагальнення видатного українського філософа, соціолога, правознавця кінця XIX – початку XX ст. Б. Кістяківського, який у своїх роботах проголошував принцип методологічного плюралізму: «методологічний плюралізм, виділення різних сторін або відособлення різних рядів – це цілком правильні принципи наукового дослідження» [101, с. 185]. Відповідно, єдиної і спільної для різних наукових досліджень методології існувати не може.

Необхідність методологічного плюралізму у соціальному пізнанні обумовлюється складністю суспільного життя. Незважаючи на свою зовнішню єдність, суспільне життя розпадається на якісно різні сторони. Суспільство – це і надособистісні процеси, і свідома діяльність людей. У ньому діють схожі з природними причинні зв'язки, а також ідеальні, нормативні чинники. У суспільному житті можна знайти і «повторювані, закономірно необхідні явища та відносини й стихійність реального

історичного процесу, прагнення людей, загальну нормативність їхньої діяльності, яка охоплює собою, зрештою, необхідні зв'язки соціальних процесів» [65, с. 59].

Окрім загальних принципів та підходів, методологічні засади дослідження психосоматичного статусу особистості обумовлюються наступними основними принципами психології: принцип детермінізму; принцип єдності свідомості та діяльності; принцип розвитку; принцип системно-структурного аналізу; принцип активності.

Обґрунтовуючи сутність *принципу детермінізму*, С. Л. Рубінштейн назвав проблему причинності психічних явищ «центральною вузловою проблемою наукової методології» [219, с. 355]. Вивчення психологічного статусу осіб, схильних до психосоматичних розладів, передбачає встановлення причинно-наслідкових зв'язків між особливостями особистості, специфічністю соціальної ситуації розвитку суспільства та обумовлені нею тенденції реформування системи правоохоронних органів, тобто потребує уваги як у контексті особистісної, так і діяльнісної парадигми психології.

У роботі «О мышлении и путях его исследования» С. Л. Рубінштейн стверджує, що теорія будь-яких явищ, психічних в тому числі, ставить перед собою завдання розкрити закони, які керують цими явищами. Коментуючи цю позицію, Д. Б. Богоявленська зазначає: «Виступаючи проти механістичного розуміння детермінізму лише як зовнішнього поштовху, науковець вважає, що формула закону повинна певним чином співвіднести зовнішні причини та внутрішні умови. Тільки за допомогою такої формули можна визначити закономірності будь-яких явищ» [33, с. 53].

На думку С. Л. Рубінштейна, розуміння принципу детермінізму в психології можливе тільки за умови врахування сутності суб'єкта будь-якої діяльності. «Весь хід розгортання категорії буття обумовлений співвіднесенням думки та предмету. Однак все взяте тільки в аспекті об'єктивної предметності. Суб'єкт у своїй специфіці залишається поза межами змісту, що пізнається, не стає сам, будучи суб'єктом, разом із тим, і

об'єктом пізнання. В останньому циклі, у колі категорій з'являються діяльність, мета тощо, але вони існують нібито за межами суб'єкта. Є діяльність, мета, засіб та знаряддя діяльності, але немає особи, що діє, вірніше осіб, що діють. З вчень про категорії, в тому числі, навіть, із вчення про діяльність, випадає людина. Необхідно ввести категорію людини в сферу, в коло буття та відповідно визначити системи категорій» [219, с. 324].

В монографії «Человек и мир» С. Л. Рубінштейн обґрунтовує своє бачення внутрішніх та зовнішніх чинників онтогенезу людини: «Строго кажучи, внутрішні умови виступають як причини (проблема саморозвитку, саморуху, рухові сили розвитку), джерела розвитку знаходяться в самому процесі розвитку як його внутрішні причини, а зовнішні причини виступають як умови, як обставини» [220, с. 287].

Як бачимо, має місце акцентування уваги на виключному значенні внутрішніх умов для становлення особистості – зовнішні обставини лише певною мірою корегують спрямованість цього процесу. Такий підхід у психологічній літературі в спрощеному вигляді формулюється як «зовнішнє через внутрішнє» і представлений особистісною науковою парадигмою (наукова школа С. Л. Рубінштейна, А. В. Брушлінського, К. О. Абульханової-Славської та ін.). На думку О. М. Леонтьєва, він не спроможний повною мірою пояснити детермінанти становлення особистості як особливої цілісності, оскільки «внутрішнє» є похідним від «зовнішнього», хоча в подальшому воно здатне й до самодетермінації. Діяльнісний підхід безпосередньо відображений у назві його монографії «Деятельность, сознание, личность» [131] і підтримується в межах наукової школи О. М. Леонтьєва, О. В. Запорожця, В. В. Давидова та ін.

У площині нашого дослідження ми будемо ґрунтуватися на засадах особистісно-діяльнісного принципу, а саме: розуміння процесу розвитку особистості як залежного від особливостей суб'єкта та психологічних особливостей правоохоронної діяльності в площині наявних умов соціального середовища.

Як зазначає В. В. Рибалка, «принцип детермінізму має свої особливості втілення в залежності від рівня розгляду категорії «суб'єкт» – як організму, як індивіда та як особистості» [210, с. 29]. Результати проведеного узагальнення наукових першоджерел засвідчують, що схильність до психосоматичних розладів обумовлюється чинниками всіх трьох рівнів і повинна оцінюватися з позицій медицини (рівень організму), психофізіології (рівень індивіда) та психології (рівень особистості). Але в предметному просторі нашого дослідження ми звернемося до її аналізу як особистісного феномену, що вимагає звернення до принципу єдності свідомості і діяльності.

На думку О. М. Ткаченка, цей принцип «... дозволяє розкрити природу та механізм власне детермінації залежностей, оскільки роз'яснює специфічний спосіб об'єктивного існування психічного, зумовлюючи провідні фактори, що визначають процеси розвитку психіки суб'єкта. Психічне почали розглядати не тільки як компонент, але й як результат, продукт взаємодії. Тому дослідженню підлягають не безпосередні внутрішні явища (феномени внутрішнього поля свідомості), а опосередковані продуктами діяльності, об'єктивовані зовні внутрішні властивості людини. Через аналіз продуктів діяльності досягається об'єктивність вивчення психічних явищ як суб'єктивних, оскільки продукти є «матеріалізованими», об'єктивованими суттєвими силами людини» [256, с. 33].

Значущість *принципу єдності свідомості та діяльності* для вивчення схильності працівників Національної поліції України до психосоматичних розладів повною мірою обґрунтовується положеннями, висловленими методологами психологічної науки:

Рубінштейн С. Л.: «відображаючи буття, що існує за межами та незалежно від нашої свідомості, свідомість формується в процесі діючого та пізнавального проникнення в предмет. Свідомість не «породжує» зміст предмету, а сама черпає свій зміст з нього. В певному сенсі, безумовно, свідомість не тільки відображує, пізнає, але й творить предметний світ, однак

не безпосередньо – актом творчого споглядання, а опосередковано, через свідому діяльність людини, за допомогою практики» [219, с. 91];

Рибалка В. В.: «принцип єдності свідомості та діяльності дозволяє вивчати «таємниці психіки» через процеси та продукти діяльності і поведінки людини, розкриваючи об'єктивні закономірності внутрішніх психічних явищ. Зазначений принцип конкретизує принципи детермінізму та відображення» [210, с. 30].

Наведене дозволяє зрозуміти, що С. Л. Рубінштейн не протиставляв особистість і свідомість діяльності, навпаки, він стверджував, що психіку слід вивчати синтетично, тобто в діяльності. Сама ж діяльність не є предметом психології; предметом психології може бути тільки її психічна сторона [219, с. 97-98, 100]. В нашому випадку умови професійної діяльності спричиняють негативну динаміку особистості її суб'єкта та стають провідним чинником опосередкування первинної внутрішньої активності. Вони обумовлюють процес виникнення психосоматичних розладів та визначають його специфічність у місцях найменшого опору організму (*locus minoris*). Тому вивчення особистості працівника Національної поліції України залежно від впливу соціальних та соціально-психологічних чинників діяльності, на наш погляд, цілком відповідає методологічним засадам сучасної психологічної науки та дозволяє перейти до характеристики наступного її принципу – *принципу розвитку*.

Як зазначав видатний вітчизняний психолог Г. С. Костюк, «природа та сутність будь-яких явищ об'єктивної дійсності найкраще пізнаються, якщо ці явища розглядаються в їх виникненні, становленні, в їх розвитку. Це стосується і пізнання психічних явищ» [113, с. 118].

Важливість врахування принципу розвитку неодноразово підкреслювалася в роботах інших дослідників: «тільки методи, спрямовані на дослідження генезису психічних явищ, забезпечують необхідні умови для встановлення об'єктивних психологічних законів та роз'яснення особливостей людської психіки» [149, с. 100]; «в принципі розвитку психіки

об'єктивно виявляються та реалізуються детермінація поведінки, зв'язок психіки та діяльності. За цим принципом кожному рівню детермінації притаманний свій тип розвитку. На рівні організму суб'єкт розвивається в процесі визрівання і формування психофізіологічних підструктур, на рівні індивіда – у процесі діяльності присвоєння, а на рівні особистості – у процесі перетворюючої діяльності» [210, с. 30] та ін.

Конкретизуючи розуміння принципу розвитку, Л. І. Анциферова виділяє наступні особливості прояву нової якості будь-якого складного психологічного феномену [12, с. 3-20]:

- 1) необоротність – повернення системи на вихідний рівень та повне відновлення того, що було раніше, неможливе;
- 2) сполучення прогресу і регресу – розвиток від нижчого до вищого, від простого до складного обов'язково включає в себе елементи регресії, оскільки обрання одного з напрямків розвитку залишає нереалізованими багато інших;
- 3) нерівномірність – появі нової якості обов'язково передують поступове накопичення кількісних змін;
- 4) зигзагоподібність – будь-якому розвитку притаманне не лише уповільнення, але й відхід назад (погіршення функціонування системи) як умова наступного прогресу.

Водночас зауважимо, що складність та багатоаспектність особистості працівника будь-якого різновиду професійної діяльності, в тому числі правоохоронної, унеможлиблює її вивчення у всій повноті та на всіх рівнях, що потребує визначення кола психічних явищ, які безпосередньо детермінують схильність працівників до психосоматичних розладів та будуть вивчатися на емпіричному рівні.

Обов'язковість та невідворотність впливу вищезазначених принципів психології на процес формування особистості, схильної до психосоматичних розладів, призводить до висновку, що таку особистість слід розглядати як особливу відкриту систему, якій притаманні властивості різного рівня

складності. Саме **системний підхід** дозволяє поєднати їх у несуперечливу сукупність, відмінну від інших (наприклад, особистість професіонала, девіантна особистість, професійно деформована особистість). Цій сукупності притаманні, на нашу думку, наступні характеристики:

- особистість працівника Національної поліції України представлена різнопорядковими властивостями, що мають складну ієрархію та перебувають у стані складної рівноваги;

- детермінантами розвитку особистості можуть виступати явища у площині як психічної, так і позапсихічної (природної, соціальної) взаємодії;

- схильність до психосоматичних розладів має нелінійну системно-динамічну детермінованість, тобто передбачає постійні зміни в співвідношеннях між її чинниками, причинами та умовами;

- така схильність визначається особливостями та рівнем індивідуального розвитку;

- подібні психічні факти можуть бути викликані різними закономірностями, різні факти можуть бути викликані однією й тією ж закономірністю;

- динаміка особистості залежить не від окремих подій, а від їх сукупності – ситуацій професійної діяльності. При цьому ситуації постійно змінюються в результаті активності суб'єкта діяльності.

Беззаперечно, що активність є основною умовою існування людини, що реалізується «у формі емоційно-вольової діяльності, різноманітних почуттів, переживань, а також проявів волі та вольових якостей. Важливий аспект психічного життя – прагнення до активності, яка виражається в потребах, інтересах, переконаннях, ідеалах тощо» [147, с. 22]. В активності поєднуються основні позиції діяльнісної та особистісної парадигм дослідження психологічних законів і закономірностей. Тому наприкінці висвітлення конкретно-наукового рівня дослідження психології особистості працівника Національної поліції України, схильної до психосоматичних розладів, ми вважаємо доречним підкреслити, що базовими методологічними

засадами подальшого аналізу піднятих для обговорення проблем ми обрали, насамперед, особистісно-діяльнісний підхід, акцентуючи при цьому увагу на першій його складовій.

Ініціатор системного підходу до вивчення особистості Г. Оллпорт, починаючи з 1927 р., зібрав близько 50 різних визначень особистості [176]. Ним, зокрема, було надано наступне визначення особистості: це своєрідна сукупність психофізіологічних систем – рис особистості, якими визначаються притаманні конкретній людині мислення й поведінка, що формуються індивідуально впродовж її життя. М. В. Костицький визначає особистість як конкретну людину, наділену свідомістю й іншими психологічними властивостями, що характеризують її як члена соціуму та певної соціальної групи, спроможну гідно жити і займатися певною діяльністю в людському оточенні [111]. За визначенням А. В. Петровського та М. Г. Ярошевського [191], особистість – це, по-перше, найважливіша серед метапсихологічних категорій, в якій інтегровано всі базові категорії (індивід, образ, дія, мотив, ставлення, переживання); по-друге, набуті індивідом у суспільній і предметній діяльності та притаманні тільки йому якості. На думку Б. В. Кулагіна, поняття «особистість» фіксує, перш за все, соціальні риси індивіда, які формуються в складній системі історично усталених суспільних відносин [124].

Важливість особистісного підходу один із фундаторів юридичної психології О. М. Столяренко аргументує тим, що він передбачає [235]:

- вивчення і оцінювання всіх психологічних сфер чи властивостей особистості;
- врахування ієрархії сфер особистості, в яких провідна роль належить спрямованості і морально-психологічним якостям;
- врахування приналежності психологічних властивостей певним сферам особистості;
- інтегральний та системний підхід до її оцінки та вивчення, врахування індивідуального рівня розвитку сфер особистості;

- врахування взаємозв'язків між всіма сферами особистості.

Ґрунтуючись на здобутках фундаментальних досліджень психологічної структури особистості (Г. С. Костюк, О. Ф. Лазурський, К. К. Платонов), В. В. Рибалка запропонував концепцію тривимірної, поетапно конкретизованої психологічної структури особистості. В її основу покладено соціально-психолого-індивідуальний, діяльнісний та генетичний (віковий) виміри. Відповідно до цієї концепції, система психологічних властивостей особистості представлена гармонійним поєднанням індивідуально-психологічних підструктур (здатність до спілкування, спрямованість, характер, самосвідомість, досвід, інтелект, психофізіологія) та діяльнісного компоненту (потребово-мотиваційний, інформаційно-пізнавальний, цілеутворюючий, операційно-результативний та емоційно-почуттєвий) [211].

Узагальнивши різні концептуальні позиції щодо теорій особистості, Р. С. Немов [172] поділив їх на психодинамічні, соціодинамічні та інтеракціоністичні. До психодинамічних належать теорії, що пояснюють поведінку особистості, ґрунтуючись на її психологічних або внутрішніх, суб'єктивних характеристиках; соціодинамічні теорії визначають превалювання зовнішньої ситуації та оточення; інтеракціоністичні теорії особистості засновані на принципі взаємодії внутрішніх і зовнішніх чинників в управлінні актуальними діями людини.

Кожен із цих типів, у свою чергу, поділяється на експериментальні і неекспериментальні, структурні і динамічні. Експериментальними називаються теорії, побудовані на узагальненні зібраних дослідницьким шляхом фактів; неекспериментальні ґрунтуються на власних життєвих враженнях і спостереженнях. Структурні теорії висувають в якості провідної проблеми структуру особистості; для динамічних – основною проблемою є перетворення, змінюваність та динаміка у розвитку особистості.

Враховуючи прикладну спрямованість нашого дослідження, визначимо сутність сучасних концепцій особистості, найбільш наближених до проблеми

психосоматичних розладів працівників Національної поліції України. Так, психогенетична концепція індивідуальності Б. М. Теплова полягає в визначенні ролі генотипу і середовища у формуванні індивідуально-психологічних відмінностей [253]. Згідно концепції інтегральної індивідуальності В. С. Мерліна, діяльність виступає як опосередковуюча ланка у зв'язку різнорівневих властивостей індивідуальності [158]. Концепція змістовних утворень особистості О. М. Леонтьєва заснована на особистісному змісті як віддзеркаленні істинного ставлення особистості до об'єкта своєї діяльності. Основною рисою особистісного змісту є його залежність від соціальної позиції індивіда [131].

В основу концепції особистості А. В. Петровського покладено ідею трьох фаз становлення особистості в соціальному середовищі – адаптація, індивідуалізація та інтеграція. Концепція надситуативної активності В. А. Петровського обґрунтовує порушення стабільності особистості. Концепція персоналізації описує процес отримання індивідуального уявлення про життєдіяльність інших людей і вступ у суспільне життя як особистості (основною рисою здатності індивіда до персоналізації є спроможність вчиняти дії, за які він у змозі відповісти перед суспільством) [191].

Історико-еволюційний підхід до розуміння особистості О. Г. Асмолова як механізм внеску особистості в соціокультурну історію розглядає її безпосередній розвиток у контексті діяльнісного опосередкування [15]. Концепція індивідуального стилю діяльності особистості Є. О. Клімова концентрована навколо зв'язків індивідуальних властивостей особистості, які, окрім характеристик індивідуальності, представлені характеристиками колективу [102].

Конкретизуючи загальні теоретичні положення стосовно професійної діяльності, О. М. Столяренко зазначає, що психологічна модель особистості працівника ОВС складається з двох груп властивостей: основні (базові) та соціально-психологічні [235].

Основні (базові) властивості характеризують працівника як соціалізовану в процесі онтогенезу особистість. До них, зокрема, належать: 1) професійна спрямованість, що представлена позитивним ставленням до професії, внутрішнім схваленням її цілей і завдань, прагненням присвятити себе їх досягненню, толерантним ставленням до труднощів, притаманних професійній діяльності; 2) морально-психологічні якості – загальнотрудові (працелюбність, добросовісність, дисциплінованість); професійно-трудові (розвинене почуття справедливості, істини і правди, повага до закону, принциповість, непримиримість до порушень закону); загальнолюдські (гуманізм, доброзичливість, справедливість, совісність, порядність); самооцінка (самокритичність, адекватне самосприйняття, вимогливість до себе, самокерованість), морально-психологічна стійкість та морально-психологічна підготовленість; 3) професійно-психологічні ділові якості, а саме: професійні здібності, вольові якості, комунікативність, колективізм; уміння працювати з людьми, готовність до активної взаємодії; 4) професійна підготовленість, що містить у собі професійну освіченість, професійну майстерність, професійно-психологічну підготовленість, професійно-педагогічну та екстремальну підготовленість; 5) психофізіологічні якості – сила нервової системи, швидкість реакцій, емоційність, врівноваженість, толерантність, стійкість до ризику, опірність до психічних перевантажень, працездатність тощо.

Соціально-психологічні властивості особистості працівника – це особливості його ставлення до основних суспільних відношень, соціальних цінностей, норм, груп, інших людей, досягнень людської цивілізації, що конкретизуються у ставленні до світу і людей; мотивації досягнень в самореалізації і самоствердженні; громадянській позиції; інтегрованості в соціально-професійну групу; соціальній активності; самореалізованості, ставленні до життя та до самого себе (самоідентифікація, «Я-образ»).

Не звертаючись до дискусійних аспектів запропонованої

О. М. Столяренком моделі особистості працівника ОВС, зокрема, штучності відділення соціально-психологічних властивостей від індивідуально-психологічних, їх приналежності до традиційних базових психологічних властивостей особистості [191], зазначимо, що сама по собі ідея щодо моделі особистості – продуктивна. Вона здатна виконувати функції еталону (орієнтиру, критерію) при оцінці ступеня придатності особи якостей до вимог певного виду діяльності. В контексті нашого дослідження важливо, що вона дозволяє визначати й ступінь відхилення властивостей конкретної особистості від певного нормотипу, зокрема, схильності чи наявності у працівника Національної поліції України психосоматичних розладів.

На нашу думку, використання особистісного підходу дозволяє визначити напрям теоретичного і практичного пошуку, напрацювання рекомендацій і висновків, що забезпечать загальний концептуальний підхід до суб'єкта діяльності як до особистості. Особливо важливо це в юридичній психології, яка розглядає працівника Національної поліції України в системі відносин «людина – суспільство – право».

Безумовно, що дослідник повинен прагнути охопити якомога більш широке коло явищ у межах предмету дослідження, в нашому випадку – це особистість працівника Національної поліції України, схильного до психосоматичних розладів. Між тим, вивчення цілісної особистості у всіх її проявах, як було обґрунтовано вище, є надто всеосяжним завданням. Можливості звуження предметного поля дослідження полягають, на нашу думку, в акцентуванні уваги на емоційній складовій психіки: психосоматичний розлад найчастіше є наслідком надмірних для конкретної особи негативних переживань, переважно – хронічного стресового стану. Тому при виборі психодіагностичних методик ми повинні орієнтуватися, передусім, на можливості встановлення особливостей емоційного інтелекту осіб, схильних до психосоматичних розладів, і встановлення взаємозв'язків між цими особливостями та іншими структурними складовими особистості.

Зважаючи на те, що поняття «емоційний інтелект» з'явилося в науковій

літературі порівняно недавно, зупинимось на ньому більш детально. Отже, емоційний інтелект – це:

- емоційно-інтелектуальна діяльність [236, с. 109-125];
- здатність поводитися відповідно з внутрішнім середовищем своїх почуттів і бажань [297, с. 20-27];
- сукупність емоційних, особистісних і соціальних здібностей, що впливають на загальну здатність ефективно дотримуватися вимог і протистояти тиску оточуючого середовища [306, с. 772-781];
- здатність ефективно контролювати емоції і використовувати їх для покращення мислення [307];
- здатність розуміти відносини особистості, які репрезентуються в емоціях, і керувати емоційною сферою на основі інтелектуального аналізу і синтезу [308, с. 433-442].

Узагальнюючи надані визначення, можемо стверджувати, що високий рівень розвитку емоційного інтелекту дозволяє адекватно розуміти власні емоції та емоції інших людей, а також керувати емоційною сферою, забезпечує більш високу адаптивність особи та ефективність її спілкування. На відміну від загального інтелекту (IQ), спрямованого на відображення зовнішнього світу, емоційний інтелект (EQ) відображає внутрішній світ, його взаємозв'язки з поведінкою особистості та реальністю. Кінцевий продукт емоційного інтелекту – прийняття рішень на основі відображення й осмислення емоцій, що є диференційованою оцінкою подій, які мають особистісний сенс [91]. В кінцевому рахунку, емоційний інтелект визначає особливості емоційної саморегуляції.

Емоційний інтелект не є чимось кардинально відмінним від IQ – це ментальна здібність, за допомогою якої відбувається опрацювання особливої інформації – емоційної. Але IQ і EQ – різні чинники життєвих досягнень: люди з високим IQ, проте низьким EQ нездатні повною мірою використати свій потенціал і втрачають шанси на успіх, оскільки взаємодіють і спілкуються неконструктивно [306, с. 772-781].

Згідно з уявленнями Дж. Мейєра, П. Селовея і Д. Карузо, структура емоційного інтелекту наступна [312].

1. *Усвідомлена регуляція емоцій* – безумовно, що емоціями неможливо керувати безпосередньо, але опосередковано це вдається робити. Початковий момент управління – роз'єднання недиференційованої емоції на суб'єкта та його реагування, виділення емоції в якості окремого об'єкта, а не властивості зовнішнього світу («Я відчуваю страх» замість «Світ страшний»). Наступний етап полягає в обмеженні або розширенні потоку емоційної інформації за допомогою контролюючих думок («Це не заслуговує моєї уваги», «Я не реагую на це» тощо).

Хоча загалом регуляція настрою відбувається автоматично, певний метадосвід емоційних станів усвідомлюється (який настрій є типовим, витоки якого настрою незрозумілі) та дозволяє людині створювати імпліцитну теорію про ситуації, що можуть викликати певний настрій. Саме тому з'являється можливість регулювати настрій, асоціюючи себе з певними людьми.

Загалом людина прагне підтримувати позитивний настрій і уникати негативних, «підкріплюючись» інформацією про власні позитивні властивості. Окрім того, можливий варіант активних дій особи на користь інших, аби подолати свої негативні емоції. Така «допомога в негативному емоційному стані» розглядається як мотив альтруїстичної поведінки [307]. Метадосвід настрою здатен впливати на вибір емоційних станів завдяки позитивному збільшенню загального внутрішнього досвіду.

Як відомо, безконтрольність емоційної експресії ускладнює міжособистісне спілкування. Парадоксально, але до такого ж результату здатне призводити постійне стримування емоцій: людина сприймається як холодна та зарозуміла, що викликає в оточуючих подив і неприязнь. Окрім того, воно сприяє розвитку психосоматичних розладів і психосоматичних захворювань.

2. *Розуміння (осмислення) емоцій* – називання (визначення) емоції є

результатом конструктивних процесів, що модифікують їх та трансформують перцептивні переживання у внутрішній досвід. Іншими словами, переживання емоції та її називання є різними психологічними феноменами. Нездатність виражати емоції вербально в науковій літературі одержала назву алекситимії («почуття без слів» за Р. Сіфні). Суттєвими характеристиками алекситимії є труднощі в ідентифікації почуттів; нездатність до диференціації почуттів і тілесних відчуттів; нерозвинена уява, ригідність і конкретність [225, с. 89-96].

3. *Диференціація і вираження емоцій* – потребує засвоєння загальноприйнятих в даній культурі форм їх вираження, а також розуміння індивідуальних проявів емоцій у оточуючих людей. Розрізняти емоції складніше, ніж їх виражати, оскільки це залежить від рівня розвитку емпатії, тобто тактовної чутливості до переживань іншої людини.

Труднощі в розумінні індивідуальних відмінностей емоцій оточуючих людей породжуються: зосередженням на власній особистості, що призводить до нездатності помічати й правильно оцінювати емоційний стан інших людей; почуттям власної вищості; почуттям тривоги, пов'язаним із емоціями інших людей чи власними; наявністю певної вигоди від нерозуміння емоцій інших [274, с. 61-74].

Що стосується методик емпіричного вивчення психосоматичного статусу особистості, то нами використано три їх групи. Перша з них спрямована на вивчення особливостей емоційного інтелекту та емоційно-вольового реагування працівників Національної поліції України на стресогенні чинники професійної діяльності [141; 142; 232; 316; 318].

1. *Методика САН* – дозволяє здійснювати експрес-діагностику трьох важливих психологічних показників:

- самопочуття – як комплекс суб'єктивних відчуттів, що відображають ступінь фізіологічної та психологічної комфортності стану людини, напрям думок, почуттів і т. ін.;

- активності – як однієї з сфер прояву темпераменту, яка визначається інтенсивністю та обсягом взаємодії людини з фізичним та соціальним середовищем. За цим показником особа може бути інертною, пасивною, спокійною, ініціативною, активною або стрімкою;

- настрою – як порівняно тривалих, стійких переживань людини, представлених: а) емоційним фоном (піднесений, пригнічений), тобто є емоційною реакцією не стільки на безпосередні наслідки конкретних подій, скільки на їх значення для суб'єкта в контексті загальних життєвих планів, інтересів та очікувань; б) чітко ідентифікованим станом (нудьга, сум, туга, страх, захопленість, радість, захоплення та ін.)

Зниження значень цих показників може слугувати сигналом про наявність небажаних психоемоційних станів, а методика загалом дозволяє продіагностувати актуальний психосоматичний статус особистості у частині полярних оцінок, між якими існує континуальна послідовність проміжних значень.

2. *Методика діагностики самооцінки рівня тривожності Ч. Спілберґера – Ю. Ханіна* – діагностує рівень тривожності та є підтвердженням результатів за методикою САН. За її допомогою визначаються психічні стани особи:

- наявність внутрішньої напруженості;
- ситуативна (реактивну) тривожність – психоемоційний стан, що характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги та моторної координації;
- особистісна тривожність – стійка характеристику людини, що зумовлює схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами, психосоматичними розладами.

Автори наголошують, що не розглядають у своїй методиці тривожність як негативну рису. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова

особливість активної особистості. Методологічно вони пропонують діагностувати надмірність особистісної та ситуаційної тривожності.

3. *Колірний тест М. Люшера* – дозволяє за допомогою вибору послідовності кольорів встановлювати [232]:

- актуальні емоційні проблеми;
- внутрішні конфлікти особистості;
- наявність психологічного та фізіологічного стресу.

Перевагами тесту вважається швидкість дослідження та обсяг одержуваних результатів. За переважанням тієї чи іншої колірної гами можна скласти уявлення про особливості характеру людини, її психічне та фізичне самопочуття, надати характерологічний опис особистості, а саме:

- приховані конфлікти, актуальні внутрішні проблеми та ступінь їх компенсації;
- наявність психологічного і фізіологічного стресу;
- провідні тенденції психічного життя, прогноз на майбутнє, можливі шляхи вирішення складної ситуації.

Для досягнення цілей нашого дослідження ця методика, окрім зазначеного, цікава й тим, що вона позитивно сприймається тестованими, підвищує їх відвертість, дозволяє обговорювати й уточнювати актуальні проблеми.

4. *Опитувальник емоційного інтелекту Д. Люсіна (ЕмІн)* – психодіагностична методика, заснована на самозвіті щодо здатності розуміння своїх та чужих емоцій і управління ними [141; 142].

Здатність до розуміння емоцій означає, що особа може: розпізнати емоцію, тобто встановити сам факт наявності емоційного переживання у себе або у іншої людини; ідентифікувати емоцію, тобто встановити, яку саме емоцію відчуває вона сама або інша людина, та вербалізувати її; визначити причини, що викликали цю емоцію та наслідки, до яких вона призведе. Дані, одержані таким чином, дозволяють, на нашу думку, діагностувати причини

певного психосоматичного статусу особи через розуміння впливів на нього (зовнішніх чи внутрішніх).

Опитувальник вимірює наступні показники (див. Табл. 1.2.1).

Таблиця 1.2.1

Вимірювання емоційного інтелекту

	Міжособистісний емоційний інтелект	Внутрішньоособисті сний емоційний інтелект
Розуміння емоцій	Розуміння чужих емоцій	Розуміння своїх емоцій
Управління емоціями	Управління чужими емоціями	Управління своїми емоціями

5. *Торонтська алекситимічна шкала (TAS-26)* – спрямована на визначення рівня алекситимія [14; 32], зокрема:

- труднощів у визначенні та описі власних переживань;
- складності в розрізненні почуттів і тілесних переживань;
- зниженні здатності до символізації, про що свідчить бідність фантазії, уяви;
- зорієнтованості на зовнішніх подіях чи на внутрішніх переживаннях.

Зазначені особливості викликають труднощі в усвідомленні емоцій й когнітивній переробці переживань, що призводить до посилення фізіологічних реакцій на стрес. Отже, алекситимія є значущим чинником ризику психосоматичних розладів, що відповідає цілям нашого дослідження.

6. *Тест емоційного інтелекту Н. Холла (EQ)* – призначений для виявлення здатності розуміти відносини особистості, що репрезентується у вербалізації емоцій. Методика побудована на уявленнях про емоційний інтелект як особистісну характеристику, яка дозволяє розпізнавати свої емоції, керувати ними, розпізнавати почуття в кожній конкретній ситуації

тощо. Вона складається з запитань, відповіді на які дозволяють діагностувати: емоційну обізнаність, управління своїми емоціями, самомотивацію (довільне керування своїми емоціями), емпатію, розпізнавання емоцій інших людей та вміння на них впливати.

Отже, тест дозволяє продіагностувати психосоматичний статус особистості у частині вербалізації психічних переживань, що, відповідно, відображається соматично.

7. *Тест емоційного інтелекту (EmIQ-2)* – дозволяє діагностувати наступні властивості особистості:

- самоаналіз й самозахист – здатність тверезо оцінювати свої сильні і слабкі сторони, розпізнавати й розуміти свої емоції, вміння вибудовувати психологічний захист від неприємностей тощо;
- самоконтроль – внутрішня мотивація, самодисципліна, наполегливість у досягненні поставлених цілей;
- вираження емоцій – здатність адекватно виражати і контролювати свої емоції й належним чином реагувати на прояви емоцій інших людей;
- соціальна чутливість – здатність правильно зрозуміти та оцінити мотиви поведінки оточуючих й адекватно на них реагувати на основі цього розуміння;
- самооцінка чутливості – оцінка власної проникливості, розуміння мотивів поведінки оточуючих.

8. *Методика Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0)* – спрямована на розгляд емоційного інтелекту як набору вмінь та навичок, що використовуються для [316-318]:

- максимально об'єктивної оцінки своїх та чужих емоцій;
- вираження своїх емоцій;
- ефективного регулювання емоцій (своїх та чужих).

Відповідно, методика дозволяє діагностувати емоційний інтелект за такими критеріями: адаптивні здібності, оцінка і вираз емоцій (вербальний та невербальний), оцінка чужих емоцій (невербальне сприйняття, емпатія),

регуляція емоцій (своїх та чужих), використання емоцій в мисленні та діяльності (креативне мислення), переадресація уваги, мотивація. Вона характеризує психосоматичний статус особистості у частині здатності особи протидіяти небажаним емоційним впливам.

Друга група методик представлена опитувальниками, за допомогою яких встановлюються характерологічні особливості особистості, що сприяють виникненню психосоматичних розладів [2; 28; 234]: Міннесотський багатовимірний особистісний опитувальник (MMPI) та опитувальник Г. Айзенка (EPI).

9. *Опитувальник MMPI* – досліджує найбільш важливі параметри особистості: психологічний, медичний та соціального здоров'я; виявляє особливості настрою, ставлення до власного здоров'я, до дотримання загальноприйнятих норм й традицій, наявність психічних ресурсів, м'якість або рішучість, товариськість або замкнутість, рівень оптимізму, агресивність, реакції на стрес та ін.

При узагальненні результатів за опитувальником ми використовували неклінічний варіант назв основних шкал та зверталися до їх трактування згідно з наявними в науковій літературі напрацюваннями [234, 28, 38].

Одержані первісні результати переводяться в Т-бали, причому профіль у межах 40-65 т-балів оцінюється як норма; піки у межах 65-75 Т-балів – як прояв акцентуацій; піки понад 75 Т-балів – як психопатологічні стани або психопатії.

10. *Опитувальник Г. Айзенка* – дозволяє визначати базові параметри особистості: екстраверсію, інтроверсію, емоційну стабільність та нейротизм. Методика спрямована на діагностику характерологічних чинників індивідуально-психологічного складу особи, де крайні полюси відповідають орієнтації особистості або на світ зовнішніх об'єктів (екстраверсія), або на суб'єктивний внутрішній світ (інтроверсія). Зокрема, вимірюються рівні:

- імпульсивності/замкненості, гнучкості поведінки, ініціативності;
- соціальної пристосовності та соціальної пасивності;

- схильності до самоаналізу і труднощів соціальної адаптації;
- нестійкості, схильності до асоціальної поведінки та неадекватності емоційних реакцій.

Отже, ця методика дозволяє продіагностувати психосоматичний статус особистості у частині наявності утруднень в соціальній адаптації, емоційної стійкості, тривожності та рівні самоповаги.

Третя група методик має на меті встановлення детермінант дезадаптивного процесу, що зумовлює негативну трансформацію уявлень про власний «Я-образ» та психосоматичний статус. Вивчення сутності такого процесу здійснене за допомогою методики Т. Лірі («Діагностика міжособистісних відносин» – ДМВ) та методики «Тип ставлення до хвороби» (Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту) [32; 137; 233].

11. *Методика Т. Лірі* – спрямована на визначення провідних форм соціальної поведінки, що використовуються особою при взаємодії з зовнішнім світом. За її допомогою встановлюються:

- міжособистісні відносини та стиль міжособистісної поведінки (оцінка і сила);
- стилі «домінування – підпорядкування», «дружелюбність – ворожість», «емоційність – аналітичність» у міжособистісних відносинах.

Для унаочнення основних соціальних орієнтацій Т. Лірі запропоноване коло, що поділяється на 16 секторів, взаємозв'язок значень яких визначає домінування вертикальної (домінування – підпорядкування) та горизонтальної (дружелюбність – ворожість) осей у структурі особистості.

12. *Опитувальник «Тип ставлення до хвороби» (Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту)* – призначений для діагностики типу ставлення до хвороби. Він розроблявся на основі психосоматичних уявлень про те, що затяжні або хронічні захворювання обумовлені психічними факторами. Крім загальновизнаних психосоматичних хвороб (виразкової, гіпертонічної, бронхіальної астми, деяких видів тиреотоксикозу, виразкового коліту, ревматоїдного артриту), автори опитувальника відносять

до цієї ж групи ішемічну хворобу, деякі види цукрового діабету тощо. Вони обґрунтовують тезу про те, що у зв'язку з механізмами участі та взаємодії психіки та соматички, будь-яке захворювання, крім основного лікування, доцільно супроводжувати корекцією психічних впливів.

Опитувальник дозволяє діагностувати типи відносин до хвороби на інтелектуальному і емоційному рівнях, відповідно, визначити систему відносин особистості з соціумом.

Таким чином, згідно з принципом детермінізму, вивчення психологічного статусу працівників Національної поліції України, схильних до психосоматичних розладів, передбачає встановлення причинно-наслідкових зв'язків між особливостями особистості, специфічністю соціальної ситуації розвитку суспільства та обумовлених нею тенденцій реформування системи правоохоронних органів, врахування сутності суб'єкта професійної діяльності. Значущість принципу єдності свідомості і діяльності для вивчення схильності працівників Національної поліції України до психосоматичних розладів зумовлюється необхідністю врахування сутності професійної діяльності при розкритті особливостей і закономірностей виникнення і перебігу внутрішніх психічних явищ її суб'єкта.

Принцип розвитку визначає наступні особливості динаміки психосоматичного статусу працівника Національної поліції України: необоротність – повернення системи на вихідний рівень та повне відновлення того, що було раніше, неможливе; сполучення прогресу і регресу; нерівномірність – поява нової якості зумовлюється поступовим накопиченням кількісних змін; зигзагоподібність – будь-якому розвитку притаманне не лише уповільнення, але й погіршення функціонування системи як умова наступного прогресу.

Високий рівень розвитку емоційного інтелекту дозволяє працівникові Національної поліції України адекватно розуміти власні емоції та емоції інших людей, керувати емоційною сферою, забезпечує більш високу

адаптивність особистості та ефективність її спілкування. На відміну від загального інтелекту (IQ), спрямованого на відображення зовнішнього світу, емоційний інтелект (EQ) відображає внутрішній світ, його взаємозв'язки з поведінкою особистості та реальністю.

Кінцевим продуктом емоційного інтелекту є прийняття рішень на основі відображення й осмислення емоцій, тобто диференційована оцінка подій, що мають особистісний сенс. Структура емоційного інтелекту працівника Національної поліції України представлена: усвідомленою регуляцією емоцій – їх безконтрольність або ж постійне стримування здатне сприяти розвитку психосоматичних розладів; розумінням (осмисленням) емоцій – трансформацією перцептивних переживань у внутрішній досвід; диференціацією і вираженням емоцій – засвоєнням загальноприйнятих в даній культурі форм їх вираження та розумінням індивідуальних проявів емоцій у оточуючих людей.

Висновки до розділу 1

Здійснене нами узагальнення наукових першоджерел стосовно історії розвитку уявлень про психосоматичну природу значної кількості захворювань та методології наукового дослідження психосоматичного статусу працівника Національної поліції України дозволяє дійти наступних висновків.

1. Розвиток західноєвропейської та російської шкіл психосоматики на початку XX ст. значною мірою ґрунтувався на клінічних спостереженнях за особами – учасниками бойових дій Першої Світової війни; відбувається певне зближення психоаналітичних підходів та традиційної медицини та прагматизація психосоматичних уявлень. Шляхом клінічного вивчення впливу емоцій на функції організму встановлено, що в розвитку хвороби існують певні закономірності, зокрема, захворювання розвивається не в будь-

який момент, але за наявності особистісної кризи психологічного генезу.

2. Помітною віхою в розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості стала теорія «специфічності інтрапсихічного конфлікту» Ф. Александера, згідно з якою існує 7 основних видів таких конфліктів: у гіпертоніків конфлікт пов'язаний із протиріччям між агресією та страхом покарання; у хворих на бронхіальну астму – зі «стримуванням плачу»; при нейродерміті – з витісненням бажання фізичної близькості; у хворих на тиреотоксикоз – з боротьбою проти страху смерті за допомогою контрфобічних установок; при виразковій хворобі – з потребою в залежності та прагненням до автономії. Для початку психосоматичного захворювання необхідна наявність трьох чинників: певні особливості особистості; конституціональна або набута в ранньому віці вразливість певного органу; певна емоціогенна життєва ситуація, яка каталізує несвідомий конфлікт).

3. Сучасний етап розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості представлений: концепцією особистісних профілів (Ф. Данбар), концепцією неповноцінності органу та її психічною компенсацією (А. Адлер), гіпотезою кортико-вісцерального походження психосоматичних захворювань (К. М. Биков та І. Т. Курцин), концепцією втрати «ключової фігури» (Г. Енгел) та концепцією «втрати значимих для індивіда об'єкта» (Г. Фрейбергер), концепцією готовності до хвороби (В. Екскуєлл), теорією життєвих подій (Т. Холмс та Р. Рое), моделлю двох ступенів лінії психологічної оборони (А. Мітчерліх), концепцією «вегетативного супроводу емоцій» (М. Франкенхойзер), теорією алекситимії (П. Сіфні) та ін. Таке розмаїття підходів до вивчення психосоматичного статусу особистості засвідчує як надзвичайну актуальність означеної проблеми в сучасному світі, так і необхідність синтетичного підходу до особистості хворого, визначення психосоматичних взаємозв'язків як складних і багатоаспектних феноменів.

4. При дослідженні психосоматичного статусу працівника Національної поліції України доцільно комплексно використовувати аксіологічний, культурологічний, антропологічний, гуманістичний та

синергетичний наукові підходи, тобто певні наукові парадигмальні уявлення суб'єкта пізнання щодо відносності, можливості й доцільності використання того чи іншого методу в науково-пізнавальній діяльності, а також на підставі яких здійснюється оцінювання ступеня істинності одержаного знання.

5. Можливості звуження предметного поля дослідження полягають в акцентуванні уваги на емоційній складовій психіки, оскільки психосоматичний розлад найчастіше є наслідком надмірних для конкретної особи негативних переживань, зокрема, хронічного стресового стану. Тому при виборі психодіагностичних методик ми орієнтувалися, передусім, на встановлення особливостей емоційного інтелекту осіб, схильних до психосоматичних розладів, і встановлення взаємозв'язків між цими особливостями та іншими структурними складовими особистості.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ЇХ СТРЕСОГЕННА СУТНІСТЬ

Національна поліція України – озброєний підрозділ виконавчої влади, покликаний від імені держави здійснювати заходи, спрямовані на підтримання належного стану громадського порядку, убезпечення життя громадян, протидію правопорушенням і злочинам, в більш загальному сенсі – забезпечувати гарантії суспільного добробуту та максимального захисту життя, здоров'я, прав і свобод кожної людини.

Зважаючи на завдання, які суспільство ставить перед Національною поліцією України, їх діяльність належить до інтелектуально та емоційно насичених; враховуючи умови, в яких ці завдання вирішуються – до таких, що передбачають наявність елементів небезпеки та ризику. Відповідно, вона детермінується чинниками, що зумовлюють підвищене психоемоційне навантаження на психіку людини та призводять до виникнення різноманітних негативних станів, здатних трансформуватися в психосоматичні розлади.

Безумовно, що такі чинники мають різнорівневу природу і, згідно логіки наукового аналізу, повинні знаходити своє відображення на соціальному, соціально-психологічному та індивідуально-психологічному рівнях взаємодії суб'єкта та об'єкта професійної діяльності в системі «суспільство – право – людина».

2.1. Соціальні детермінанти діяльності Національної поліції України

Провівши аналіз наукових першоджерел [5, 20, 39, 87, 97, 120], ми можемо стверджувати, що діяльність Національної поліції України оцінюється як у площині нормативно-правового регулювання, так і за допомогою норм соціальних, що діють в конкретному суспільстві. Це визначає форми та методи професійної взаємодії правоохоронців, виконання ними певних функцій, при яких держава як соціальна система одержує можливість досягнення об'єктивної мети свого існування – високого рівня економічного розвитку та добробуту громадян. Розробки у цьому напрямі представлені в роботах Д. О. Александрова, О. М. Бандурки, В. І. Барка, Л. І. Казміренко, З. Р. Кісіль, П. В. Макаренка, С. Д. Максименка, В. С. Медведєва, Л. І. Мороз, С. І. Яковенка та ін.

З огляду на це, розвиток Національної поліції України можна вважати соціально обумовленим процесом, який є основою оптимізації соціального розвитку правоохоронної системи в цілому. Між тим, як і будь-яка соціальна система, Національна поліція України та процеси її трансформації (вдосконалення) мають аналізуватися в єдності з історією розвитку та професійного становлення її суб'єктів – окремих працівників та професійних соціальних груп.

З певною мірою абстрагування, у контексті соціального розвитку навіть така об'ємна структура суспільства як Національна поліція України, може бути порівняна з історією життя окремої особи, що не може бути відірвана від історії попередніх або сучасних їй осіб, а визначається нею.

Історія розвитку Національної поліції України впливає на її соціальний онтогенез двома шляхами:

- зміною вимог до ефективності діяльності та кадрового складу правоохоронної системи;
- зміною ставлення самих правоохоронців до соціуму.

Таким чином, саме працівники («людський чинник») є центруючою ланкою розвитку Національної поліції України як окремої структури та як складової широкого соціуму (держави та суспільства в цілому). У зв'язку з ним, доцільно, на наш погляд, проаналізувати соціальні детермінанти функціонування Національної поліції України в сучасних реаліях. Такий підхід ґрунтується на методологічному положенні Б. Г. Ананьєва, згідно з яким «...не існує позасоціальної особистості і не існує позаісторичної особистості» [8, с. 277].

Безумовно, що особливості правоохоронної діяльності є результатом впливу конкретних історичних умов, а не наслідком волюнтаристичних рішень можновладців, що декларуються як реформування, а насправді мають на меті якнайшвидше задоволення потреб певної соціальної групи чи прошарку. Ці умови є складним та суперечливим відображенням суспільних макропроцесів, політичних та економічних перетворень, змін суспільної свідомості, в тому числі – стосовно діяльності правоохоронних органів загалом, окремих її структурних елементів (фахових напрямів) та їх представників (органів, підрозділів, працівників).

В найбільш загальному вигляді **соціальними детермінантами діяльності** Національної поліції України є об'єктивні умови, що формуються під впливом розподілу соціальних обов'язків, влади та ресурсів на глобальному, національному й місцевому рівнях.

Зазначимо, що специфічність діяльності Національної поліції України визначена чинною нормативно-правовою регламентацією. Відповідно до ст. 3 Закону України «Про поліцію», правовою основою її діяльності є: Конституція України, цей Закон, інші законодавчі акти України, постанови Верховної Ради України, укази президента України, постанови Кабінету Міністрів України, нормативні акти Міністерства внутрішніх справ України, Загальна декларація прав людини, міжнародні правові норми, ратифіковані у встановленому порядку.

Згідно чинного законодавства, функціонування Національної поліції

України базується на низці принципів, детально окреслених в Законі України «Про поліцію» [81].

1. Дотримання й повага до прав та свобод людини і громадянина (ст.6). Соціальною детермінантою тут виступає уявлення, що *діяльність Національної поліції України щодо обмеження громадян негайно припиняється, якщо досягнута законна мета або з'ясувалося, що ця мета не може або не повинна досягатися шляхом обмеження прав і свобод громадян.*

Співробітникам Національної поліції України забороняється вдаватися до тортур, насильства, іншого жорстокого або такого, що принижує людську гідність, поводження. Відповідно, він має припиняти дії, якими громадянинові навмисне заподіюються біль, фізичне чи моральне страждання.

2. Здійснення службових повноважень у точній відповідності з законом (ст. 8). Будь-яке обмеження прав, свобод і законних інтересів громадян, а також прав й законних інтересів громадських об'єднань, організацій і посадових осіб допустиме тільки на підставах та в порядку, які передбачені законодавством. Соціальною детермінантою тут виступає те, що *співробітникам забороняється як самими чинити протиправно, так й підбурювати, схилити, спонукати у прямій або непрямій формі когось до вчинення протиправних дій.*

3. Неупередженість, тобто захист прав, свобод та законних інтересів людини й громадянина незалежно від статі, раси, національності, мови, походження, майнового і посадового становища, місця проживання, ставлення до релігії, переконань, приналежності до суспільних об'єднань, а також інших обставин (ст. 7).

Соціальною детермінантою тут виступає те, що *поліцейський повинен проявляти повагу до національних звичаїв і традицій громадян, враховувати культурні та інші особливості різних етнічних і соціальних груп, релігійних організацій, сприяти міжнаціональній та міжконфесійній злагоді.*

4. Діяльність Національної поліції України є відкритою для суспільства

тією мірою, в якій це не суперечить вимогам законодавства України, а також не порушує прав громадян, громадських об'єднань та організацій (ст.ст. 9).

Соціальною детермінантою тут виступає те, що *громадяни, громадські об'єднання та організації мають право отримувати достовірну інформацію про діяльність Національної поліції України, а також отримувати від правоохоронної системи інформацію, що безпосередньо стосується їх прав.*

На сьогодні це стає все більш актуальною практикою у зв'язку з поширенням електронної мережі Інтернет. Правоохоронні органи надають відомості про свою діяльність через:

- власні інтернет-ресурси, зокрема, офіційний сайт МВС, органів прокуратури всіх рівнів (загальнодержавної, міської, районної) та ін.;
- ЗМІ за офіційними запитами їх редакцій;
- шляхом проведення прес-конференцій;
- розсилки довідкових і статистичних матеріалів та в інших формах.

Отримана інформація класифікується за низкою ознак: актуальність, тип носіїв, джерела отримання, роль, яку вона відіграє в системі управління процесом звітності щодо злочинності та її попередження. Останнє потребує особливої уваги, оскільки: йдеться не лише про соціальну відкритість Національної поліції України, але й про зворотну відкритість соціуму у площині повідомлень про злочини та їх профілактику; організація контролю за злочинністю вимагає високого рівня інформативної взаємодії суб'єктів цієї діяльності.

5. Сприяння з боку державних органів, громадських організацій, трудових колективів і громадян у виконанні працівниками Національної поліції України професійних завдань. На наш погляд, це положення, неможливо уявити без суспільної довіри і підтримки громадян.

Отже, соціальною детермінантою тут виступає *задовільна громадська думка щодо діяльності Національної поліції України, яка вступає одним із основних критеріїв офіційної оцінки діяльності цієї структури. Вона визначає, наскільки дії співробітників є обґрунтованими і зрозумілими для*

громадян.

Слід зазначити, що для підтримання позитивного громадського іміджу, у разі порушення співробітником Національної поліції України прав і свобод громадян або прав організацій, відповідна правоохоронна структура зобов'язана в межах своїх повноважень вжити заходів щодо відновлення порушених прав і свобод.

6. Необхідність взаємодії та співпраці Національної поліції України з іншими правоохоронними, державними і муніципальними органами, громадськими об'єднаннями, організаціями та громадянами (ст. 11). Така взаємодія передбачає як використання Національною поліцією можливостей означених суб'єктів, так і сприяння їм у забезпеченні захисту прав і свобод громадян, дотримання законності та правопорядку.

Соціальною детермінантою тут виступає *необхідність підтримки розвитку громадянських ініціатив* у сфері попередження правопорушень та забезпечення правопорядку.

7. Вимога відповідати сучасному рівню розвитку інформаційних технологій, в тому числі застосовувати електронні форми прийому та реєстрації документів, повідомлень про хід надання державних послуг, взаємодії з іншими правоохоронними органами, державними і муніципальними органами, громадськими об'єднаннями та організаціями.

Соціальною детермінантою тут виступає *необхідність для Національної поліції України бути сучасною соціальною структурою, яка використовує інноваційні засоби взаємодії з громадськістю*.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про поліцію», поліція – це центральний орган виконавчої влади, який служить суспільству шляхом забезпечення охорони прав і свобод людини, протидії злочинності, підтримання публічної безпеки і порядку [81]. Поліція є єдиною системою органів, яка входить до структури Міністерства внутрішніх справ України, виконує адміністративну, профілактичну, оперативно-розшукову, кримінально-процесуальну, виконавчу та охоронну (на договірних засадах)

функції. У складі поліції функціонують: кримінальна поліція; патрульна поліція; 3) органи досудового розслідування; поліція охорони; спеціальна поліція; 6) поліція особливого призначення (ст. 13 Закону).

Основними її завданнями є надання поліцейських послуг у сферах: 1) забезпечення публічної безпеки і порядку; 2) охорони прав і свобод людини, а також інтересів суспільства і держави; 3) протидії злочинності; 4) надання в межах, визначених законом, послуг з допомоги особам, які з особистих, економічних, соціальних причин або внаслідок надзвичайних ситуацій потребують такої допомоги (ст. 2 Закону). Основними обов'язками визначено забезпечення безпеки громадян і громадського порядку, а також виявлення, запобігання, припинення та розкриття злочинів.

Мета діяльності Національної поліції України визначається необхідністю забезпечення умов нормальної життєдіяльності (безпеки життя і здоров'я, права власності тощо) для кожного конкретного громадянина. Об'єктами цієї діяльності є, переважно, особи або групи осіб, які перебувають у конфліктних стосунках із законом чи порушують правові норми держави.

Відповідно до п. 2 ст. 18 Закону України «Про поліцію» [81], працівник поліції на території України незалежно від посади, яку він займає, місцезнаходження і часу, в разі звертання до нього громадян або службових осіб із заявою чи повідомленням про події, які загрожують особистій чи громадській безпеці, або у разі безпосереднього виявлення таких, зобов'язаний вжити заходів щодо попередження і припинення правопорушень, рятування людей, надання допомоги особам, які її потребують, встановлення і затримання осіб, які вчинили правопорушення, охорони місця події і повідомити про це в найближчий підрозділ поліції.

Порівняємо: прокурор, адвокат, суддя, нотаріус, юрисконсульт та багато інших фахівців-юристів виконують свої професійні обов'язки в певних часових параметрах; працівник поліції перебуває на службі цілодобово і в будь-який день.

Таким чином, наявність правової регламентації діяльності, що передбачає підпорядкування суворо встановленим нормам закону й обов'язкове їх виконання, та владних повноважень, тобто наявності права та обов'язку застосовувати владу від імені закону, призводять до виникнення у співробітника психологічного стану підвищеної відповідальності. Водночас, необхідність прийняття виважених рішень зумовлює напружений характер діяльності. Психологічна напруженість специфічним чином впливає на реалізацію владних повноважень – від надмірного їх застосування та зловживання службовим становищем (що призводить до розвитку професійної деформації) до нерішучості, спричиненої побоюваннями щодо можливої відповідальності. Такі емоційні стани, в свою чергу, є стресогенними чинниками, що детермінують розвиток хронічних стресових переживань.

Отже, діяльність підрозділів Національної поліції України передбачає наявність специфічних умов: жорстке і детально регламентоване визначення прав, завдань і обов'язків, єдиноначальність, субординацію і координацію міжособистісних стосунків, високі вимоги до службової дисципліни тощо. Кожен співробітник є представником державного органу виконавчої влади та діє від її імені. Будучи елементом силової структури держави, він має право на застосування зброї і спецзасобів, що покладає на фахівця тягар моральної відповідальності: виконуючи службові обов'язки, він не повинен переходити межу дозволеного.

Окрім правової регламентації, діяльність Національної поліції України детермінується, в першу чергу, *тенденціями у динаміці та структурі злочинності*, зокрема, особливостями:

- організованих та групових форм вчинення злочинів;
- серійності злочинів;
- розподілу злочинів та правопорушень у просторово-часовому вимірі;
- припинення і розкриття злочинів;
- співвідношення первинної та повторної злочинності для висновків

про ефективність організації профілактичної діяльності;

- забезпечення взаємодії між підрозділами поліції (визначення рівномірності навантаження на особистий склад);

- перерозподілу особового складу в підпорядкованих підрозділах тощо.

Означені тенденції пов'язані з темпами зниження або зростання кількості зареєстрованих злочинів, що, у свою чергу, залежить від соціально-економічних, політико-правових, демографічних, етнопсихологічних та інших чинників, які впливають на цей феномен.

Так, згідно з даними МВС України, станом на 20 листопада 2012 р.⁵, зареєстровано 443,7 тис. злочинів, що на 6,6% менше порівняно з аналогічним періодом 2011 р. Зокрема, спостерігалось незначне зменшення кількості зареєстрованих злочинів середньої тяжкості – 231,2 тис. (-4,8%), тяжких злочинів – 145,7 тис. (-7,1%). Істотно зменшилась (-11,3%) кількість зареєстрованих особливо тяжких злочинів – 9,3 тис., злочинів невеликої тяжкості – 57,4 тис. (-11,5%). При цьому збільшилась питома вага злочинів середньої тяжкості (+52,1%), а питома вага тяжких злочинів зменшилась (-32,8%).

Незначне зменшення рівня злочинності відбулося за рахунок зменшення кількості злочинів проти власності: зареєстровано 241,1 тис. крадіжок майна, що на 3,9% менше ніж у аналогічному періоді 2011 р., причому найбільш виразна негативна динаміка спостерігалась у Тернопільській (-29,4%), Волинській (-20,6%), Донецькій (-16,8%) та Чернівецькій (-16,6%) областях. На 27% збільшилась кількість крадіжок майна в Одеській області.

На 7,4% зменшилась кількість умисних убивств та замахів – зареєстровано 2,1 тис. випадків; негативна динаміка мала місце в 14 областях та м. Києві, а саме: Волинській (-56,8%), Херсонській (-30,5%), Чернігівській

⁵ На момент написання нашої роботи на офіційному МВС України не було представлено даних щодо стану та структури злочинності після 2012 р., хоча до цього такі дані надавалися регулярно, починаючи з 2005 р. Користуватися іншими ресурсами з цього приводу вважаємо невиправданим через підтримку довіри до публічності МВС.

(-25%), Житомирській (-24,2%), Луганській (-23,2%), Сумській (-19%), Хмельницькій (-17,8%), Донецькій (-15,6%), Харківській (-11,5%), Полтавській (-10,5%), Кіровоградській (-10,1%), Івано-Франківській (-8,7%), Закарпатській (-6,7%), Дніпропетровській (-1,2%), у м. Києві (-12,6%).

Натомість, зросла кількість умисних вбивств у Рівненській (+55%) та Черкаській (+50%) областях. Зареєстровано 101 випадок одночасного вбивства двох або більше людей, вчинено 8 умисних вбивств на замовлення. Поменшало випадків умисних вбивств із використанням вогнепальної зброї (зареєстровано 80 таких випадків, що на 4,8% менше, ніж у минулому році).

Станом на 20 листопада 2012 р. зареєстровано 3,1 тис. умисних тяжких тілесних ушкоджень (-3,3%). Кількість таких посягань збільшилася у 9 областях, зокрема: у Волинській (+30,8%), Сумській (+30%), Житомирській (+21,4%), Харківській (+14,6%), Херсонській (+13,9%), Полтавській (+8,1%), Кіровоградській (+5%), Київській (+3,5%), Вінницькій (+2,9%). Було заподіяно 724 умисних тяжких тілесних ушкоджень зі смертельними наслідками, що на 6,8% менше, ніж у аналогічному періоді 2011 р.

На наш погляд, на сьогодні боротьба зі злочинністю вийшла далеко за межі державних, національних та інших кордонів і перетворилася на одну з глобальних проблем сучасності. На жаль, в Україні, незважаючи на вжиті заходи, суттєвих позитивних зрушень не зафіксовано, помітні дуже невеликі кроки до поліпшення криміногенної ситуації.

Аналіз першоджерел [49; 98; 150; 189] дозволив нам запропонувати наступну таблицю-перелік фундаментальних засад соціальної детермінації в Національній поліції України (див. Табл. 2.1.1). У зв'язку з цим доцільно визначитися зі співвідношенням соціального та громадського у становленні Національної поліції України як правоохоронної системи. Зауважимо, що в розв'язанні цього завдання існує дві протилежні точки зору.

Представники першої з них вважають, що розвиток поліції та підвищення професіоналізму працівників зумовлюється загальним розвитком суспільства, досконалістю законодавства та практики його застосування.

Тобто, правові надбання соціуму закріплюються в правоохоронній сфері й інтеріоризуються представниками відповідних служб [97; 105; 299 та ін.]. На наш погляд, під таким кутом сприйняття правоохоронця можна вважати індивідом, чий психічні властивості відображають рівень правозастосування в суспільстві.

Таблиця 2.1.1

Соціальні права та обов'язки працівників поліції

Права	Обов'язки
на гідне життя	дотримуватися законів та інших нормативно-правових актів
на працю та справедливі і сприятливі її умови	дотримуватися заходів безпеки в побуті та повсякденній трудовій діяльності, не допускати порушень виробничої та технологічної дисципліни
на здоров'я	дотримуватися вимог екологічної безпеки
на соціальне забезпечення та соціальний захист	повага до прав і свобод інших осіб
особисті свободи (вибір життєвого шляху, місця проживання, віросповідання, інтересів тощо)	

Згідно з другою точкою зору, розвиток поліції визначається не соціумом та його законослухняністю, а умовами (моральними та матеріальними) професійної діяльності [78; 93; 194]. Його прихильники вважають недоцільним використовувати соціальні норми в якості критеріїв ефективності діяльності Національної поліції України. Вони висловлюють сумнів у тому, що соціальні (суспільні, ментальні, національні), а не суто законодавчі норми дозволяють проводити об'єктивну оцінку і вимір,

виявляти ступінь відповідності або відхилення правоохоронної діяльності від норм права, моралі, етики та професійності.

Аргументом виступає те, що право вбирає в себе найбільш суттєве з соціальних норм, встановлюючи легітимні межі відступу від деяких із них у ході здійснення оперативно-службової діяльності. Також, право закріплює відображення та реалізацію стереотипів і стандартів поведінки, закріплених у соціальних нормах як на індивідуальному рівні, так і на рівні суспільної свідомості (масових явищ).

Співставивши відповідні джерела, ми схилиємося на бік паритету права та соціальних впливів як детермінант діяльності Національної поліції України, перш за все тому, що право – це невід’ємна частина соціального буття, його складова. А соціальні норми утворюють суспільні відносини – ступінь, міру дотримання соціальних норм у діяльності та поведінці окремих людей і соціальних організацій. Відповідно, говорячи про соціальні детермінанти правоохоронної діяльності, ми маємо на увазі, в тому числі, й правові детермінанти.

Професійна діяльність, зумовлена правовим полем, є набагато складнішою, ніж діяльність із фізичними об’єктами. Л. Е. Орбан-Лембрик та В. В. Кощинець психологічну специфіку юридичної діяльності в системі «людина – право» визначають як раціональне забезпечення функціонування цієї системи, оптимальне з точки зору правових та психологічних потреб включення фахівців-юристів у сферу правозастосовчих та правоохоронних відносин, відносин у зв’язку із судочинством шляхом актуалізації внутрішньої мотивації особистості (за власною ініціативою, бажанням, волею і вмінням виконувати завдання, що стоять перед правоохоронними органами та юриспруденцією загалом), підвищення юридичної та етико-психологічної відповідальності за результат виконуваної роботи, регулювання дій, методичної та експертно-консультативної діяльності [179, с. 54-55], що вимагає від особистості високого морально-етичного та правового рівня розвитку.

Слід зазначити, що поведінка правопорушників нормована лише їх суб'єктивними уявленнями про припустиму і неприпустиму поведінку, вони можуть поводитися на свій розсуд, особливо в комунікативних контактах, натомість, працівник правоохоронних органів повинен діяти відповідно до норм закону, у певних визначених рамках. Ця обставина, позитивна в загальному сенсі, стає додатковим негативним стимулом, оскільки подолання відповідних емоцій потребує від особи значних вольових зусиль. Систематичні та інтенсивні негативні емоції призводять до виникнення стану емоційної напруженості та небажаних трансформацій особистості (переважання стереотипного реагування на ситуацію, втрата пильності тощо), а в подальшому – до переносу негативних новоутворень на неслужбову сферу і суперечностей у найближчому оточенні [293, с. 153-156].

З позицій охорони праці професійна діяльність поліцейських належить до категорії найбільш небезпечних професій [56; 93 та ін.]. Критерієм тут є висока ймовірність заподіяння шкоди здоров'ю або загибелі працівника при виконанні ним професійних обов'язків. В площині юридичної психології вона оцінюється як екстремальна – психологічно напружена та стресогенна. Екстремальними найчастіше називають ситуації, що загрожують здоров'ю і життю людини. Більш точно екстремальні ситуації визначають як несприятливий, складний стан умов людської життєдіяльності, що набув для окремої особи або групи осіб особливої значимості; це об'єктивно складні умови діяльності, що сприймаються й оцінюються як напружені чи небезпечні. Це – зовнішня, об'єктивна сторона проблеми. Суб'єктивно екстремальні ситуації набувають форми *екстремальності* – особливого стану людської психіки (екстремум-стану), спричиненого незвичними чи екстраординарними умовами, що породжують підвищену тривожність та особливу емоційну напруженість. Ситуація стає для особи надзвичайно значимою, причому безвідносно до того, містить вона реальну небезпеку чи така небезпека лише уявна: екстремальність є суб'єктивним переживанням реальної дійсності [293, с. 135-136].

Відповідно, можна говорити про наявність **особливих умов професійної діяльності** працівників Національної поліції України. До таких умов слід віднести:

- середовищні (об'єктивні) чинники, що впливають на якість виконання оперативно-службових завдань та негативно відображаються на психофізіологічних станах (техногенні та природні катастрофи, несприятливі погодні умови та ін.);

- чинники суб'єкт – суб'єктного характеру, що виникають внаслідок взаємодії сторін (проведення масових суспільно-політичних або інших масштабних заходів, вчинення правопорушень і злочинів та ін.).

Середовищні чинники, окрім вищезазначених, можуть бути представлені несприятливими чи некомфортними фізичними обставинами (холод, спека, волога, шум та сильні запахи, надмірно яскраве або слабке освітлення). Їх тривалий вплив на організм здатен викликати ті чи інші порушення здоров'я та професійної продуктивності, а саме:

- зниження рівня адаптації організму;
- збільшення частоти випадків соматичних та інфекційних захворювань;
- тимчасове або стійке зниження працездатності, функціональні розлади рухової функції і функції органів чуття.

Загальна реакція особи на такі обставини – відчуття роздратування, що переростає в психоемоційний стрес. Разом із підвищенням рівня несприятливості фізичних чинників зростає почуття й відрази до роботи. Втім, суб'єктивна реакція особи на несприятливі фізичні чинники залежить від ступеня розумового й фізичного напруження, віку, стану здоров'я, тривалості впливу та його інтенсивності. Окрім того, слід зважати на різні пороги чутливості до цих чинників різних типів осіб. Так, для представників аудіального типу, на наш погляд, особливо травматичним є несприятливий вплив на слухові аналізатори. Його наслідком стає зниження комунікабельності, замкненість, відстороненість особи від контактів через

«слухове стомлення», намагання «не чути» оточуючих.

На сьогодні існує низка професій, що характеризуються наявністю ризику та небезпеки для життя та здоров'я, високим рівнем психологічної напруженості, вимагають високого рівня стійкості до психічного та фізичного навантаження, а також адекватного реагування у швидкозмінюваній обстановці. До їх числа належить і правоохоронна діяльність (В. Г. Андросюк, Д. О. Александров, В. І. Барко, В. Л. Васильєв, Л. І. Казміренко, Я. Ю. Кондратьєв, М. В. Костицький, В. О. Лефтеров, В. С. Медведев, О. Р. Ратінов, С. А. Тарарухін, Г. О. Юхновець та ін.).

Разом із тим, професійна діяльність працівника поліції має низку рис, що відрізняють її від інших ризиконебезпечних професій. Виконання оперативно-службових обов'язків передбачає наявність об'єктивних труднощів і необхідність серйозних обмежень: скорочену можливість для улюблених занять, обмежене коло спілкування, утруднені або припинені зв'язки з рідними і близькими, неминучу відмову від деяких звичок заради інтересів служби і виконання вимог колективу [254].

До несприятливих умов діяльності, які впливають на емоційний стан працівників Національної поліції України, належать також: агресивність комунікативного середовища на різних рівнях взаємодії – від конкретних людей, груп до суспільства в цілому, як у відносинах з правопорушниками, так і з лояльними громадянами і навіть у колективі колег; великі фізичні і психічні навантаження; висока відповідальність за прийняті рішення, нерідко загроза життю і здоров'ю; низька соціальна захищеність працівника і його сім'ї [136]. До цього слід додати тривале перебування у стані психічного напруження; нелімітованість робочого дня з «ламаним» графіком роботи; жорсткі часові обмеження вирішення професійних задач; підвищену соціальну відповідальність за професійні помилки; конфліктність більшості професійних дій [193].

Для екстремальних ситуацій, що негативно впливають на працівників поліції та знижують ефективність вирішення оперативно-службових задач,

характерним є виникнення гострого внутрішнього конфлікту між вимогами, які пред'являє оперативно-службова діяльність, і можливостями правоохоронця на певний момент. Цей конфлікт виникає або внаслідок зростання вимог, які висуваються до працівника, або через зниження його можливостей із якихось причин. Саме тому ті самі ситуації можуть мати для різних працівників різну психологічну складність й ступінь екстремальності [254].

Екстремальні ситуації можуть бути регламентованими і нерегламентованими, плановими і ситуативними, «штатними» і «позаштатними». У найбільш загальному вигляді вони поділяються на чотири групи: 1) спричинені надзвичайними умовами (стихійне лихо, природна чи техногенна катастрофа, війна, масові терористичні акції тощо); 2) життєві, повсякденні (пожежа, напад злочинця, гострий брак часу, необхідність одночасного вирішення декількох однаково важливих завдань), тобто такі, що виникають у житті кожної людини; 3) пов'язані з захопленням потенційно небезпечними видами хобі (альпінізм, підводне плавання, швидкісна їзда та ін.); 4) службові, професійні – зумовлені виконанням фахових обов'язків.

З безпекою для життя і здоров'я пов'язане виконання багатьох видів робіт, що містять елементи виробничого і професійного ризику (шахтарі, льотчики, моряки та ін.), а також службова діяльність військовиків, працівників правоохоронних органів та службовців МНС України. У діяльності працівників правоохоронних органів можлива кожна з зазначених ситуацій, але найчастіше це може бути: процес безпосереднього попередження чи припинення правопорушень, втручання в вирішення сімейно-побутових та інших конфліктів між громадянами, психологічне протистояння при проведенні оперативно-розшукових і слідчих заходів, протиправне використання громадянами джерел підвищеної безпеки, припинення групових порушень громадського порядку і масових заворушень, дії в умовах введення надзвичайного стану тощо. Окрім того,

екстремальність може виникати внаслідок інтенсивного та тривалого навантаження при повсякденному виконанні службових обов'язків [293, с. 135-136].

Так, визнані потенційно екстремальними у діяльності досудового слідства – 50%, міліції громадської безпеки – 52%, кримінальної міліції – 60% та спецпідрозділів – 64% службових ситуацій. В екстремальних ситуаціях приблизно 40% працівників ґрунтувалися на власних моральних принципах, 32% – керувалися вимогами закону, 8% визначали свою поведінку як таку, що детермінувалася самозбереженням. На недостатню психологічну підготовленість до дій у складних умовах вказали 20% опитуваних, поведінка яких зовні виглядала впорядкованою [293, с. 136].

Аналіз психологічних особливостей особистості у процесі адаптації до екстремальних умов діяльності свідчить, що незалежно від інтенсивності психоемоційних навантажень динаміка психологічних характеристик в основному має негативний характер. Тільки 25% військовослужбовців, які беруть участь у збройних конфліктах і локальних війнах, адекватно реагували на бойову обстановку і були спроможні вести активні бойові дії. В інших відбувається дезорганізація психічної діяльності, причому в 10-25% особового складу розвиваються гострі реактивні психози, у 35% – стійкі психічні порушення, що можуть зберігатися протягом всього життя [200, с. 57].

Важливе значення має характер реагування працівника в екстремальній ситуації. В основному його можна звести до трьох принципових форм: різке розбалансування організованості в поведінці, гальмування дій і рухів, підвищення ефективності діяльності [69]. Е. Кречмер виділяв гіпер- і гіпокінетичні реакції на гострий стрес. В першому випадку настає «рухова буря» – поведінка втрачає цілеспрямованість, на тлі наростаючої тривоги та страху виникає хаотичне психомоторне збудження з невпорядкованими рухами, недоречним метушінням, прагненням бігти куди-небудь (фугіформна реакція); можливий розлад орієнтації в просторі та часі. Таке

рухове збудження є нетривалим, до 15-25 хв. Гіпокінетична форма відповідає реакції «надуманої смерті» – рухова загальмованість, яка досягає повної нерухомості та мутизму (афектогенного ступору). Особи зазвичай залишаються на тому місці, де виник афект страху, вони байдужі до навколишнього світу, їх погляд спрямовується в простір. Такий ступор триває від декількох годин до 2-3 днів. Переживання, які виникають при цьому, зазвичай забуваються. Після виходу з цього стану відмічається виражена астенизація, яка триває 2-3 тижні [231].

Аналогічними є висновки інших авторів: найбільш розповсюджені типи негативного реагування в екстремальних умовах у 80-90% осіб – це реакції страху і тривоги, що перешкоджають використанню особистої зброї, призводять до руйнування навичок безпечної поведінки з нею. Можуть виникати й інші гострі реакції неспокійного характеру на екстремальну ситуацію: паніка, збудження, страх, депресія, рухова збудженість чи загальмованість [245, с. 7-18; 294].

Особливі умови діяльності Національної поліції України здатні стати передумовою для розвитку різних реакцій на стрес та порушення адаптації (F 43 МКХ-10), а саме до розвитку гострих реакцій на стрес (F 43.0), посттравматичних стресових (F 43.1) та інших невротичних і психосоматичних розладів. О. В. Тімченко виділяє такі наслідки впливу професійної діяльності на працівників: соматичні та психічні захворювання, порушення ефективності та надійності діяльності, «професійне вигорання», професійні та соціальні конфлікти, «професійна деформація», плинність кадрів, загибель або поранення [254].

Навіть не інтенсивні, але часто повторювані професійні стреси середньої інтенсивності, спричинені несприятливою психологічною атмосферою в колективі, директивним ставленням керівника до підлеглого, здатні призвести до психічної травматизації останнього та є сприятливим джерелом для деформації емоційної сфери і формування у нього негативних особистісних рис. Постійна і тривала дія деструктивних чинників спричинює

фізичне та психічне виснаження людини, і як наслідок викликає появу у неї певного комплексу негативних емоцій [129].

Дослідники психологічних аспектів діяльності поліції звертають також увагу на те, що людина в формі нерідко стає об'єктом ненависті і нападок членів суспільства, яким вона покликана служити. Працівникам доводиться виконувати свої службові обов'язки в умовах опозиційного ставлення суспільства до Національної поліції України, що чинить могутній деморалізуючий вплив на них та сприяє зниженню емоційно-вольової стійкості та опірності психофізіологічних показників. Окрім того, працівник несе тягар подвійної відповідальності: він мусить дбати не тільки про вирішення професійних завдань будь-якою ціною, але й не забувати про те, що він є елементом системи та уособленням загального образу персоналу та іміджу Національної поліції України [279].

Таким чином, умови здійснення професійної діяльності несуть у собі підвищене навантаження на психіку працівника, що призводить до виникнення у нього різноманітних психоемоційних станів, більшою мірою негативно забарвлених. Ці негативні стани є специфічними, оскільки через високу відповідальність за наслідки діяльності, нестабільність оперативної обстановки, відсутність впевненості у ефективності власних зусиль, вони не завершуються повною психоемоційною розрядкою. Відповідно, завжди існує потенційна загроза психічному та фізичному здоров'ю працівника.

Важливою соціальною детермінантою діяльності поліції повинне, на нашу думку, стати її перетворення у соціально схвалювану суспільну систему, яка реалізує свої повноваження відповідно до норм права, моралі і моральності, забезпечує надійний захист особи, суспільства і держави від злочинних та інших протиправних посягань.

Ми вважаємо, що ця детермінанта може характеризувати загальну цільову орієнтацію процесу розвитку і вдосконалення діяльності Національної поліції України та підвищення її ефективності. Досягненню цієї мети сприяє:

- оптимізація правової та організаційної системи взаємодії суспільства, держави та Національної поліції України;
- вдосконалення через відповідну мотивацію масової й індивідуальної правової поведінки громадян;
- оптимізація вибору стратегічних і тактичних цілей та пріоритетів діяльності Національної поліції України на конкретні моделі соціальної, правової та організаційної орієнтації в суспільстві;
- перетворення Національної поліції України в систему обслуговування соціуму, основним механізмом функціонування чого має бути забезпечення правопорядку і громадської безпеки, де використання примусу виступає лише як засіб ефективного убезпечення громадян;
- орієнтування поліцейських на чіткий та оперативний розгляд і вирішення повідомлень та заяв про злочини й адміністративні правопорушення;
- організація таких взаємовідносин Національної поліції України з населенням, за яких працівники повинні ставитися до кожного громадянина як до клієнта, що звернувся за послугами й якому потрібно надати сервісну увагу (ввічливе, культурне та доброзичливе обслуговування);
- поліпшення процесу кадрового наповнення системи Національної поліції України: вдосконалення підбору, розстановки, навчання та виховання особового складу. На нашу думку, це дозволить комплектувати поліцію таким типом співробітників, професійні та особистісні якості яких відповідали б соціальній орієнтації та соціальній організації системи МВС України.

Сукупність означених соціальних детермінант забезпечує формування належної мотиваційної спрямованості професійної діяльності працівників. Соціальні запити до їх професійної діяльності та вимоги високого професіоналізму ґрунтуються, на наш погляд, на принципах, означених нами у табл. 2.1.2.

Таблиця 2.1.2

**Соціальний запит до професіоналізму працівників
Національної поліції України**

Пріоритетність	Інтеграція
особистого прикладу високої законослухняності правоохоронців	корпоративної солідарності НПУ та загальнодержавних цінностей
практичних успіхів професійної діяльності над теоретичними законодавчими положеннями	громадського впливу та особистісних смислів професійної діяльності правоохоронців

На завершення слід констатувати, що суперечливі політичні процеси в Україні впродовж становлення незалежності, на тлі демократизації та гласності суспільного життя, боротьби за захист прав людини і громадянина, спричинили підвищену увагу засобів масової інформації та громадськості до діяльності правоохоронних органів. Суспільство прагне до створення безпечних та комфортних умов існування, що досягається протидією правопорушенням та злочинам, боротьбою з корупцією та іншими негативними проявами. Керівництво МВС України цілком підтримує такі прагнення: «Українська міліція нині, як і протягом усього періоду її існування, була, є й буде правоохоронною системою, на яку держава покладає основний тягар відповідальності за захист нашого суспільства від злочинності» [83].

Отже, поліція зобов'язана нести основний тягар протидії злочинності, і це сприймається як аксіома. Разом із тим, вже стало недоброю традицією замовчувати, що вирішення цього завдання потребує відповідного ресурсного забезпечення (інформаційного, громадянського, соціального, матеріально-технічного, кадрового тощо). Під останнім ми розуміємо не лише створення об'єктивних умов для ефективної праці, але й належний соціальний захист працівників, підтримку з боку ЗМІ та громадян. Чи сприяє сучасний інформаційний простір формуванню позитивного іміджу

поліцейського? Чи готовий пересічний громадянин допомагати працівнику Національної поліції України в у профілактиці, розкритті та розслідуванні протиправних діянь? Відповідь на такі запитання очевидна і не потребує проведення спеціальних досліджень.

Окрім суперечливих аспектів становлення української державності, аналіз яких знаходиться поза проблемним полем нашого дослідження, такий стан речей значною мірою визначається особливостями ментальності українців («Моя хата з краю», «Байдуже, що моя корова здохла, зате у сусіда – хата згоріла»), недостатньою сформованістю у громадян суспільної ідентичності («Я – частка держави») та недостатнім розумінням ними взаємозв'язку державного та родинного благополуччя, низьким рівнем правової культури.

На нашу думку, високі та навіть завищені (з урахуванням вищезазначених обставин) вимоги до *обов'язків* правоохоронців не підкріплюються відповідним ресурсним забезпеченням їх діяльності, і ця проблема поглиблюється з кожним роком. Кожен працівник приймає присягу, в якій урочисто клядеться служити на благо України, завжди залишатися відданим її народові, суворо дотримуватися Конституції та чинного законодавства, ефективно працювати, бути гуманним, чесним, сумлінним і уважним до громадян. *Які права* гарантує держава взамін самовідданої служби?

Працівник поліції сьогодні – переважно молода людина, яка має ті ж потреби, що й його ровесники. Він потребує гідної грошової винагороди за свою працю, тим паче, що реалізація професійних обов'язків досить часто відбувається в екстремальних умовах та з ризиком для життя і здоров'я; його турбує відсутність житла та неясні перспективи його отримання, нездатність створити належні матеріально-побутові умови для своєї сім'ї; його бентежить неможливість приділити увагу вихованню дітей через ненормований робочий день.

І це – лише частина проблем, спричинених професійною

приналежністю працівника Національної поліції України. Згідно з результатами проведеного нами опитування 128 співробітників МВС України⁶, 54,7% – не вважають свою привабливою, 10,9% – оцінюють її негативно, 28,1% – робота подобається. Перспективи посадового росту вбачають 20,3% опитаних, професійного – 57,8%, ніякої перспективи – 26,6%. Сучасний рівень нормативно-правового забезпечення професійної діяльності задовольняє лише 6,3% респондентів, частково – 32,8%; матеріально-технічне забезпечення частково задовольняє 6,3%, не задовольняє – 93,7%. Комфортність робочого місця у 75,0% опитаних нижче норми. Оплата праці у 71,9% є такою, що вони потребують звернення за матеріальною допомогою до батьків. Відпочинку у вигляді повноцінної відпустки близько половини (46,8%) практично не мають, тому нічого не планують заздалегідь. За час служби система МВС України надала можливість організовано відпочити лише 1,6% респондентів.

В контексті нашого дослідження особливий інтерес становить наступний результат: 42,2% опитаних зазначили, що стан здоров'я за час служби погіршився, 7,8% – отримали хронічні захворювання, спричинені особливостями професійної діяльності.

Яскравим підтвердженням нехтування владними інституціями базальними та соціальними потребами працівників Національної поліції України є ситуація з їх преференціями. Так, Конституційний Суд України неодноразово надавав пояснення стосовно законодавчого змісту права працівників на соціальний захист. Однак Кабінет Міністрів України інтерпретує визначені в законодавстві засади соціального захисту як пільги та прирівнює їх до пільг інших прошарків населення з подальшим скасуванням. Дефіцит державного бюджету – важлива підстава для економії, але цей дефіцит впродовж тривалого часу є хронічним, і практично вже має повну вислугу років та право на гідну пенсію ціле покоління правоохоронців,

⁶ На момент опитування респонденти мали стаж роботи: до 5-ти років – 20,3%, від 5 до 10-ти років – 68,8%, понад 10 років – 10,9%.

яких колись запевняли, що потрібно «трохи потерпіти».

Відомо, що дитина не йде до школи з бажанням вчитися незадовільно та порушувати дисципліну. На наше переконання, так само й молода людина не визначає свій майбутній професійний шлях з огляду на можливість брати хабарі та знущатися над громадянами. Працівники Національної поліції України сьогодення – результуюча сукупності зазначених вище соціальних детермінант. На підтвердження наведемо слова ректора Харківського національного університету внутрішніх справ Олександра Бандурки на Парламентських слуханнях 05.10.2011 р.: «Міліцію легко критикувати, в ній важко працювати. І впродовж більше, чим піввіку, я чую, що міліція «не така»... А вона й не може бути іншою – вона точно така, як народ! І пани міліціанти не спустилися, як янголи, з неба» [188].

Натомість, злочинність не обмежена технічними, матеріальними та інтелектуальними ресурсами, а її лідери докладають величезних зусиль для належного «кадрового забезпечення» своїх злочинних операцій. Безумовно, що належним чином протидіяти сучасним проявам злочинності за такого співвідношення ресурсів та ставлення держави до кадрового потенціалу Національної поліції України неможливо, що спричиняє дисонанс очікувань громадян щодо результатів та методів діяльності працівників.

Можемо констатувати, що працівники Національної поліції України в теперішній час стали «заручниками» ситуації: вони не можуть працювати по старому, але ресурси для рішучого оновлення системи у державі відсутні. Можна звільнити «старих», але де взяти «нових»? Тому й пропозиції щодо реформування системи МВС носять хаотичний характер та часто зумовлені політичними уподобаннями владної еліти в кожний окремий проміжок її повноважень. Принаймні, зміст пропозицій, внесених до розгляду комітетом Верховної ради з питань законодавчого забезпечення правоохоронної діяльності, свідчить про відсутність державної стратегії реформування системи МВС України [188], а події останнього часу – що політизація діяльності правоохоронних органів досягла свого апогею [199].

У цьому контексті набуває виключної важливості концептуальне бачення **основних напрямів вдосконалення діяльності Національної поліції України:**

- проектування ефективності розвитку згідно загального процесу розвитку української державності та формування громадянського суспільства;
- забезпечення впорядкованості, безпеки та надійності правових суспільних відносин;
- державно-правове регулювання цілей, змісту, компетенції, форм і методів владної діяльності системи поліції як об'єкта управління з боку відповідних органів державної та виконавчої влади, органів місцевого самоврядування;
- розподіл компетенції між структурними підрозділами поліції як об'єктами управління з боку громадських суб'єктів самоврядування;
- законодавче та нормативно-правове регулювання цілей, змісту, форм і методів організаційно-розпорядчої та оперативно-службової діяльності, організаційно-структурного та штатного кадрового розподілу;
- постійне стеження за оперативною обстановкою, політичними, соціальними, економічними, правовими реаліями суспільного розвитку;
- внесення необхідних коректив в стратегію і тактику діяльності;
- кадрове наповнення системи Національної поліції України та підвищення мотивації діяльності співробітників;
- забезпечення поєднання теоретичних ідей та уявлень про принципи й основні напрямки розвитку та вдосконалення діяльності поліції з практичними заходами щодо їх реалізації (реальне виконання сформульованих цілей і завдань).

Узагальнюючи вищезазначене, можемо стверджувати, що соціальні детермінанти діяльності Національної поліції України є своєрідною екстраполяцією норм чинного законодавства у суспільну правосвідомість та складаються з наступних засадничих положень: 1) необхідність дотримання й

повага до прав та свобод людини і громадянина, відповідно до чого дії працівника щодо обмеження прав і свобод громадян негайно припиняються, якщо досягнута законна мета або з'ясувалося, що ця мета не може або не повинна досягатися шляхом такого обмеження; 2) заборона працівникам як самими чинити протиправно, так й підбурювати, схиляти, спонукати у прямій або непрякій формі когось до вчинення протиправних дій; 3) повага до національних звичаїв і традицій громадян, врахування культурних та інших особливостей різних етнічних і соціальних груп, релігійних організацій, сприяння міжнаціональній та міжконфесійній згоді; 4) громадяни, громадські об'єднання та організації мають право отримувати достовірну інформацію про діяльність Національної поліції України, отримувати від правоохоронної системи інформацію, що безпосередньо стосується їх прав, а також зворотна відкритість соціуму у площині повідомлень про злочини та їх профілактику; 5) обґрунтованість і зрозумілість дій працівників для громадян, що сприяє формуванню позитивного іміджу правоохоронних органів; 6) підтримка громадянських ініціатив у сфері попередження правопорушень та забезпечення правопорядку; 7) необхідність для Національної поліції України бути сучасною соціальною структурою, яка використовує інноваційні засоби взаємодії з громадськістю.

Діяльність працівників поліції належить до екстремальних різновидів професійної діяльності людини, оскільки виконанню професійних обов'язків супутні небезпека та ризик, що спричиняє виникнення станів психологічної напруженості та стресу (гострого й хронічного). У зв'язку з цим достатньо розповсюдженими типами негативного реагування працівника є реакції страху і тривоги, що призводять до руйнування навичок безпечної поведінки (80-90%), а також гострі реакції неспокійного характеру (паніка, збудження, страх, депресія, рухова збудженість чи загальмованість). Їх віддаленими наслідками стають: зниження ефективності та надійності діяльності, професійні та соціальні конфлікти, професійне вигорання та

професійна деформація, психосоматичні розлади, соматичні та психічні захворювання.

Високі вимоги до виконання правоохоронцями професійних обов'язків у сучасній Україні не підкріплюються належним рівнем правосвідомості та сформованості у громадян суспільної ідентичності, недостатнім розумінням ними взаємозв'язку державного та родинного благополуччя. Проблеми матеріального, технічного та кадрового забезпечення Національної поліції України набули хронічного характеру, а ступінь політизації правоохоронної діяльності – досягла свого апогею. Пропозиції щодо реформування системи МВС носять хаотичний характер та часто зумовлені політичними уподобаннями владної еліти в кожному окремий проміжок її повноважень.

2.2. Соціально-психологічні детермінанти діяльності Національної поліції України

Проблема соціально-психологічних детермінант професійної діяльності поліції досить активно вивчається вітчизняними та зарубіжними науковцями (І. І. Амінов, В. Г. Андросюк, В. І. Барко, М. В. Боева, І. В. Воробйова, О. В. Землянська, О. В. Іванова, Л. І. Казміренко, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна, А. І. Папкін, Н. В. Потlachук, О. М. Столяренко, В. В. Топчій та ін.). У цьому випадку йдеться, насамперед, про психологічні аспекти досить специфічної сфери суб'єкт – суб'єктної та суб'єкт – об'єктної взаємодії, опосередкованої правовим регулюванням соціальної дійсності.

Ми цілком віддаємо звіт, що диференціація детермінант діяльності поліції на «соціально-психологічні» та «психологічні» є умовністю. Разом із тим, специфічність професійної взаємодії правоохоронця (соціально-психологічний феномен) актуально чи потенційно містить у собі низку чинників, здатних чинити негативний на особистість (індивідуально-психологічний феномен) та сприяти виникненню психосоматичних розладів

у певної частини працівників.

Важливо також зазначити, що професійна діяльність працівників поліції є соціальною за своїми онтологічними ознаками: вона реалізується в умовах безпосередньої соціальної взаємодії, а її результати значною мірою детермінуються впливом певних соціально-психологічних закономірностей.

Нам видається, що висвітлення соціально-психологічних детермінант діяльності Національної поліції України слід здійснювати на двох рівнях:

- 1) уявлення про Національну поліцію України як макроспільноту в суспільній свідомості (зовнішній контур);
- 2) соціально-психологічні особливості професійної взаємодії (внутрішній контур).

Якщо авторська гіпотеза щодо наявності безпосереднього взаємозв'язку між особливостями діяльності та виникненням психосоматичних розладів у працівників поліції справедлива, то на кожному з цих рівнів повинні мати місце стресогенні чинники, здатні викликати негативні психоемоційні переживання, їх фіксацію та трансформацію у якісно інше психологічне новоутворення.

Опосередковані підтвердження цього можна зустріти в науковій літературі. Так, згідно з результатами опитуванням, проведеного В. І. Барком серед працівників міліції м. Києва, майже 90% опитаних вважають свою діяльність фізично важкою і психологічно складною через інтелектуальну насиченість професійних завдань, нервово-психічні перевантаження, наявність небезпеки для життя і здоров'я, тривале перебування на ногах, незадовільне харчування і відпочинок; кількість стресових ситуацій протягом робочого дня коливається від 2 до 5. Респонденти вказали на значну кількість функціональних порушень: перевтому (60% опитаних), дратівливість (до 20%), головні болі (18%), загальну слабкість (8%), сонливість (8%); деякі з них відчують серйозні симптоми психосоматичних розладів: болі в шлунку, в області серця, порушення сну [21, с. 86-87].

Аналіз доступної нам наукової літератури з проблеми соціально-

психологічних детермінант професійної діяльності засвідчує, що найбільш соціально наповненим та психологічно насиченим слід вважати *імідж* працівників Національної поліції України. Його позитивні чи негативні характеристики є відображенням оцінки успішності діяльності системи МВС в суспільній свідомості та визначають особливості взаємодії її суб'єктів з державними інституціями, громадськими організаціями та окремими громадянами. Навіть короткий екскурс в історію міліції України (П. П. Михайленко, М. І. Ануфрієв, О. М. Бандурка, О. Н. Ярмиш та ін.) засвідчує, що держава в усі часи приділяла увагу його формуванню, хоча вектор цих зусиль мав як позитивне, так і негативне спрямування.

Імідж – цілісний, якісно визначений образ певного об'єкта, стійко існуючий та відтворюваний у масовій та/чи індивідуальній свідомості [177, с. 107]; особливий вид психічного образу – уявлення, що характеризується *програмованим* емоційним відображенням певних бажаних ознак людини (об'єкта) та проявляється в поведінці і спілкуванні [162, с. 177]. В останньому визначенні особливо важлива вказівка на програмованість, тобто імідж значною мірою – не стихійно сформований, а рукотворний образ певної людини (групи осіб).

Таким чином, імідж є результируючою сукупністю ознак: сутнісних – що є характеристиками самого явища, та презентованої – що кореспондуються суспільній свідомості. Відтак, соціальний імідж Національної поліції України – це сукупність уявлень про ціннісні якості цієї державної інституції у представників соціуму. Вивчення соціального іміджу правоохоронців передбачає аналіз декількох аспектів: соціального контексту; успішності діяльності правоохоронців за наявними результатами; виявлення еталонних уявлень соціуму про їх ціннісні якості; встановлення оцінок, які дає громадська думка правоохоронцям як суб'єктам діяльності та її результатам; виявлення причин оцінки – позитивної чи негативної, тощо [134, с. 198].

У теперішній час вивчено окремі складові іміджу поліції (Р. В. Каламаж, Т. М. Мартинюк, В. С. Медведєв, Г. Г. Почепцов,

М. М. Цимбалюк та ін.), розглянуто застосування сучасних PR-технологій у створенні позитивного іміджу правоохоронця (О. В. Балинська, О. М. Бандурка, І. Д. Казанчук, П. Б. Ткач та ін.). Узагальнених психологічних досліджень іміджу – одиниці, тому й питання щодо психологічного змісту іміджу працівника поліції, ролі окремих змістових характеристик іміджу у процесі його функціонування, особливостей формування позитивного іміджу, ролі іміджу в розвитку правосвідомості громадян залишаються недостатньо висвітленими.

Зважаючи на численні та значною мірою безсистемні спроби реформування МВС у сучасній Україні, можемо стверджувати, що імідж Національної поліції України визначається, насамперед, іміджем їх працівників, і саме через нього громадяни оцінюють систему в цілому [39; 45; 97; 122, с. 83-91].

Зупинимось більш детально на деяких висновках дисертаційної роботи І. В. Воробйової, присвяченого іміджу працівника міліції [45, с. 14-16]:

- індикатором оцінок правоохоронних органів є оцінки і ставлення до міліції, з представниками якої в повсякденному житті населення контактує частіше, ніж з іншими правоохоронними структурами;

- як на когнітивному, так і на емоційному рівнях образ працівника міліції оцінюється населенням досить негативно і, в основному, містить соціально небажані характеристики (грубість, підозріливість, байдужість, нескромність, безчесність, безпринципність, користолюбство), що відображають низький рівень розвитку моральної, міжособистісної та мотиваційної сфер особистості. Водночас, населенням підкреслюються вольові якості особистості працівника міліції (цілеспрямованість, упевненість у собі, спостережливість, наполегливість), а як додаткова іміджева характеристика – вміння впливати на людей;

- характерними стилями взаємодії працівника міліції з населенням є підозріливий, егоїстичний та авторитарний, що вказує на перевагу агресивно-конкурентної тенденції в його поведінці;

- імідж працівника міліції визначає не тільки авторитет та повагу до нього, а й стає обов'язковим чинником, від якого залежить престиж даної професії, тобто є більш поліфункціональним, ніж іміджі представників інших професій у системі «людина – людина»;

- в контексті уявлень про бажаний правопорядок пріоритетними в очікуваннях громадян щодо працівника міліції є риси, що відображають достатній рівень розвитку когнітивно-пізнавальної, емоційно-вольової та діяльнісно-практичної сфер особистості, а також орієнтація на дружелюбний та альтруїстичний стилі взаємодії при збереженні тенденцій до домінування. Важливими елементами образу працівника міліції повинні бути його зовнішня привабливість у поєднанні з високим рівнем розвитку комунікативних умінь;

- до особистості працівника міліції населення ставить більш високі вимоги порівняно з представниками інших професій типу «людина – людина». Працівник міліції повинен на досить високому рівні не просто володіти певною сукупністю умінь та навичок у галузі взаємодії і спілкування з іншими людьми, бути привабливим зовнішньо, а й уміти гнучко підходити до вирішення професійних питань, виявляючи в поведінці навіть протилежні стилі залежно від ситуації.

Одержані результати цілком можуть бути екстрапольовані на сучасну українську поліцію і дозволяють засвідчити наявність загалом високих та вищих, порівняно з іншими видами діяльності, вимог суспільства до особистісних властивостей працівників. Ймовірно, це зумовлене оцінкою ступеня їх впливовості (потенційного чи актуального) на життєдіяльність кожної окремої людини та соціуму в цілому.

Узагальнення результатів досліджень іміджу працівника правоохоронних органів [42; 155; 162; 227; 280, с. 43-45] дозволяє констатувати, що:

1) імідж суб'єкта зумовлює ставлення суспільства до змісту та результатів його діяльності й визначає ступінь готовності населення до

взаємодії з правоохоронними органами загалом;

2) сучасний імідж працівника Національної поліції України наділений низкою негативних рис, спричинених низьким професіоналізмом, слабкою фізичною і психологічною підготовленістю, недостатнім рівнем загальної освіченості й культури.

Наші висновки узгоджуються з результатами досліджень інших науковців. Так, В. О. Лефтеров стверджує, що сьогодні в правоохоронних органах України мають місце небажані явища і тенденції, що негативно впливають як на загальні результати діяльності поліції, так і на збереження їх психічного та фізичного здоров'я особового складу:

- зниження авторитету поліції серед населення та престижу поліцейської служби;
- «розмивання» професійного ядра в службах і підрозділах внаслідок високої плинності кадрів;
- зниження рівня законслухняності населення, «омолодження» злочинності, поява нових видів злочинів, зростання рівня професіоналізації криміналітету та екстремальності діяльності;
- підвищення, порівняно з минулим, вимог до фізичних і, головним чином, психологічних властивостей працівників [133, с. 334].

Безумовно, що в сукупності несприятливі тенденції іміджу Національної поліції України здатні чинити негативний вплив на професійну самоідентифікацію працівників та призводити до трансформації особистості, принаймні, у двох варіантах: 1) професійної деформації – у разі психологічного «приєднання» до несхвалюваного суспільством професійного образу; 2) психосоматичних розладів – як реакції на психотравматичні переживання у зв'язку з усвідомленням невідповідності «Я – реального» та «Я – ідеального» образів.

Продовження розгляду соціально-психологічних детермінант діяльності Національної поліції України потребує визначитися з соціально-психологічними особливостями професійної взаємодії – її внутрішнім

контуром. Вище вже йшлося про високу ймовірність негативного впливу на особистість психологічних особливостей діяльності, зумовлених її жорсткою правовою регламентацією, високим рівнем відповідальності за прийняті рішення та реалізовані дії, а також психологічно напруженим та/чи екстремальним характером, наявністю елементів та ризику [293, с. 173-174].

Для прикладу звернемося до аналізу психологічних особливостей діяльності патрульної служби (ПС), працівники якої найбільш інтенсивно спілкуються з громадянами і повсякденно потрапляють у складні службові ситуації, які пов'язані з протидією правопорушенням і злочинам. Основними завданнями підрозділів патрульної служби є забезпечення особистої безпеки громадян, захист їх прав, свобод і законних інтересів, запобігання правопорушенням та їх припинення, охорона і забезпечення громадського порядку, виявлення та розкриття злочинів, розшук осіб, які їх вчинили; участь у наданні правової допомоги громадянам, сприяння, у межах компетенції, державним органам, підприємствам, установам і організаціям у виконанні покладених на них законом обов'язків.

З нормативно-правових позицій працівники ПС наділені широкими повноваженнями. Вони мають право офіційно попереджати про недопущення подальшої протиправної поведінки, затримувати правопорушників, проводити обшуки, застосовувати заходи фізичного впливу, використовувати гумові кийки, наручники, вогнепальну зброю, гранати зі сльозоточивим газом тощо [265, с. 153-166].

Разом із тим, як зауважує Г. О. Литвинова, дії особового складу під час виконання службових обов'язків засвідчують, що багато працівників психологічно не готові виконувати поставлені завдання, губляться і допускають серйозні помилки, що нерідко призводить не лише до їх поранень, але й до загибелі. Діяльність працівника ПС пов'язана зі стресами та негативними емоціями, характеризується високим ступенем ризику, потребує великої фізичної витривалості, підвищеної відповідальності за прийняття рішення і водночас супроводжується браком позитивної зворотної

інформації про свою діяльність, невизначеністю посадового росту, несприятливим соціально-психологічним кліматом у професійному колективі [136].

Стрес-фактором, який відображає ступінь усвідомлення працівником ситуації, за якої правопорушники чи злочинці можуть завдати йому фізичної або психологічної шкоди, призвести до нещасного випадку, можливо, й загибелі, виступає тут небезпечність ситуації взаємодії. Дослідження реакцій на цей стресор виявили два основні типи реагування особистості: адаптивні (вроджені захисні реакції, індивідуально придбані реакції відходу від небезпеки й ціннісно-обумовлені реакції уникнення) і неадаптивні, у вигляді надситуативної активності. Службова діяльність не тільки не припускає реакції уникання небезпеки, але й вимагає активності особистості, безпосередньо спрямованої на саме джерело небезпеки з метою її усунення. Тому слід констатувати, що фактично активність працівників при виконанні службових завдань має неадаптивний характер [215, с. 304-310], відповідно, породжує емоційні стани великого ступеня інтенсивності. В сукупності з частотою повторюваності такі стани стають підґрунтям для виникнення психосоматичних розладів.

Окрім того, працівники поліції несуть службу у спеціальному спорядженні, включаючи спецзасоби та зброю. Зростання кількості тяжких злочинів породжує і збільшення кількості випадків застосування співробітниками табельної вогнепальної зброї як для захисту громадян, так і з метою власної безпеки в ситуаціях, що, по суті, є екстремальними. Спостерігається зростання числа фактів опору поліцейським при виконанні ними службових обов'язків. Працівникам часто доводиться діяти в умовах, пов'язаних із значними психічними та фізичними навантаженнями, конфліктним спілкуванням, в умовах невизначеності, при дефіциті часу, необхідності швидкого прийняття правильних рішень. Все це підвищує вимоги до збереження життя інших людей та свого власного [110, с. 272-275].

При цьому слід зважати, що переважна більшість професійних завдань вирішується в умовах та за допомогою комунікативної взаємодії, де основним інструментом стає професійне спілкування. Незалежно від фахового напрямку, воно є невід'ємною складовою професійної діяльності. В процесі професійного спілкування працівники Національної поліції України обмінюються інформацією, пізнають об'єкта діяльності та здійснюють на нього вплив, тобто реалізуються когнітивна, перцептивна та інтерактивна його функції. Тому розвиненість комунікативних якостей особистості – основа ефективної адаптації працівника до професійного середовища, формування гнучкої системи внутрішньоособистісних, міжособистісних та соціальних відносин як серед працівників колективу, так і з об'єктами професійної діяльності – правопорушниками та законослухняними громадянами [280, с. 43-45].

Виконуючи свої професійні обов'язки, працівник повинен спілкуватися з представниками різних вікових категорій та професій, з людьми, які мають різний соціальний і правовий статус у суспільстві. З усіма громадянами, які входять до сфери професійної діяльності, необхідно встановити психологічний контакт, налагодити ділові та довірчі стосунки, що є обов'язковою умовою для отримання від них необхідної для вирішення оперативно-службових завдань правдивої і точної інформації, а також можливої допомоги та співпраці. Ця позиція набуває особливого значення в сучасних умовах, за яких панує низький рівень довіри населення до Національної поліції України щодо їх спроможності вести активну боротьбу зі злочинністю, професійно надавати правову та соціальну допомогу громадянам, які того потребують.

Втім, зауважимо, що спілкування в системі «людина – право» може мати великий ланцюг рівнів: від домінантного рівня (авторитаризм і директивність у взаєминах з оточуючими) до конформності; проміжним варіантом слід вважати формальний рівень, що передбачає повне відсторонення від ситуації взаємодії та домінування суб'єкт – об'єктних

стосунків.

Соціально-психологічними особливостями професійної взаємодії працівників Національної поліції України визначено [122]:

1) необхідність співпраці з кримінально зараженими елементами, несумлінними потерпілими й свідками – особами, що дають свідомо неправдиві свідчення або відмовляються від дачі показань, застосування негласних заходів, в тому числі входження в кримінальне середовище (рольова поведінка) тощо. Зазначене детермінує наявність специфічних змістовних та динамічних характеристик професійного спілкування суб'єкта;

2) часте виникнення гостроконфліктних ситуацій, що спричинюється протистоянням суб'єктів правоохоронної діяльності та представників злочинного світу у зв'язку з різноспрямованістю цілей діяльності, проекція конфліктних взаємовідносин злочинця з законом і суспільством на конкретну особу – працівника поліції, правова обмеженість суб'єкта правоохоронної діяльності в обранні засобів та способів діяльності при ненормованості поведінки та дій правопорушника;

3) наявність ситуацій службової діяльності, що характеризуються суперечливим співвідношенням суб'єктивних уявлень про справедливість і соціальними, політичними, правовими реаліями, відповідальністю за вирішення проблем, що стосуються не лише здоров'я, але й честі, гідності та свободи громадян.

Звертаючись до психологічних особливостей взаємодії між суб'єктами діяльності – працівниками поліції, зауважимо, що їх колективам властиві всі ознаки, типові для трудових колективів інших організацій. Проте, характер служби працівників поліції обумовлює наявність певних соціально-психологічних особливостей. Однією з них є те, що результат їхньої діяльності відрізняється від результатів роботи багатьох інших колективів. Метою діяльності поліції є створення безпечних умов для життєдіяльності громадян, підтримання належного стану громадського порядку та протидія злочинності. Ця мета досягається за допомогою специфічних засобів і

методів, тому й ефективність діяльності колективу стає очевидною не відразу, а лише через деякий час. Вирішення слідчих, оперативно-розшукових, виховних, експертних і інших завдань вимагає специфічного психологічного настрою як окремих працівників, так і всього колективу. Тому в колективі повинна підтримуватися і переважати така психологічна атмосфера, яка найбільше сприяє продуктивній, ефективній співпраці.

Будучи елементом системи державного управління, Національна поліція України повинна відповідати вимогам централізації, єдиноначальності, субординації та строгої дисципліни. Невиконання наказів або халатне ставлення до службових обов'язків спричиняє не тільки моральний осуд, але і сувору відповідальність. На відміну від більшості інших трудових колективів, служба в поліції пред'являє більш формалізовані і жорсткі вимоги до поведінки своїх співробітників у побуті, при проведенні дозвілля, у неформальних зв'язках і знайомствах, причому в багатьох колективах ця сторона життя підлягає значному контролю та неформальній регламентації [30; 100].

З огляду на це, не менш важливою є проблема службових стосунків у колективі. Пізнання і взаємний вплив людей один на одного – обов'язковий елемент будь-якої спільної діяльності, незалежно від того, що є її метою. Науковцями доведено, що сприятливий морально-психологічний клімат сприяє успішній реалізації кожної особистості та ефективному здійсненню діяльності [100; 115, с. 33-38; 242, с. 55-62; 268]. І навпаки, у колективі, де панують формальні, байдужі, тим більше – неприязні відносини, працівник відчуває емоційну відчуженість, тугу за теплотою людських взаємин, а іноді й стресовий стан, якщо мають місце приховані або явні конфлікти. При такому соціально-психологічному кліматі працівник втрачає інтерес до колективу, що негативно впливає на його службову активність і результативність діяльності.

Важливу роль у функціонуванні колективу Національної поліції України відіграє його керівник. Практика професійної діяльності у силових

структурах дає можливість стверджувати, що зміст та організація підготовки та перепідготовки керівних кадрів нерідко далекі від проблем сучасного керівника. Як наслідок цього – однобічна, спрямована на вирішення специфічних професійних завдань підготовка керівника призводить до того, що він не завжди здатний вирішувати сучасні соціально-психологічні проблеми керованого ним колективу, а нерідко й створює їх сам. Розплата за це – конфлікти у колективі, незадоволеність як працівників, так і самого керівника процесом та результатами праці [58, с. 59-60; 190, с. 24-34].

Таким чином, взаємодія працівників поліції з іншими людьми є обов'язковим елементом професійної діяльності, в процесі якої реалізується мета попередження, припинення, розкриття та розслідування правопорушень і злочинів. При цьому здійснення професійного спілкування має свою психологічну специфіку, обумовлену необхідністю досягнення багатьох цілей на кожному етапі, важливістю встановлення психологічного контакту, високою ймовірністю виникнення конфліктів та негативних психічних станів у його учасників, тощо. Крім того, може виникнути раптове ускладнення оперативно-службової обстановки, що зумовлює необхідність переходу до дій в екстремальних умовах. Зокрема, це стосується спілкування працівників із правопорушниками, при якому наявна протидія, дефіцит часу, конфліктність тощо. В одних випадках працівники втручаються в конфлікт, який вже існує, щоб запобігти негативним наслідкам (наприклад, при охороні громадського порядку). В інших – конфлікти викликаються безпосередньо діяльністю працівників, спрямованою на боротьбу зі злочинністю (наприклад, при затриманні правопорушника, при особистому огляді, вилученні речей та документів тощо). Конфлікт може виникнути і через некомпетентність працівника (коли власними діями та ставленням до оточуючих він спричиняє конфлікт), незнання механізмів розвитку конфліктних ситуацій та особливостей спілкування в таких випадках, що в кінцевому підсумку не локалізує чи припиняє конфлікт, а навпаки – прискорює його розвиток [68].

Виникненню конфліктів на соціально-професійній основі сприяють також наступні причини: недосконалість системи добору й розстановки кадрів; зазіхання працівника на вищу посаду й обмеженість можливостей їх задоволення у підрозділі; прогалини в нормативних документах, що регулюють порядок несення служби; різний ступінь зацікавленості суб'єктів під час взаємодії на кожному етапі професійної діяльності; правова закріпленість працівника за посадою або місцем при низькому рівні його ділових якостей і при наявності іншої кандидатури на його заміну, яку керівник не може здійснити; крайнощі кадрової політики у підрозділах (повна заміна фахівців-практиків дипломованими фахівцями або, навпаки, пониження ролі чи навіть ігнорування фахівців з дипломами) [41].

Таким чином, високі вимоги до вмінь та навичок професійного спілкування (встановлення психологічного контакту та здатність привертати увагу громадян; врахування в спілкуванні психологічних особливостей різних верств та груп населення; здатність до ефективної взаємодії з великими групами і натовпами людей тощо), багатоплановість службових ситуацій, кожна з яких може мати низку аспектів, що потребують певної оцінки та визначення власного ставлення до конкретного об'єкта (свідка, підозрюваного, потерпілого тощо) та вимагає вміння оцінювати свої дії та дії інших людей відповідно до їх поведінки, а не за емоційним ставленням до них, неможливість чіткого планування та прогнозування результатів, відносини по горизонталі та по вертикалі, динамічні процеси у службовому колективі приводять до напруження інтелектуальних, моральних та психологічних зусиль працівника поліції та можуть створювати передумови для виникнення у нього негативно забарвлених психоемоційних станів, які несуть в собі потенційну загрозу психічному та фізичному здоров'ю.

Об'єднуючою ланкою між чинниками зовнішнього та внутрішнього контурів соціально-психологічних детермінант діяльності Національної поліції України ми вважаємо низку наявних в професійному середовищі соціально-професійних суперечностей: між динамікою професійних завдань,

вимогами до професії та внутрішньою неготовністю співробітників до її здійснення; між невизначеністю законодавчої й правоохоронної політики в державі, морально-ідеологічними установками суспільства та прагненням співробітника займати чітку й визначену позицію; природною особистісною потребою у самореалізації та неможливістю її реального досягнення в умовах, що склалися. Їх наявність та ступінь усвідомлення також призводять до розвитку негативних емоційних станів.

На нашу думку, зазначені проблемні аспекти соціально-психологічних детермінант діяльності кореняться в особливостях сучасного стану Національної поліції України як професійної спільноти.

Згідно з законами та закономірностями соціальної психології, макрогрупа повинна мати певні групові норми і традиції, цілі і цінності, мотиви, установки. Кожен член цієї спільноти впродовж адаптації до професійної діяльності та подальшого процесу професійного становлення інтеріоризує групові феномени, і вони стають засадами його професійної самоідентифікації – «образу Я – професіонал», наділеного відповідними професійно значущими властивостями і якостями. Якщо засвоєні світоглядні орієнтири узгоджуються з груповими, професійний шлях особи характеризується предметністю і безконфліктністю, і навпаки.

Успішність такої інтеріоризації залежить від наявності відносно сталого професійного середовища. Між тим, як неодноразово зазначалося науковцями і практиками, характерною ознакою сучасної системи МВС України є «вимивання» з її лав професійних, досвідчених кадрів, носіїв професійних цінностей та моральних орієнтирів діяльності [42; 87; 122; 144; 185, с. 100-103]. Відповідно, неможливість фіксування професійних цінностей у середовищі правоохоронців, як засад формування професійної ідентичності молодих працівників [155, с. 8-9], призводить до заміни цінностей, притаманних професійному середовищу правоохоронців, моральними та соціокультурними цінностями [122]. Останні, як відомо, є неоднорідними, а інколи – й суперечливими, і змістовно можуть не

співпадати з нормами права. Таким чином, сучасний стан соціально-психологічних детермінант діяльності Національної поліції України стає основою внутрішньоособистісного конфлікту працівника у ситуації необхідності вибору між «законним» і «моральним».

Нарешті, до соціально-психологічних детермінант діяльності Національної поліції України слід віднести низку особливостей особистості працівника, зумовлених вищезазначеними обставинами. До них належать, зокрема: 1) просоціальна, асоціальна чи антисоціальна спрямованість; 2) домінування ділової, корпоративної чи особистісної (утилітарної) мотивації; 3) ступінь ідентифікації себе з професією; 4) наявність дисонансу професійних ролей чи невизначеності службового статусу; 5) переживання стану знеособленої відповідальності; 6) специфічність соціально-психологічної адаптації до професійної діяльності.

В межах нашого дослідження ми не вважаємо за доцільне надавати детальну характеристику перерахованих особливостей особистості, зупинимося лише на деяких важливих позиціях.

Формування професійної майстерності передбачає, серед іншого, підпорядкованість системи особистісних цілей і цінностей професійним. Враховуючи специфічність діяльності поліції, особисте життя і стосунки стають подіями «другого плану», що призводить до уповільнення чи й деградації особистісного розвитку (професійне вигорання) або породжує психотравмуючі переживання та психосоматичні розлади. В першому випадку створюються передумови для формування мотивації жертвовності, в другому – мотивації убезпечення цілісності «образу Я».

Дисонанс професійних ролей може виникнути через нерівномірний розподіл навантаження між ефективними та неефективними працівниками («хто везе, на того й грузять»), коли той, хто є більш професійно успішним, обмежується в задоволенні «позапрофесійних» життєвих потреб порівняно з неуспішними. Відповідно, це спричиняє внутрішньоособистісний конфлікт, негативні переживання та прагнення до відновлення справедливості, а також

небажані соціально-психологічні процеси в колективі («чому знову я?», «чому я повинен працювати за інших?»).

Дисонанс професійних ролей може мати місце через конкурентні відносини між формальною ієрархією та неформальною системою стосунків, некоректними спробами керівника втручатися у неформальні відносини співробітників, наявність альтернативних офіційному керівництву лідерів тощо. У подібних ситуаціях особа може відчувати напругу та неспокій, що загострюється через неможливість змінити існуючий стан речей.

Близький до зазначеного феномен невизначеності службового статусу виникає через необхідність адаптуватися до нових умов професійної взаємодії (наприклад, у випадках зміни керівництва). Його нейтралізація можлива за допомогою створення адекватних уявлень про:

- очікування керівництва – чітке визначення поточних та перспективних службових завдань, кількісних та якісних критеріїв їх оцінювання, місця кожного працівника в досягненні колективної мети;
- вимог керівництва, які мають максимально виключати можливість зловживань, невизначеності або професійного дисонансу.

Колективний характер діяльності, при всіх своїх безсумнівних позитивних аспектах, здатен породжувати у деяких працівників психотравмуючі переживання знеособленої відповідальності через неможливість у повному обсязі самотійно контролювати робочу ситуацію. Це, у свою чергу, викликає недовіру, тривожність, побоювання за результат взаємної праці та ускладнення професійної взаємодії, намагання захисту власних інтересів за допомогою різних ціннісно-нормативних систем.

Нарешті, до соціально-психологічних детермінант професійної діяльності слід відносити особливості соціальної та професійної адаптації. Цей процес неоднорідний за своєю сутністю, що дозволяє виділяти різні його **поведінкові типи**.

В якості критеріїв соціально-психологічної адаптації (умовної норми взаємодії) науковцями [296, с. 204] пропонуються наступні показники:

адекватність внутрішньопсихічних механізмів відображення навколишньої дійсності, зрілість особистості, її соціальна адаптованість. У контексті нашого дослідження, останній показник доцільно представити наступним чином (див. Табл. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Соціальна адаптація працівників Національної поліції України

Пропонована класифікація ⁷	Наша інтерпретація
почуття положення в середовищі собі подібних і гармонія взаємовідносин з ними	як саме відчуває працівник поліції своє положення серед колег, чи відбувається ефективна взаємодія з ними
адекватність реакцій на соціальне середовище	ефективність професійної діяльності
здатність самокорекції поведінки відповідно до норм, прийнятих в колективі	професійне вдосконалення, високий рівень соціалізованості
вміння уживатися з оточуючими	володіння навичками поєднання можливостей представника влади та носія законослухняної поведінки
прагнення домагатися самоствердження в колективі, в суспільстві без збитку для інших його членів	протидія власній професійній деформації та іншим небажаним віянням як на професійному ґрунті, так і в побуті

Проаналізувавши наведене вважаємо, що найбільш оптимальними характеристиками ефективної соціально-психологічної адаптації працівників Національної поліції України є їх здатність до постійного професійного розвитку та збагачення особистості за рахунок:

- підвищення відповідальності в міжособистісних стосунках та

⁷ Ми модифікували критерії, пропоновані у першоджерелах із юридичної психології [286, с. 401].

«акцентованої» законослухняності;

- сприйняття дійсності через статус представника правоохоронної системи;

- вміння оптимально співвідносити власні інтереси з інтересами свого підрозділу та системи МВС в цілому.

Відповідно, соціально-психологічна дезадаптація працівників поліції зумовлюється відсутністю позитивних показників за наданими критеріями (від одного до всіх). Доповнюючи, зауважимо, що основними відмінностями соціально-психологічної дезадаптації від адаптації є:

- порушення соціально-психологічних контактів;
- неадекватність сприйняття і переробки інформації;
- порушення сну;
- неадекватне емоційне реагування (негативний емоційний фон).

Неадаптивний поведінковий тип характеризується тим, що у разі неможливості змінити зовнішні обставини така особа прагне знайти відхід від вирішення проблеми, тобто шукає середовище, більш відповідне її соціально-психологічним можливостям. Згідно з концепцією К. Хорні, це відповідає еволюційно-древнім поведінковим стратегіям людства: рух до соціуму, проти нього або його уникнення (співробітництво, суперництво, втеча) [275].

Узагальнення наукових першоджерел [130; 293] дозволяє нам запропонувати такі типи особистості працівників поліції у площині їх адаптивності/деадаптивності як схильності/несхильності до психосоматичних розладів через високий рівень емоційного напруження, хоча воно й має різне психологічне підґрунтя:

- активний;
- агресивний;
- істероїдний;
- уникаючий;
- астенічний;

- меланхолійний.

Активний тип – характеризується активністю, цілеспрямованістю, вірою у власні сили. Такі особи рішучі, домінантні, мають виражені лідерські здібності. Їх дії в екстремальній обстановці більш успішні, ніж у колег. Серед негативних рис можна назвати надмірну впевненість у собі, що може заважати колективній взаємодії через прагнення покладатися суто на власні сили. Доцільно додати й те, що разом із наполегливістю, їм притаманні завищені критерії самооцінки та вимогливості як до себе, так і до оточуючих. Останнє, відповідно, є потенційним осередком конфліктності в колективі.

Професійна ефективність цих осіб зумовлюється підпорядкуванням особистісних потреб досягненню професійної мети. Особливо цікавим нам видається те, що навіть проблематичні риси своєї особистості (авторитарність, агресивність, ворожість, байдужість до можливих негативних наслідків та чужої думки) вони використовують згідно інтересів професійної діяльності. Разом із тим, відповідними дослідженнями доведено [5; 228], що особи з подібним комплексом профільних ознак часто бувають жорсткими та несправедливими. Вони схильні виходити за межі отриманих керівних вказівок та перевищувати необхідний примусовий вплив.

Їх протилежність – працівники, що відрізняються нереалізованістю або своїх власних професійних домагань, або сподівань керівництва. Їм притаманні тенденції [39; 41; 43; 130; 170; 271; 293]:

- негативного та песимістичного ставлення до будь-яких життєвих подій, у тому числі – професійних;
- ворожості і злостивості щодо оточуючих;
- відчуття власної незатребуваності та аутсайдерства.

Агресивний тип – такі особи ризиковані, рішучі, активні та ініціативні, сміливі. Але такі риси не завжди реалізуються у прийнятній для працівників поліції формі (наприклад, як прояви насильства, залякування або перевищення повноважень). Їх поведінка характеризується конфліктністю, критиканством, прагнення завжди і в усьому «зав'язати бійку». Особливо

загрозливим, на нашу думку, є недоречна завзятість у користуванні зброєю або спеціальними засобами силового примусу. Враховуючи, що співробітники агресивного типу схильні до демонстрації своїх переваг (фізичної сили, влучності у користуванні зброєю тощо), без доволі жорсткого контролю вони можуть представляти загрозу для оточуючих.

Істероїдний тип – його представники демонстративно діяльні, експресивні, активні, енергійні, проте поверхневі, малопродуктивні, легко відволікаються від справи через домінування вираженого емоційного фону. Необхідність демонстрації високої працездатності продукує у цих осіб стан психологічної напруженості, що призводить до зниження ефективності професійної діяльності. Виникає своєрідне «замкнене коло», за якого потрібно докладати все більших зусиль, аби привернути увагу оточуючих; такі зусилля, в свою чергу, все більше засвідчують їхню професійну неспроможність. Через таку малопередбачувану поведінку та сумнівну продуктивність професійної діяльності працівники цього типу становлять собою певну загрозу для колег: ті розраховують на їх підтримку та внесок в загальну справу, але очікувати цього марно. Окрім того, особи цієї групи нерідко схильні до різних порушень дисципліни.

Уникаючий тип – такі особи погано переносять психічні навантаження, що соціально відображається у поведінкових реакціях уникнення труднощів та завдань, які видаються для самої особи занадто складними. Вони нерішучі, багаторазово перевіряють, чи зрозуміли наказ та отриману інформацію, навіть, схильні до пасивно-агресивного уникнення виконання наказів керівництва.

Працівникам уникаючого типу притаманні крайнощі: від завзятої впевненості під час виконання професійної діяльності до тривожних сумнівів та пасивності. Керівники та колеги можуть сприймати їх як цілеспрямованих та результативних, проте така їх поведінка є результатом надмірних для психосоматичного статусу навантажень.

Між тим, такі особи є достатньо адаптованими до професійної

діяльності, а їх працездатність тривало залишається в нормі, хоча в емоційно-стресових ситуаціях вони занадто нервуються (порушуються сон, апетит, знижується настрій) та проявляють небажані якості особистості (драгівливість, розгубленість, деконцентрація уваги, моторна загальмованість та ін.).

Астенічний тип – при вирішенні професійних завдань демонструють активність та наполегливість, але швидко виснажуються. Їх бадьорість та оптимізм надто акцентовані, щоб не викликати сумнівів, отже, свідчать про приховану тривожність та напруженість. Уникаючи проявляти відверті емоції, ці особи посилюють пригнічення, яке намагаються реверсивно витіснити зовнішньою безтурботністю та врівноваженістю. Такі психічні процеси, на наш погляд, є проявом некомфортного психічного стану та переживання хронічного стресу, що predisponують виникнення психосоматичних розладів.

Меланхолійний тип – парадоксальність представників цього типу полягає в тому, що він найтіснішим чином пов'язаний із недостатністю професійного досвіду, тобто притаманний молодим і фізично здоровим людям. Розуміючи недосконалість своєї підготовки до несення служби, вони відчують втому, млявість, втрату енергії та активності. У них, переважно, знижений фон настрою, песимістичний погляд на життя та професійну діяльність. Через постійну готовність до негативної оцінки своїх дій, підвищену чутливість та повсякчасне очікування небезпеки, такі працівники також схильні до виникнення психосоматичних розладів.

Представлені особливості психічних станів таких осіб утворюють мотиваційно-сміслові комплекси, що впливають як на успішність професійної діяльності, так і на сутнісні характеристики процесу професійного становлення, визначають опірність працівника стосовно негативних та психотравмуючих впливів.

Узагальнюючи вищезазначене, можемо стверджувати, що професійна діяльність працівників поліції реалізується в умовах безпосередньої

соціальної взаємодії, а її результати значною мірою детермінуються впливом певних соціально-психологічних закономірностей. Соціально-психологічні детермінанти діяльності мають місце на двох рівнях: уявлення про Національну поліцію України як макроспільноту в суспільній свідомості (зовнішній контур); соціально-психологічні особливості професійної взаємодії (внутрішній контур). На кожному з цих рівнів наявні стресогенні чинники, здатні викликати негативні психоемоційні переживання, їх фіксацію та трансформацію у якісно інше психологічне новоутворення – психосоматичний розлад.

Несприятливі тенденції іміджу Національної поліції України здатні чинити негативний вплив на професійну самоідентифікацію працівників та призводити до трансформації особистості у формі: 1) професійної деформації – у разі психологічного «приєднання» до несхвалюваного суспільством професійного образу; 2) психосоматичних розладів – як реакції на психотравматичні переживання у зв'язку з усвідомленням невідповідності «Я – реального» та «Я – ідеального» образів.

До соціально-психологічних детермінант діяльності поліції належить також необхідність підпорядкованості системи особистісних цілей і цінностей професійним. За таких умов особисте життя і стосунки стають другорядними, що спричиняє уповільнення чи деградацію особистісного розвитку або породжує психотравмуючі переживання та психосоматичні розлади. Через нерівномірний розподіл навантаження між ефективними та неефективними працівниками ті, хто є більш професійно успішним, обмежуються в задоволенні «позапрофесійних» потреб більше, ніж неуспішні. Відповідно, це призводить до виникнення небажаних соціально-психологічних процесів у колективі.

2.3. Вплив стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника

У цивілізованому суспільстві правоохоронним органам належить визначальна роль у забезпеченні принципу верховенства права та існуванні правової держави, адже саме від правоохоронців залежить безпека життєдіяльності суспільства у всіх його сферах. Між тим, загроза життю, фізичному і психічному здоров'ю працівників Національної поліції України є звичними умовами їх професійної діяльності. Специфіка несення ними повсякденної служби полягає в необхідності виконання професійних обов'язків в умовах, ускладнених впливом емоційних і фізичних стрес-чинників, зумовлених загостренням кримінальної обстановки, напруженістю соціально-економічної ситуації в державі.

Крім того, професійна діяльність пов'язана з підвищеною правовою відповідальністю працівників за свої дії. Вона нерідко характеризується непередбачуваним перебігом подій, а також недостатньою визначеністю рольових функцій за необхідності спілкуватися з найрізноманітнішим контингентом громадян, що вимагає від фахівця готовності до рішучих дій і здатності піти на ризик.

Поряд із цим, для діяльності поліції досить типовими є екстремальні умови несення служби, що значно підвищує ризик розвитку професійного стресу і наслідків його впливу на особистість працівника. Таким умовам притаманний високий рівень напруженості, обумовлений постійним зіткненням з небезпекою.

Отже, стресогенні чинники є невід'ємною складовою процесу виконання правоохоронцями своїх службових функцій. На наш погляд, це спричиняє певний «парадокс звикання» як соціуму, так і самих працівників до екстремальності умов професійної діяльності. На його тлі вплив стресогенних чинників починає сприйматися як щось буденне, ординарне. З врахуванням тієї обставини, що на службу в поліцію приходять молоді та

фізично здорові особи, негативний вплив таких чинників до часу нейтралізується за рахунок психічних та фізичних ресурсів організму і самою людиною не помічається.

Перебуваючи в екстремальній ситуації, працівник поліції здатен контролювати свої емоції та здійснювати саморегуляцію своєї поведінки. Проте такий самоконтроль не виключає негативного впливу на психіку, і зрештою настає момент, коли особі вже не вистачає компенсаторних механізмів для подолання ситуації «людина – середовище» [157; 195; 204; 211].

Таким чином, найбільш загальним підходом до пояснення взаємозв'язку між стресогенними чинниками професійної діяльності та психосоматичним статусом працівника є концепція щодо *адаптаційних механізмів людської психіки* [26; 27; 157; 242]. Відповідно, успішність адаптації працівників Національної поліції України до умов професійного середовища визначається взаємодією об'єктивних та суб'єктивних змінних – умовами професійної життєдіяльності та особливостями особистості всіх рівнів (психофізіологічними, індивідуально-психологічними та соціально-психологічними).

При цьому об'єктивні умови, залежно від інтенсивності та тривалості психотравмуючого впливу, можна поділити на:

- 1) інтенсивні тривалі ситуації – локальні бойові дії, масові безпорядки, стихійні лиха та техногенні катастрофи тощо;
- 2) інтенсивні короточасні ситуації – групові порушення громадського порядку, звільнення заручників, затримання злочинців, гострий сімейно-побутовий конфлікт між громадянами, агресивна поведінка психічно неадекватних осіб тощо);
- 3) малоінтенсивні тривалі ситуації, що породжують підвищену тривожність та особливу емоційну напруженість. Ситуація стає для особи надзвичайно значимою, причому безвідносно до того, містить вона реальну небезпеку чи така небезпека лише уявна. Її психотравмуючий вплив

зумовлюється суб'єктивним переживанням реальної дійсності (значні інтелектуальні навантаження, конфлікти по вертикалі та горизонталі, невдачі у діяльності, перешкоди у кар'єрному рості, підвищена відповідальність за виконувану роботу тощо) [203; 293].

Суб'єктивна складова представлена: на емоційному рівні – афективними проявами, пов'язаними з суб'єктивним переживанням стресу; на когнітивному рівні – відповідними зрушеннями у перебігу психічних пізнавальних процесів; на поведінковому рівні – пошуковою активністю та спробами знаходження адекватного ситуації варіанту поведінки.

Дезадаптація найперше стосується емоційно-когнітивних процесів, що призводить до загального зниження адекватності функціонування психічної сфери та виникнення психічної напруженості, далі – до зниження ефективності діяльності та її дезінтеграції. Така дезінтеграція може проявлятися в наступних формах: збудливій (метушливість, функціонально невиправдане звертання до раніше напрацьованих стереотипів дій), гальмівній (уповільнення психічної активності, почуття байдужності та приреченості).

Подальша динаміка психічної дезадаптації призводить до виникнення проблем у міжособистісній взаємодії, що стосуються як професійних, так і позапрофесійних відносин: формуються ознаки соціально-психологічної дезадаптації, що проявляється в порушеннях комунікації, відчуженості та ворожості щодо соціального оточення, уникненні відповідальності, невпевненості в собі та своїх можливостях. Зрештою, сукупність вищезазначених проявів спричиняє і розлади психофізіологічної адаптації [221, с. 30-31].

Ми акцентуємо увагу саме на такій послідовності формування дезадаптаційного контуру психосоматичного статусу працівників поліції, оскільки класично його динаміка виглядає інакше: психофізіологічні – психологічні – соціально-психологічні прояви. Зумовлюється такий стан речей, по-перше, екстремальним характером професійної діяльності, про що

йшлося вище, по-друге – «провідними тенденціями особистості» [233, с. 443], які визначають індивідуально-психологічні перспективи настання того чи іншого варіанту психосоматичних розладів. На підтвердження цієї думки нагадаємо постулат А. Менегетті щодо «типу життєвої індивідуації», тобто залежності дезадаптації від індивідуальних особливостей [157, с. 11].

Зазначимо, що розуміння залежності між екстремальними умовами життєдіяльності та станом здоров'я в історії людства має давні витoki (Авіценна, Гален, Парацельс, Пінель). З. Фрейд розглядав конверсійний невроз як суб'єктивно доцільний для особи психічний стан, що стає засобом порятунку від несприятливих зовнішніх умов. Його ідеї щодо різних форм реагування на психотравмуючу подію («витіснення» та «фіксація на травмі») широко представлені в сучасних психоаналітичних концепціях стресу.

Але перша спроба обґрунтування впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника належить, на нашу думку, Да Коста, який описав «синдром солдатського серця», спостерігаючи за солдатами під час Громадянської війни в США (1871 р.). Особливо значущими в контексті нашого дослідження вважаємо низку робіт російських лікарів першої чверті ХХ ст., присвячених вивченню впливу локальних екстремальних обставин на психіку людини. Застосування великокаліберної артилерії, літаків, хімічної зброї і могутніх вибухових пристроїв спричинило не лише зростання кількості поранених, але й їх психічну травматизацію. Характерно, що за часів Російсько-японської війни психосоматичний статус таких солдат оцінювався лише з позицій моралі та здорового глузду, але Перша Світова війна принесла розуміння щодо реального існування специфічних емоційних станів, які виникають у бойовій обстановці («шок, викликаний розривом снаряду») [17, с. 68-88; 31, с. 317-335; 286, с. 86-88].

Як зазначав пізніше П. Б. Ганнушкін (1924-1933 рр.), психічна травма може бути настільки тривалою та інтенсивною, що будь-якої особистісної внутрішньої сили виявиться недостатньо для її подолання [48]. Цей висновок

стосувався деяких молодих людей, які через вир революційних подій опинилися на високих державних посадах. Вони не мали необхідних знань та досвіду, натомість, працювали без огляду на час, особисті сили та здоров'я.

П. Б. Ганнушкін виділив три групи симптомів такої «набутої інвалідності» в контексті нозологічної форми психопатій. Перша представлена надмірною збудливістю і дратівливістю, а її витоками є перенесена в минулому травми голови та надмірно напружені умови життя. До другої було віднесено приступи пригнічення та депресивні стани (тривалі чи короточасні, гострі чи з в'ялим перебігом). Третя група симптомів проявляється в різного роду психогенних істеричних розладах, що з часом іррадіюють на інтелектуальну сферу. В кожному разі вирішальною стає перевтома – фізична, інтелектуальна, але частіше – афективна, моральна [48].

Наявність впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника підтверджується й фактичними матеріалами, накопиченими психіатрами під час та після завершення Другої Світової війни [51, с. 25-33]. Подібні розлади на той час визначалися як «психоневроз» або «нервова втома», а їх типовими проявами вважали страх, несамовитість (марення), депресію, переживання групової паніки та ін. [52, с. 76-81; 62, с. 321-325; 69].

До аналогічних висновків дійшли й автори, які працювали в зовсім іншій парадигмі – класичного психоаналізу. Так, А. Кардинер писав про ослаблення сили Его під впливом стресогенних чинників, внаслідок чого людина починає сприймати навколишній світ як ворожий стосовно себе. Він виділив найбільш характерні психічні реакції на психотравмуючі події: 1) фіксація на травмі; 2) зниження загального рівня активації; 3) дратівливість; 4) схильність до вибухових агресивних реакцій; 5) нав'язливі кошмарні сновидіння.

Аналізуючи психологічні наслідки участі військовослужбовців та правоохоронців у локальних війнах і збройних конфліктах, російські дослідники вказують на доцільність їх виділення в самостійну категорію

(«бойова психотравма», «стрес бойової обстановки», «бойове виснаження» тощо) [128, с. 62-74; 247; 248, с. 5-13]. Напевне, було б більш коректним відносити означені прояви до числа дезадаптивних психічних станів, які отримали назву посттравматичних стресових розладів [249].

При цьому слід зазначити, що в науковій літературі прослідковується тенденція до певного ототожнення проявів ПТСР та психосоматичних розладів – як відтермінованих наслідків впливу стресогенних чинників на психосоматичний статус працівника. На нашу думку, такий підхід не є цілком коректним: виникнення ПТСР більшою мірою детермінується об'єктивними обставинами, що ми прагнули підкреслити, аналізуючи вище специфічність впливу бойових умов; психосоматичні розлади обумовлюються, скоріше, індивідуально-психологічними особливостями людини. Як писав з цього приводу вже цитований нами А. Менегетті, тяжкість ситуації визначається не стільки об'єктивними її чинниками, скільки тим, як вона сприймається суб'єктивно [157, с. 16-20]. На визначальну роль негативних переживань (тривога, страх, ненависть тощо) у виникненні психосоматичних розладів вказують і інші дослідники [139].

Безумовно, що тривалі інтенсивні стресогенні ситуації для діяльності правоохоронних органів – виняткові; типовими слід вважати ситуації другого та третього різновидів: інтенсивні короточасні та малоінтенсивні тривалі. Відповідно, більш очікуваним варіантом реагування особистості працівника поліції на стресогенні чинники професійної діяльності є не ПТСР, а психосоматичні розлади. Механізмом їх формування стає вплив психотравмуючих чинників малої інтенсивності або об'єктивно складні умови діяльності, що сприймаються й оцінюються як напружені чи небезпечні.

Ще І. П. Павлов, досліджуючи особливості формування умовних рефлексів, зазначав, що тривалий негативний емоційний стан здатен відображатися на функціонуванні конкретних органів. Особистісні переживання, приниження гідності, труднощі буденного життя призводять до

виникнення психосоматичних реакцій [186].

На ролі повторюваних психічних мікротравм, пов'язаних із суспільними, сімейними або професійними невдачами, у свій час наголошував також Ю. Б. Тарнавський [250]. На нашу думку, такими стресогенними чинниками можуть стати: 1) ситуації підвищеної відповідальності, до того ж не підкріпленої належними повноваженнями, матеріально-технічними ресурсами, професійним досвідом та професійно психологічною підготовленістю, що спричиняють стан підвищеної тривожності; 2) ситуації невдоволення собою, що супроводжуються загальним зниженням настрою; 3) ситуації виснаження адаптаційних систем організму, викликані ненормованим робочим днем, розбалансованим режимом праці і відпочинку, необхідністю постійно гальмувати свої емоції; 4) неможливість задоволення базових потреб самого працівника та членів його родини на тлі високого чи просто пристойного рівня благополуччя представників інших професій.

Таким чином, можемо стверджувати, що діяльності Національної поліції України притаманні як екстраординарні (гострі екстремальні) стресогенні чинники, так і чинники повсякденної дії (інтенсивні короточасні та малоінтенсивні тривалі ситуації). При цьому останні є типовими, саме вони зумовлюють психоемоційну напруженість працівника, вимагають подолання їх суб'єктивно екстремального сприйняття та здатні дезорганізовувати його особистість.

Виникає генералізована реакція тривоги (переживання небезпеки чи невизначеного занепокоєння), яку вважають однією із форм адаптації [146, с. 59]. Рівень і характер прояву такої реакції, як явище суб'єктивного порядку, обумовлюється індивідуально-психологічними особливостями людини. Якщо рівень тривоги не перевищує середніх значень, професійно мотивована поведінка залишається цілеспрямованою; їх перевищення призводить до перенапруження механізмів регуляції. Іншими словами, до певної межі працівник поліції здатен тримати свої емоції під контролем та

свідомо керувати своєю поведінкою. Негативні наслідки настають, коли йому не вистачає компенсаторних механізмів для подолання ситуації «людина – середовище».

Психологічними наслідками хронічної стресової реакції стає психоемоційний стан у вигляді *професійного стомлення*, що спричиняє утруднення чи нездатність особистості ефективно виконувати службові обов'язки. Перефразовуючи відомий вислів, можна сказати, що таке стомлення – нормальна реакція нормальної людини на ненормальні обставини. Коли відпочинок між циклами роботи є недостатнім для відновлювання й зберігаються об'єктивні (зниження продуктивності діяльності) та суб'єктивні (відповідні переживання) ознаки стомлення, настає стан *перевтоми*. Останній притаманне відчуття стомлення ще до початку роботи, зростання кількості помилок та зменшення рівня безпеки діяльності, викривлення динаміки процесу працездатності [255, с. 162-170]. При цьому слід зважати, що стресовий розлад може виникнути при будь-якій комбінації особистісних якостей, тобто ніхто не володіє імунітетом проти стресу, але для кожної людини існує індивідуальна «межа перенавантаження» [245, с. 7-18].

Аналіз наукових першоджерел дає нам підстави стверджувати, що тривале перебування в стані психоемоційного напруження, безвідносно до його усвідомлення, не лише виснажує адаптаційні механізми, але й поступово змінює світосприйняття загалом і, тим самим, збільшує схильність до психосоматичних розладів [7, с. 54-55; 70, с. 30; 116, с. 61-63]. Втім, для їх виникнення необхідним є вплив додаткового чинника («останньої краплі»), яким може стати будь-яка об'єктивно незначна, але суб'єктивно значуща для особи подія чи враження.

Такий стимул спричиняє відповідний *психічний стан* – цілісну системну реакцію психіки та соми, спрямовану на забезпечення життєдіяльності [90], а коли йдеться про професійну діяльність – продукує певний *функціональний стан*.

Нам імпонує точка зору Є. П. Ільїна, згідно з якою поняття «психічний стан» та «функціональний стан» співвідносяться як *суб'єктивне* та *об'єктивне*. Психічний стан є переживанням, а функціональний – характеристикою ефективності діяльності, яка залежить від цих переживань. При цьому змістовими складовими психічного стану слід вважати не лише емоційний, але й когнітивний та конативний компоненти, що в своїй сукупності спрямовані на адаптацію до змінюваних умов.

Складність такої адаптації відображає рівень *психологічної напруженості*. Об'єктивними її чинниками є ступінь складності вирішуваних завдань та динамічності ситуації, інформаційне навантаження, фізичні та санітарно-гігієнічні умови діяльності [180, с. 8], суб'єктивними – рівень сформованості необхідних вмінь та навичок. Так, на початку професійної діяльності вона завжди висока, що пов'язане зі зміною динамічних стереотипів (сформованих під час навчання, роботи в іншій сфері тощо), незнанням специфіки діяльності, острахом помилок, недостатністю ділових якостей. З накопиченням досвіду виникає новий динамічний стереотип: на нові подразники формується відповідна система реакцій, що зберігає затрати нервової енергії й послаблює напруженість [293, с. 173-174].

В загальному вигляді означені чинники можна поділити на: 1) постійні; 2) періодичні; 3) короточасні. Серед постійно діючих найважливішим слід вважати стресогенний характер самої діяльності та необхідність постійного самоконтролю при спілкуванні з людьми, що викликають негативні емоції. До чинників періодичної дії належать негативні зміни оперативної обстановки та зростання рівня злочинності, недостатня нормативна врегульованість діяльності (що робить ризик невід'ємною складовою виконання професійних обов'язків), проблеми кадрового та матеріально-технічного забезпечення та ін. Чинником, що діє короточасно, є специфічні особливості вирішення професійних завдань [293, с. 173-174].

До певної межі психологічна напруженість підвищує активацію організму та позитивно впливає на діяльність; за наявності дистресу якість і

надійність діяльності знижується, працездатність підтримується за рахунок використання ресурсів організму, які найчастіше не компенсуються. З позицій адаптивності така напруженість виглядає наступним чином: «*стан спокою*» – «*оптимальний функціональний стан*» – «*стресовий стан*» – «*стан дистресу*». Найвища працездатність має місце на рівні оптимального та і стресового стану; в інших випадках спостерігається втрата пильності, пропуск значимих сигналів, уповільнення або ж передчасне реагування (помилкова тривога), реагування на незначущі сигнали, стереотипізацію дій, як варіант – загальний регрес діяльності.

У контексті взаємозв'язку між стресогенними чинниками професійної діяльності та психосоматичним статусом працівника, зазначимо, що в сучасній науковій літературі представлено досить багато теоретичних підходів щодо механізмів реалізації адаптаційного процесу. Але ми схильні ґрунтуватися на класичній теорії Г. Сельє (1936), згідно з якою *стрес* як психоемоційний стан є відповіддю, а точніше – відгуком, на *стрессор* (*стресогенну подію*) – будь-який екстремальний для людини вплив; це неспецифічна реакція людини на значущий подразник, що є варіантом нормального реагування, але потребує значної напруженості адаптивних систем організму та психіки. Його неспецифічність проявляється в тому, що стресова реакція стосується психологічного, поведінкового та фізіологічного рівнів особистості. Таку сукупність Г. Сельє назвав *загальним адаптаційним синдромом*, а надмежову для конкретної людини ступінь стресового реагування – *дистресом* [224].

Оскільки, зазвичай, фізіологічні зміни в наукових описах стресу знаходяться на першому місці, зауважимо, що вони завжди є наслідком емоційних переживань та поведінкового реагування. Стрес – реакція особистості на загрозу (реально існуючу чи суб'єктивно так оцінену), тому без відповідних емоцій фізіологічні зміни відбутися не можуть: не сприйнята особою загроза може викликати фізичне травмування, але не стрес.

Безумовно, що кожен фаховий напрям діяльності Національної поліції

України має свою специфіку. Але при цьому можна виділити загальні для всіх психологічні детермінанти, що об'єктивно зумовлюють високу напруженість професійної діяльності працівника: зниження або повне припинення соціальних пільг і гарантій для працівників поліції; низька суспільна оцінка значущості конкретної професії в межах правоохоронної діяльності, її привабливості; вихід за межі комфортної або допустимої для даного правоохоронця інтенсивності взаємодії з навколишнім середовищем; перешкоди на шляху задоволення потреб та досягнення цілей; депривація умов, необхідних для нормальної життєдіяльності або для повноцінної самореалізації, розкриття потенціалу особистості; ненормований робочий день та тривале перебування на службі; значні емоційні навантаження, пов'язані з високою відповідальністю за результати своїх дій, ризиком для власного життя і здоров'я, а також відповідальністю за безпеку інших людей; тривога за долю близьких людей; психосоціальний вплив кримінальної субкультури; ступінь відповідності професійної діяльності працівника його здібностям, пристрастям і упередженням щодо робочого середовища; недостатня «включеність» у роботу і слабка організаційна підтримка, що виявляється в неадекватному для конкретної ситуації стилі керівництва і відсутності умов для професійного зростання; невідповідність мотивів діяльності колективу й особистості; високий темп роботи, поспіх, трудовий конфлікт, непевність ролі, жорстко задані схеми поведінки та гіпертрофована підзвітність та ін. [254].

Лефтеров В. О. виділяє наступні стрес-чинники професійної діяльності правоохоронців: смерть або важка хвороба рідних; потенційна небезпека власному здоров'ю та життю; смерть або поранення колеги під час несення служби; образа співробітника іншими людьми; надмірне фізичне навантаження; відсутність нормальних умов діяльності; відсутність соціального захисту; несправедливе відношення керівництва; конфлікти з керівництвом; сварки з колегами, друзями, родичами; дефіцит часу; невлаштованість побуту або фінансові проблеми; незручний графік роботи;

скарги учасників кримінального процесу; опір із сторони громадян; зрада коханої людини; розлука з сім'єю; незадовільне службове забезпечення; попередній травматичний досвід; низька кваліфікація [132].

Не суперечливим, але дещо іншим є перелік психологічних детермінант високої напруженості працівників (на прикладі військовослужбовців), наданий Є. М. Потапчуком:

- низька якість вивчення та відбору кандидатів для проходження військової служби, формалізм при проведенні психологічного та медичного обстеження кандидатів на службу;

- недостатній контроль за поведінкою військовослужбовців у побуті;

- переміщення військовослужбовців для подальшого проходження військової служби в інші підрозділи, що здійснюється без урахування сімейно-побутових та інших обставин;

- недостатня сформованість системи психологічного супроводження службової діяльності особового складу для поточного (динамічного) виявлення осіб із невисокою чи порушеною стійкістю до стресогенних факторів, умов із підвищеним ризиком для життя; неефективність допомоги і поверховість контролю за поведінкою осіб, які залишаються віч-на-віч зі своїми проблемами, перебувають у ситуаціях сімейно-побутових негараздів і конфліктів, в умовах суттєвого збільшення напруженості та навантажень;

- недостатнє використання в роботі зі стабілізації психологічного стану військовослужбовців їх близького оточення (батьків, дружин, родичів) для розв'язання конфліктних ситуацій і запобігання стресам, тощо [188].

Аналіз першоджерел [78; 170; 178 та ін.] дозволяє додати до вищезазначених чинників наступні (див. Табл. 2.3.1):

Таблиця 2.3.1

**Чинники професійного стресу працівників
Національної поліції України**

Надмірне навантаження	Професійний стрес працівників поліції	Відсутність зацікавленості у роботі
Недостатнє навантаження		Надмірна кількість інформації
Дисонанс професійних ролей		Високий рівень відповідальності
Невизначеність свого професійного статусу		Надмірне фізичне навантаження

Звертає на себе увагу, що запропоновані переліки стрес-чинників, по-перше, великі за обсягом, по-друге, досить різнопорядкові, що потребує їх упорядкування. Така спроба здійснена Г. С. Никифоровим, який визначив наступні групи стрес-чинників професійної діяльності правоохоронних органів [206].

1. Чинники, пов'язані з особливостями організаційної структури: відсутність чи недостатня участь у процесі прийняття рішень; обмеження волі поведінки; низький рівень почуття належності до колективу; процесуальна залежність від начальника відділу управління, прокурора, судді; кадровий некомплект; плинність кадрів.

2. Чинники, пов'язані зі змістом роботи: кількісне перевантаження, понаднормова тривалість робочого дня, значний обсяг роботи; якісне перевантаження, зумовлене складністю виконуваної діяльності; необхідність приймати процесуальні рішення в складних ситуаціях; персональна відповідальність за долі людей, за виконувану роботу; матеріальна відповідальність.

3. Чинники, пов'язані з роллю в організації: рольова невизначеність; рольові суперечності; рольова перевантаженість.

4. Чинники, пов'язані зі взаєминами на роботі: конфлікти, зумовлені розбіжністю потреб і моральних цінностей, з одного боку, і вимогами до виконуваної ним ролі в даному виді діяльності – з іншої; конфлікти у формальній і неформальній групах; конфлікти, пов'язані з порушенням демократичних принципів керівництва; ізоляція; неналежна взаємодія з керівництвом; взаємини з підлеглими; взаємини з колегами.

5. Чинники, пов'язані з особливостями кар'єри: низька динаміка кар'єрного зростання; неможливість просування по управлінських сходах; фрустрація через досягнення межі своєї кар'єри; страх пониження в посаді чи відставки.

На думку автора, чинниками стресу можуть бути й потенційні невдачі, неможливість у ряді випадків попередити чи розкрити злочин і довести справу до передачі її в суд; зростаючий рівень технічної оснащеності злочинців; нові тенденції в злочинній діяльності, які постійно ускладнюють діяльність органів розслідування і змушують переглядати пріоритети в боротьбі зі злочинністю тощо [206, с. 271-272].

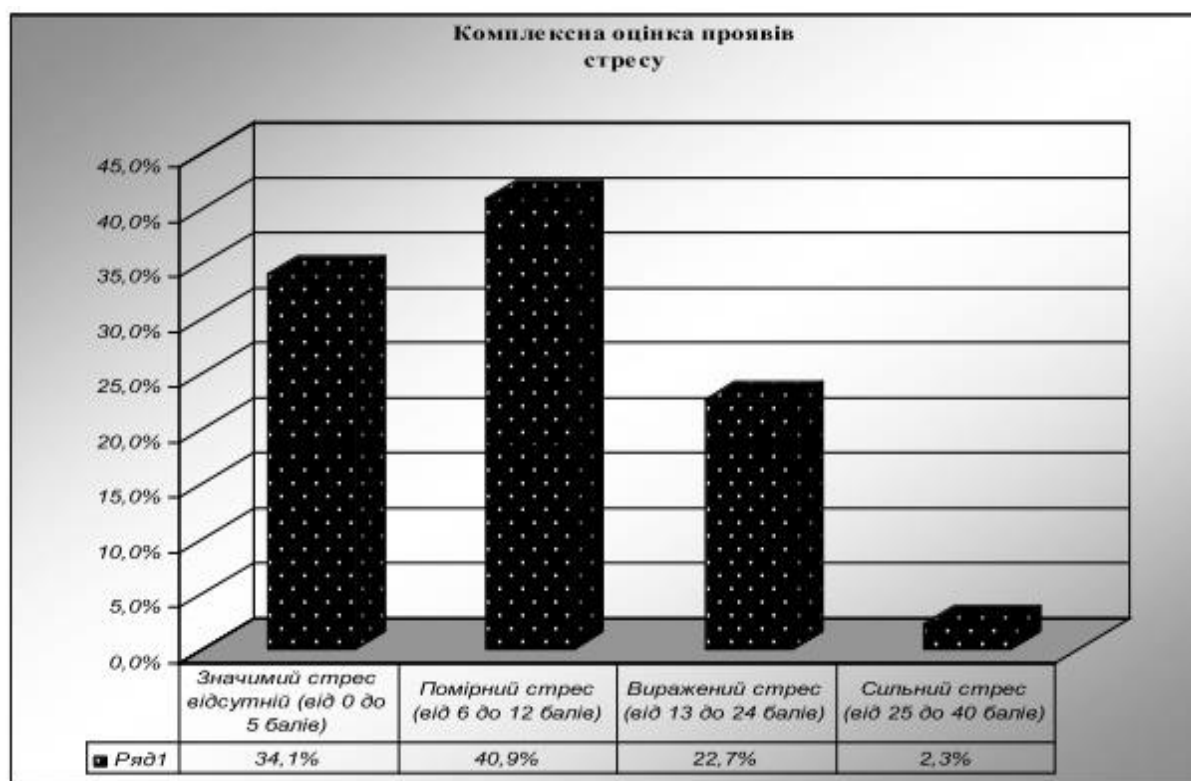
Загалом позитивно оцінюючи таку спробу, зазначимо, що запропонована класифікація стосується лише змісту та умов професійної діяльності. Поза її межами залишилися стрес-чинники, які перебувають у площині соціальних та соціально-психологічних координат, а також зумовлені індивідуально-психологічними особливостями особистості працівника. Ми не будемо пропонувати свого бачення цієї складної проблеми, оскільки вона перебуває поза межами предметного поля нашого дослідження, залишаючи завдання їх впорядкування іншим авторам. Для нас важливо, що кожен із цих чинників сам по собі має значний психотравмуючий вплив, хоча в реальній професійній діяльності завжди має місце їх сукупність.

Згідно з результатами вивчення ролі психологічних чинників стресу в особистісному розвитку сучасних правоохоронців львівськими науковцями [170, с. 289], найчастіше у працівників поліції трапляються стресові розлади

внаслідок чинників наступної варіативності: реорганізація на роботі, зміна фінансового становища, початок або завершення навчання, зміна умов або графіку роботи та ін. (див. табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2

Відсотковий розподіл комплексної оцінки проявів стресу



- у 2,3% працівників виявлено стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така інтенсивність стресу засвідчує, що організм близький до межі можливостей чинити опір стресу;

- у 22,7% працівників наявний виражений стрес у формі напруження емоційних та фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на стрес у ситуаціях професійної взаємодії;

- 40,9% опитаних відчувають помірний стрес, подолання якого потребує вдосконалення організації цими особами своїх робочих ресурсів;

- у 34,1% респондентів прояви стресу відсутні.

Тобто, емпіричні результати львівських дослідників свідчать про те, що

четверта частина опитаних працівників Національної поліції України за фізіологічними, поведінковими та когнітивними показниками низький має поріг чутливості до стресу:

- вони страждають там, де інші відчують прийнятний рівень напруження, за якого ефективність діяльності стресостійких осіб підвищується (настає еустрес);

- критичний поріг виснаження у них також знижений, що негативно відображається на ефективності професійної діяльності.

Згідно з результатами опитування, проведеного О. С. Яцків, 87,7% респондентів із групи практичних працівників вказали на стресогенний характер їх діяльності; 34,8% із них вказали на наявність поведінкових симптомів стресу, 23,4% – емоційних, 17,7% – інтелектуальних та 24,1% – фізіологічних [300].

Семантично близьким до поняття «стрес-чинник» є поняття «психотравмуючий чинник». Аналіз наукових першоджерел дозволив нам визначитися, що відмінність між ними зумовлена, переважно, тривалістю дії. Так, А. В. Батаршев зазначає, що *психотравмуючий чинник* – це інтенсивний, але відносно короткочасний негативний зовнішній вплив на людину, який може викликати сильне емоційне переживання (горе, смуток, почуття втрати чи самотності, відчай, страх, тривогу та інші психічні і соматичні розлади) [24, с. 16]. Згідно з нашим баченням, йдеться про об'єктивні умови, що належать до інтенсивних короткочасних ситуацій психотравмуючого впливу.

Характеристиками психотравмуючої події визначено:

- 1) ступінь загрози життю;
- 2) вага втрат;
- 3) раптовість події;
- 4) ізолюваність у момент події від інших людей;
- 5) ступінь впливу навколишнього оточення;
- 6) наявність захисту від можливого повторення цієї події;
- 7) моральні конфлікти, пов'язані з подією;

- 8) пасивну або активну роль людини;
- 9) безпосередні впливи цієї події [180, с. 11].

Досліджуючи чинники виникнення та особливості перебігу посттравматичного розладу в діяльності працівників Дорожньо-патрульної служби Державної автоінспекції МВС України, І. М. Слюсар виділила наступні найбільш психотравмуючі чинники:

- поранення та отримання фізичних травм під час несення служби;
- загроза особистому життю або пораненню (каліцтву);
- загибель або поранення напарника під час несення служби;
- загибель або поранення цивільних осіб, учасників дорожнього руху (вид спотворених тіл);
- втрати серед особового складу підрозділу (смерть, самогубство або вбивство);
- застосування вогнепальної зброї на ураження;
- тиск з боку керівництва;
- проблеми, що виникають через недостатнє грошове утримання;
- недостатня соціальна захищеність;
- конфлікти з учасниками дорожнього руху та негативне відношення з боку населення;
- великі фізичні навантаження та перевтома на службі;
- відсутність вільного часу [229].

Тривалість процесу відреагування на психотравмуючу подію, безумовно, залежить від її суб'єктивної значущості, а також типологічних та індивідуально-психологічних особливостей особистості. Але навіть при сприятливому прогнозі вона може тривати від декількох тижнів до декількох місяців після припинення психотравмуючого впливу [180, с. 10-11]. Окрім того, таке відреагування може залишити після себе постреактивну астеною, що виявляється у підвищеній стомлюваності, слабості, виснаженості, зниженні працездатності, підвищеній дратівливості, імпульсивності вчинків, зловживанні спиртними напоями [254].

На нашу думку, саме фіксація поведінкових симптомів є надзвичайно важливою для діагностики професійного стресу, оскільки працівники, які його переживають, вважають себе здоровими, скарг не пред'являють і за психологічною допомогою не звертаються. Зміну свого стану вони пояснюють напруженістю професійної діяльності та природними проявами втоми. При цьому безумовно, що наслідки пережитого психотравмуючого впливу здатні спричинити глибокі зрушення в структурі особистості та призвести в подальшому до її трансформації та формування психосоматичних розладів.

Таким чином, можна констатувати, що в процесі професійної діяльності відбувається адаптація працівника Національної поліції України до особливостей діяльності, набуваються необхідні знання, формуються вміння і навички, формуються нові позитивні якості, з іншого – можливі небажані зміни психіки суб'єктів, аж до виникнення професійної деформації та появи психічних новоутворень, одним із яких є психосоматичні розлади. Деструкція психічних та психофізіологічних характеристик стану фахівця призводить до зниження ефективності його професійної діяльності.

Висвітлення проблеми впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника не можна вважати завершеним без звертання до витоків та наслідків *емоційного вигорання*⁸ як особливого психологічного стану. Відразу зазначимо, що ми не вбачаємо доцільним використання суміжного терміну «професійне вигорання», оскільки всі дослідники цього феномену пов'язують його виникнення з професійною діяльністю в системі «людина – людина».

На нашу думку, емоційне вигорання безпосередньо пов'язане з професійною дезадаптацією, а якщо це так, то його динаміка передбачає проходження закономірних для дезадаптації етапів: напруження, резистенції та виснаження. При цьому напруження проявляється переважно у формі

⁸ Термін «синдром емоційного вигорання» (burn-out syndrome) введений в науковий обіг в 1977 р.; входить до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10)

надмірного переживання психотравмуючих обставин, тривоги та депресивних проявів, резистенція – як неадекватні вибіркові емоційні переживання та редукція професійних обов'язків; виснаження характеризується психосоматичними та психовегетативним порушеннями [37].

Не звертаючись до опису всіх симптомів емоційного вигорання, зазначимо, що симптом «психосоматичних і психовегетативних розладів» проявляється на рівні фізичного і психічного самопочуття. На думку В. В. Бойка, за його наявності багато чого з того, що стосується професійної діяльності, провокує відхилення в соматичних або психічних станах. Навіть думка про неї здатна викликати поганий настрій, негативні асоціації, безсоння, почуття страху, неприємні відчуття в області серця, судинні реакції, загострення хронічних захворювань. Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматики свідчить про те, що емоційний захист самотійно вже не справляється з навантаженнями, і енергія емоцій перерозподіляється між іншими підсистемами індивіда. Таким способом організм рятує себе від руйнівної дії негативної емоційної енергії [37].

Отже, емоційне вигорання є неадаптивною реакцією на стресогенні чинники професійної діяльності, що супроводжується загальною астенизацією, почуттям постійної втоми та нервового виснаження; порушеннями режиму сну та активності (що іноді пов'язане з добовим режимом роботи, з роботою у нічний час); головними болями, неприємними відчуттями в області серця, коливаннями артеріального тиску, а також проявляється у вигляді сумнівів у необхідності і корисності своєї професії для суспільства, зміни ставлення до людей з позитивного на негативне та ін. [151].

Емоційне вигорання – самотійний психологічний феномен, який інколи вважається складовою професійної деформації чи інших негативних станів. Його підґрунтям завжди є, на нашу думку, психотравмуючі стресові переживання. Досліджуючи цей феномен на прикладі пожежників-

рятувальників, А. С. Куфлієвський дійшов висновку, що він породжується: недостатньою грошовою винагородою праці, низьким рівнем технічного забезпечення, недостатньою оцінкою важкості праці, напруженим характером діяльності, відсутністю перспективи просування кар'єрними сходами [126], тобто раніше вже визначеними нами стресогенними чинниками об'єктивного характеру.

Окрім об'єктивних, мають значення суб'єктивні чинники, до яких Л. М. Леженіна відносить: незадоволення потреби в значущості свого «Я» та позитивних емоціях (відсутність розуміння), обмеження свободи, активності дій, самовираження, інтенсивну інтеріоризацію обставин професійної діяльності, переживання несправедливості [129].

На відміну від емоційного вигорання, професійна деформація породжується домінуванням маніпулятивності у соціальній поведінці і нездатністю ставитися до іншої людини як до гуманітарної цінності, перебудовою особистісних смислів соціального порядку, дисгармонізацією потребово-мотиваційної сфери. При цьому знижується актуальність вищих потреб та нівелюється особистісна багатовимірність.

Безумовно, що професійна деформація спричиняє зміни в психоемоційній сфері працівника (знижений фон настрою, негативне ставлення до життя, труднощі в адаптації до оточуючих обставин, емоційний дискомфорт, фрустрація потреб у соціальному визнанні тощо), [5], але вектор таких змін зорієнтований, переважно, на об'єкти професійної діяльності та призводить до утворення нової системної якості – *соціальної дезадаптованості*. Емоційне вигорання, навпаки, є особистісним проявом дезадаптованості, що супроводжується глибинними переживаннями.

Втім, і професійна деформація, і емоційне вигорання проявляються в професійній та позапрофесійній сферах. Фахівець може мати одночасно те і інше, а може – кожне з них окремо. В контексті нашого дослідження важливо, що вони є самотійними феноменами, причому за психологічними механізмами виникнення та особливостями перебігу до психосоматичних

розладів наближене саме емоційне вигорання, яке слід розцінювати як психологічні наслідки впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника.

Опосередковано це підтверджується результатами вже цитованих нами наукових досліджень А. С. Куфлієвського [126], М. Г. Логачова [139], І. М. Слюсар [229], О. В. Тімченка [254] та ін. На їх думку, провідну роль у розвитку негативних психологічних новоутворень відіграють психоемоційні стани, що породжуються стресогенними чинниками професійної діяльності.

Можна припустити, що стресогенна насиченість діяльності Національної поліції України значною мірою сприяє як загальній захворюваності працівників, так і суттєвій питомій вазі психосоматичних розладів у професійному середовищі. Так, за даними Департаменту охорони здоров'я МВС України, впродовж 2009-2013 рр. загальна кількість осіб, які перебувають на медичному обліку, коливалася в межах від 161 тис. до 192 тис. із тенденцією до суттєвого зростання в 2013 р. Втім, у такому зростанні не слід вбачати чогось катастрофічного: по-перше, до означеного числа входять звертання осіб, які перенесли простудні та сезонно-вірусні захворювання, одержали травми, в тому числі – побутові, звертання жінок у зв'язку з вагітністю та пологами, лікарняні листки у зв'язку з доглядом за хворими; по-друге, стан здоров'я громадян України в цілому останнім часом погіршується, про що свідчить зменшення середньої тривалості життя, особливо – чоловіків.

Працівники поліції страждають, переважно, на захворювання органів травлення та органів дихання, хвороби системи кровообігу, хвороби кістково-м'язової системи, хвороби сечостатевої системи, хвороби ендокринної та нервової систем (див. Табл. 2.3.3)⁹.

⁹ Сума рядків 1-9 не складає 100%, оскільки в таблиці наводяться лише основні нозологічні форми

Таблиця 2.3.3

Статистичні дані щодо захворюваності працівників МВС України

№ з/п	Нозології	2009	2010	2011	2012	2013
	Загальна кількість працівників, які перебувають на медичному обліку	173.854	175.655	160.855	170.611	192.639
1.	Хвороби крові та кровотворних органів	18.585	19.937	15.394	16.771	22.629
2.	Хвороби ендокринної системи	4.920	5.182	4.697	5.374	6.742
	<i>Цукровий діабет</i>	974	790	740	938	1.079
3.	Хвороби нервової системи	6.902	6.938	5.919	6.893	6.608
4.	<i>Гіпертонічна хвороба</i>	8.971	9.362	8.911	9.008	9.536
5.	<i>Ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт</i>	4.937	5.691	2.976	2.627	5.143
6.	Хвороби органів дихання	54.364	51.520	53.372	54.067	52.282
	<i>Бронхіальна астма</i>	444	517	514	452	544
7.	Хвороби органів травлення	24.653	25.698	24.048	25.796	29.435
	<i>Виразкова хвороба</i>	5.111	5.726	5.067	4.419	4.566
	Хвороби шкіри	5.198	5.322	5.212	6.125	6.492
	<i>Дерматит</i>	1.366	1.453	1.502	1.597	1.612
8.	Хвороби кістково-м'язової системи	13.422	13.631	12.788	14.485	16.028
9.	Хвороби сечостатевої системи	9.492	10.206	7.094	8.172	12.001

При цьому на диспансерному обліку щорічно знаходиться приблизно 15-20% від загальної кількості особового складу, причому тенденції у структурі захворюваності цієї категорії осіб загалом аналогічні структурі загальної захворюваності.

Слід зазначити, що співвідношення та динаміка загальної кількості захворювань і кількості психосоматичних захворювань не співпадає в повному обсязі, причому особливо це помітно впродовж 2011-2012 рр. (див. Табл. 2.3.4)¹⁰. Це підтверджує самостійну нозологічну природу останніх, тобто їх детермінування не загальними епідеміологічними закономірностями, а коливаннями психосоматичного статусу особового складу МВС України внаслідок впливу сукупності соціальних та соціально-психологічних чинників, про які йшлося вище.

Таблиця 2.3.4

**Статистичні дані щодо психосоматичних захворювань
працівників МВС України**

№ з/п		Загальна кількість захворювань	Кількість психосоматичних захворювань	% від загальної кількості захворювань
1.	2009	173.854	21.803	12,54
2.	2010	175.655	23.539	13,40
3.	2011	160.855	19.710	12,25
4.	2012	170.611	19.041	11,16
5.	2013	192.639	22.480	11,67

До найбільш розповсюджених психосоматичних захворювань працівників Національної поліції України належать гіпертонія (у межах 8.911 – 9536 осіб), ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт (2.627 – 5.143

¹⁰ До переліку психосоматичних захворювань нами включені лише ті, що безумовно підтверджені клінічними дослідженнями.

осіб) , виразкова хвороба (4.419 – 5.726), дерматити (1.366 – 1.612), цукровий діабет (740 – 1.079), бронхіальна астма (444 – 544), причому можемо констатувати послідовне зменшення осіб, які страждають на виразкову хворобу шлунку на тлі зростання кількості хвороб серцево-судинної системи, шкіри, ендокринної та дихальної систем (див. Табл. 2.3.5). Останній факт ми коментувати не можемо, він потребує самостійного медико-психологічного дослідження.

Таблиця 2.3.5

**Показники психосоматичних захворювань
серед працівників МВС України**

№ з/п	Нозологія	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Хвороби серцево-судинної системи</i>						
	Гіпертонія	8.971	9.362	8.911	9.008	9.536
	Ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт	4.937	5.691	2.976	2.627	5.143
<i>Хвороби шлунково-кишкового тракту</i>						
	Виразкова хвороба	5.111	5.726	5.067	4.419	4.566
<i>Хвороби шкіри</i>						
	Дерматити	1.366	1.453	1.502	1.597	1.612
<i>Хвороби ендокринної системи</i>						
	Цукровий діабет	974	790	740	938	1.079
<i>Хвороби дихальної системи</i>						
	Бронхіальна астма	444	517	514	452	544
	Всього	21803	23539	19710	19041	22480

Наведені статистичні дані повною мірою відображають тенденції щодо розповсюдженості серед працівників Національної поліції України психосоматичних розладів, хоча, як вже зазначалося, вони не усвідомлюють

сутності змін, що з ними відбуваються, списуючи їх на втомленість, тому за психологічною допомогою не звертаються. Відповідно, своєчасно не кореговані негативні особистісні прояви з часом трансформуються в психосоматичні захворювання.

Отже, можна стверджувати, що значну частку захворюваності працівників Національної поліції України становлять власне психосоматичні. Розуміння суті психосоматичних розладів і захворювань, а також механізму їх формування у працівників дозволить вдосконалити систему психопрофілактичних заходів, спрямованих на збереження їх здоров'я та забезпечення довголіття. В свою чергу, це сприятиме пролонгації ефективної професійної діяльності окремих працівників та збереженню кадрового потенціалу Національної поліції України загалом.

Зазначимо також, що ототожнення проявів ПТСР та психосоматичних розладів, яке можна зустріти в спеціальній літературі, не є коректним: виникнення першого більшою мірою детермінується об'єктивними обставинами; психосоматичні розлади обумовлюються, скоріше, індивідуально-психологічними особливостями людини та її негативними переживаннями. Оскільки типовими для діяльності поліції слід вважати інтенсивні короточасні та малоінтенсивні тривалі стресогенні ситуації, то й більш очікуваним варіантом реагування працівника є не ПТСР, а психосоматичні розлади.

Основними стресогенними чинниками професійної діяльності в сучасних умовах слід вважати: 1) ситуації підвищеної відповідальності, до того ж не підкріпленої належними повноваженнями, матеріально-технічними ресурсами, професійним досвідом та професійно психологічною підготовленістю, що спричиняють стан підвищеної тривожності; 2) ситуації невдоволення собою, що супроводжуються загальним зниженням настрою; 3) ситуації виснаження адаптаційних систем організму, викликані ненормованим робочим днем, розбалансованим режимом праці і відпочинку, необхідністю постійно гальмувати свої емоції; 4) неможливість задоволення

базових потреб самого працівника та членів його родини на тлі високого чи просто пристойного рівня благополуччя представників інших професій.

Висновки до розділу 2

Діяльність Національної поліції України оцінюється як у площині нормативно-правового регулювання, так і в контексті вимог соціальних норм, що діють в конкретному суспільстві. Її метою найбільш загального порядку є забезпечення умов, за яких держава як соціальна система одержує можливість досягнення високого рівня економічного розвитку та добробуту громадян, убезпечення їх життєдіяльності від протиправних посягань. В свою чергу, держава та громадянське суспільство зобов'язані створювати умови для гармонійного онтогенезу і професіогенезу суб'єктів діяльності (окремих працівників та професійних соціальних груп), що відповідали б аксіологічним та акмеологічним критеріям цивілізованого суспільства.

Вищезазначене дозволяє сформулювати наступні висновки.

1. Професійна діяльність працівників поліції належить до категорії найбільш небезпечних, тобто є екстремальною. Тривалий вплив екстремальних умов на особистість здатен призводити до: зниження комунікабельності, замкненості, відстороненості особи від контактів, зниження рівня адаптації організму, тимчасового або стійкого зниження працездатності, збільшення частоти випадків соматичних та інфекційних захворювань.

2. До несприятливих умов діяльності, які впливають на емоційний стан працівників поліції, належать також агресивність комунікативного середовища на різних рівнях взаємодії (від конкретних людей, груп до суспільства в цілому), нелімітованість робочого дня, що має ситуативно обумовлений графік роботи; підвищена соціальна відповідальність за професійні помилки; конфліктність більшості професійних дій,

невідповідність між вимогами професійної діяльності і можливостями конкретного працівника в конкретній службовій ситуації.

3. Серед соціально-психологічних детермінант професійної діяльності одним із найбільш психологічно насичених є імідж працівників Національної поліції України, оскільки його позитивні чи негативні характеристики є відображенням оцінки успішності діяльності системи МВС у суспільній свідомості. Імідж – сукупність стійких уявлень, що характеризується програмованим емоційним відображенням певних бажаних ознак людини (об'єкта) та проявляється в поведінці і спілкуванні. Імідж Національної поліції України визначається, насамперед, іміджем їх працівників, і саме через нього громадяни оцінюють систему в цілому.

4. На відміну від більшості інших трудових колективів, служба в Національній поліції України пред'являє більш формалізовані і тверді вимоги до поведінки своїх співробітників у побуті, проведенні дозвілля, зв'язках і знайомствах, причому в багатьох колективах ця сторона життя підлягає значному контролю та неформальній регламентації. При негативному соціально-психологічному кліматі працівник втрачає інтерес до колективу, що мимоволі знижує його службову активність і результативність діяльності.

5. Успішність інтеріоризації групових професійних цінностей та професійної самоідентифікації залежить від наявності відносно сталого професійного середовища. Між тим, характерною ознакою сучасної системи Національної поліції України є «вимивання» з її лав професійних, досвідчених кадрів, носіїв професійних цінностей та моральних орієнтирів діяльності. Відповідно, підвалинами формування професійної ідентичності молодих працівників стають моральні та соціокультурні цінності, неоднорідні за змістом та суперечливі за формою.

6. Оскільки стресогенні чинники є невід'ємною складовою процесу виконання працівниками поліції своїх службових функцій, це спричиняє певний «парадокс звикання» як соціуму, так і самих працівників до

екстремальності умов професійної діяльності. На його тлі вплив стресогенних чинників починає сприйматися як щось буденне, ординарне. З врахуванням тієї обставини, що на службу в поліцію приходять молоді та фізично здорові особи, негативний вплив таких чинників до часу нейтралізується за рахунок психічних та фізичних ресурсів організму і самою людиною не помічається.

7. Емоційне вигорання та професійна деформація є самостійними феноменами. Професійна деформація спричиняє зміни в психоемоційній сфері працівника (знижений фон настрою, негативне ставлення до життя, труднощі в адаптації до оточуючих обставин, емоційний дискомфорт, фрустрація потреб у соціальному визнанні тощо), але вектор таких змін зорієнтований, переважно, на об'єкти професійної діяльності та призводить до утворення нової системної якості – *соціальної дезадаптованості*. Емоційне вигорання, навпаки, є особистісним проявом дезадаптованості, що супроводжується глибинними переживаннями.

РОЗДІЛ 3

ОСОБИСТІСНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ

Виконання працівниками Національної поліції України службових обов'язків належить до тих видів діяльності, відмітною особливістю яких є постійне зіткнення з небезпекою. Екстремальні умови діяльності спричиняють загрозу для самого життя, а також для фізичного і психічного здоров'я. Реагування на надзвичайні обставини стає невід'ємною частиною професійного досвіду. Особливостями цього фаху є й те, що виконання працівниками поліції професійних завдань часто пов'язане з загрозою життю, здоров'ю, благополуччю оточуючих, інколи – з людськими жертвами й значними матеріальних втратами.

Це накладає відбиток на емоційно-вольову сферу особистості, її характерологічні особливості, відповідно – сприяє виникненню психосоматичних розладів. Основні чинники та механізми тут, на нашу думку, полягають у фундаментальних підвалинах емоційних зв'язків, що представлені суб'єкту у вигляді специфічних переживань: позитивних емоцій – від очікування досягнення певного результату та негативних, пов'язаних із можливими невдачами. Означене безпосередньо впливає як на здатність особи до самоактуалізації (до якої належить і формування професійної майстерності), так і дозволяє та спонукає задовольняти власні потреби.

У нашому дослідженні ми вивчаємо сукупну систему особистісних передумов, що «відповідають» за виникнення у працівників поліції психосоматичних розладів під впливом професійної діяльності. Тому нами одержані емпіричні результати щодо відображення різноманітних особливостей особистості у досліджуваному контексті та проаналізовано їх

роль стосовно відповідної динаміки особистості фахівця.

3.1. Емоційно-вольова сфера особистості як підгрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України

Для визначення особистісного підгрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України ми провели у 2013-2014 рр. опитування 275 слухачів Інституту заочного навчання НАВС та магістрантів стаціонарної і заочної форми навчання Інституту післядипломної освіти НАВС. Всі опитувані мали на той момент стаж служби в МВС понад 5 років; вік опитаних 25-35 років, статевий розподіл – 220 чоловіків та 55 жінок, що приблизно відповідає гендерному співвідношенню серед працівників Національної поліції України.

Ми запропонували респондентам опитувальник щодо власного психосоматичного статусу, пояснили мету опитування та надали можливість анонімно відповісти на запитання щодо:

- 1) характеристики самопочуття на даний момент;
- 2) відчуття стабільності чи нестабільності (позитивної чи негативної динаміки) фізичного статусу (стану здоров'я);
- 3) наявності симптомів погіршення стану здоров'я;
- 4) періодичності та тривалості больових чи інших симптомів, що свідчать про погіршення стану здоров'я;
- 5) домінуючих емоційних станів;
- 6) причин, що такі стани викликають;
- 7) оцінки перспектив динаміки стану власного здоров'я.

Узагальнюючи одержані результати, ми виходили з припущення, що переважання позитивних відповідей та наявність відповідної симптоматики свідчить про схильність до психосоматичних розладів (1 група); переважання негативних – про несхильність (2 група). На наступних етапах дослідження

особистісні особливості представників 1 групи вивчалися за допомогою аргументованої вище батареї методик (експериментальна група).

Згідно з результатами опитування (див. Табл. 3.1.1):

- 62,9% (173 особи, з них 138 чоловіків та 35 жінок) респондентів надали відповіді, які свідчать про стабільно задовільне самопочуття, відсутність хронічних психофізіологічних проблем та небажаних емоційних станів. Ці особи не вбачають негативного впливу професійної діяльності на стан здоров'я;

- 37,1% (102 особи, з них 80 чоловіків та 22 жінки) опитаних вказали на наявність у себе самопочуття та різноманітних психофізіологічних станів, що описані у відповідних джерелах як такі, що мають психосоматичне підґрунтя. Відповідно, цю частину респондентів ми визначили як осіб, що схильні до психосоматичних розладів.

Таблиця 3.1.1

Узагальнені результати опитування

№ за/п	Запитання	Відповіді респондентів	
1.	Ваше фізичне самопочуття впродовж останнього часу	<i>Схильні до психосоматичних розладів</i> 37,1% (102 особи)	<i>Не схильні до психосоматичних розладів</i> 62,9% (173 особи)
	не змінилося	23,5%	36,8%
	стало кращим	3,1%	15,4%
	Погіршилося	58,1%	11,0%
	складно визначитися	15,3%	36,8%
2.	Якщо Ваше фізичне самопочуття останнім часом погіршилося, найчастіше це проявляється в:		

	захворюваннях шлунково-кишкового тракту	27,4%	13,1%
	захворюваннях серцево-судинної системи	24,1%	-
	головному болі	20,6%	7,4%
	розладах статевого системи	15,4%	-
	захворюваннях органів дихання	12,5%	-
3.	Домінуючі емоційні стани		
	Стрес	47,1%	5,9%
	Фрустрація	29,7%	7,8%
	Особистісний конфлікт	13,2%	28,6%
	Енергійність	76,5%	89,6%
	Впевненість у собі	54,9%	81,5%
	Рішучість	52,9%	78,0%
	Спокій	5,7%	42,4%
	Задоволеність	4,3%	15,3%

Нижче ми проаналізуємо результати опитування та порівняємо уявлення про власний психосоматичний статус осіб, не схильних (контрольна група) та схильних (експериментальна група) до психосоматичних розладів. Зазначимо, що один й той самий респондент міг вказувати на декілька психосоматичних розладів та емоційних станів, які відчував в різні проміжки часу або одночасно.

Отже, не схильні до психосоматичних розладів особи (62,9%) відзначали наявність у себе задовільного психофізичного стану; інші (37,1%) – вказували на скоріше незадовільне самопочуття та посилялися на наступні проблеми зі здоров'ям.

Шлунково-кишкові захворювання турбують 27,4% опитаних, схильних до психосоматичних проявів та 13,1% – не схильних. Негативні психофізичні стани найчастіше актуалізуються під впливом конфліктних ситуацій на службі чи сварок і суперечок у побуті. З позицій теорії «специфічного емоційного конфлікту» Ф. Александера [4], вирішального значення тут набуває взаємозв'язок між емоційними станами напруги (конфліктні ситуації та їх фізіологічні кореляти) на функціонуванням органів, а психологічним підґрунтям – схильність до фіксації на переживаннях травмуючих думок, спогадів, образів тощо. Згідно з концепцією особистісних профілів Ф. Данбар [156], яка встановлює кореляцію між соматичними типами реакцій та постійними особистісними параметрами у вигляді певних особистісних радикалів, паттернів і стереотипів поведінки, психогенними чинниками виникнення таких розладів є відчуття небажаності того, що людині доводиться сприймати ззовні.

Головний біль турбує 20,6% опитаних, схильних до психосоматичних розладів та 7,4% – не схильних. З позицій класичного психоаналізу [255], який наголошує на тому, що методичний доступ до несвідомого лежить через сновидіння, вільні асоціації, описки та застереження, причинами тут виступають високий рівень самокритичності, переконаність у власній недосконалості. Це відображається через напруженість, скутість, емоційне стримування, страх не довести свою правоту тощо. Разом із тим, особа прагне «пробитися нагору власною головою (розумом)», що й створює патогенний образ травмованої голови.

Значна частина респондентів, схильних до психосоматичних ускладнень (24,1%), часто відчують *болі в серці та різкі коливання артеріального тиску*. Вони пояснюють це надмірним робочим навантаженням, відсутністю умов для повноцінного відпочинку, через що виникає відчуття постійної стомленості. З позицій клініко-емпіричного підходу [226], що розглядає психосоматичні взаємозв'язки як із боку процесу певного психічного стану або зміни станів, що викликають реєстровану

фізіологічну реакцію організму, так і з боку соматопсихічного процесу (певного стану організму, що викликає психічну реакцію), такі переживання вказують на неадекватні для конкретної особи інтенсивність і темп роботи. Психосоматичними чинниками тут, на нашу думку, можуть виступати: почуття залежності від життєвих обставин (статусно-професійних, матеріальних та ін.); набута внаслідок специфічних вимог професійної діяльності замкненість характеру, розчарованість в житті («я нікому не потрібен», «мої переживання нікому не цікаві»).

15,4% представників 1 групи вказали на наявність у себе негараздів *статевого життя*. Психосоматичним підґрунтям тут, ймовірно, є: сексуальна нереалізованість, яка має місце через часто виснажливий робочий графік, фізичну стомленість; заперечення насолоди, задоволення, віра в те, що партнери бездушні один до одного. З. Фрейд в таких випадках говорив про страх перед батьком [271, с. 172], який у нашому випадку уособлюється в страху перед державно-правовими та статусно-нормативними вимогами; намагання контролювати все і вся навколо себе, недовіра до самого процесу життя; вторинність статевих ролей та загальна зорієнтованість на прояви маскулінності професії правоохоронця; відчуття безнадії та втрати життєвих перспектив.

Нарешті, 12,5% опитаних, схильних до психосоматичних розладів, послалася на певні *ускладнення в органах дихання*. З позицій когнітивної психології [267], в основі якої лежить уявлення, що причиною психогеній (фобій, депресії і т. ін.) є дисфункційні переконання і установки, психогенними чинниками виникнення таких проблем можуть стати: повторювана емоція гніву та спроби її «придушення», небажання і страх «відпустити» певні емоційні спогади, ображеність.

Щодо *відчуття стабільності чи нестабільності (негативної динаміки) фізичного статусу (стану здоров'я)*, слід відзначити, насамперед, відсутність концентрації уваги на проблемі фізичного здоров'я у респондентів 2-ої групи: воно «не змінилося» або ж «складно визначитися» –

по 36,8%; приблизно порівно розподілилися відповіді «погіршилося» (11,0%) та «стало кращим» (15,4%).

Респонденти 1-ої групи вказали, що їх самопочуття останнім часом:

- погіршується (58,1%), тобто наявна негативна динаміка стану здоров'я;
- не змінюється (23,5%);
- складно визначити (15,3%);
- стало навіть кращим (3,1%).

Звертає увагу також суттєва різниця за всіма запропонованими параметрами, причому тих, хто вагається в оцінці свого фізичного статусу – у понад 2 рази. Ймовірно, що відмінні й підходи такого оцінювання: певний нігілізм, ставлення до власного здоров'я як такого, що не є першочерговою проблемою – у першому випадку; неостаточна визначеність, сумніви та страх («ефект уникнення травмуючого об'єкта») – у другому.

Такий висновок підтверджується й наданими коментарями:

- група 2 – «інколи заболить...», «буває, що прихопить...», «можливо, через погоду...», «якщо перенервуюся...», «під час чергувань...», «не повезло з начальником...» тощо, тобто йдеться про нетривалі та неінтенсивні больові симптоми;

- група 1 – «як харчуюся, так себе й почуваю...», «з таким режимом роботи – нічого дивного», «сухом'ятка – не найкраща їжа...», «голова не витримує...», «незавершені справи не дають спокою...», «кидає в жар...», «тисне серце...», «не вистачає повітря...», «не переносу жару...» тощо, тобто відзначається суттєвий вплив психосоматичного статусу особистості на самопочуття й загальну оцінку якості життя.

Періодичність та тривалість перелічених вище больових та інших симптомів, що свідчать про динаміку стану здоров'я, на думку опитаних, значною мірою залежить від службової завантаженості, наявності чи відсутності конфліктних ситуацій в колективі, а також настрою, погоди та інших чинників:

- респонденти 1-ої групи відчувають певну симптоматику не довше декількох днів, 1-2 рази на півроку;

- респонденти 2-ої групи мають складнощі у самопочутті від декількох днів до декількох тижнів, місяців; інколи – переживають регулярні чи хронічні погіршення стану здоров'я.

Зважаючи на пояснення, вважаємо, що підґрунтя виникнення психосоматичних розладів полягає в:

- відчутті браку підтримки в житті – недостатнього взаєморозуміння в родині та з оточенням, відсутності життєстійкості, втрата віри у здатність реалізувати свій потенціал;

- схильності звинувачувати себе за різні негаразди у службовій діяльності та референтному оточенні;

- відчутті безпорадності та беззахисності, нездатності протистояти професійним та життєвим труднощам.

Суттєвими є відмінності у *домінуючих емоційних станах* представників різних груп. Так, не схильні до психосоматичних розладів особи характеризують себе як енергійних (89,6%), упевнених у собі (81,5%), рішучих (78,0%); переважно вони спокійні (42,4%) та задоволені собою (15,3%); при цьому не виключаються переживання стресу (5,9%), фрустрації (7,8%) та внутрішньоособистісного конфлікту (28,6%). Схильні до психосоматичних розладів особи також засвідчують наявність у себе енергійності (76,5%), впевненості в собі (54,9%) та рішучості (52,9%), хоча відсоток респондентів у цій вибірці значно нижчий. Суттєво різняться кількість тих, хто характеризує себе як спокійних (5,7%) та задоволених собою (4,3%). Але найбільш виразними є відмінності стосовно переживань психологічно напружених негативних станів: стресу (47,1%), фрустрації (29,7%) та особистісного конфлікту (13,2%).

Таким чином, можна виокремити два суттєво відмінні «профілі» домінуючих емоційних переживань у представників двох означених вище груп. В першому випадку стеничні емоційні стани скоріше констатуються

респондентами як уявлення про певну професійну норму («працівник поліції повинен бути...»), оскільки вони мало ймовірні при такому рівні піддатності негативним емоційним станам. Більше того, прагнення бути (чи виглядати) енергійним, рішучим та впевненим у собі за відсутності належних особистісних передумов саме по собі здатне спричинити особистісний конфлікт, тобто стати самостійним чинником негативної динаміки психосоматичного статусу особистості. В другому випадку відзначається домінування стенічних емоцій, відповідно – загальна гармонійність емоційного статусу особи попри наявність негативних впливів.

Такий дисбаланс емоційної сфери осіб, схильних до психосоматичних розладів, може бути наслідком пересторог щодо впровадження в правоохоронну діяльність різноманітних новацій, нав'язливих декларацій щодо необхідності реформування МВС України, належним чином не підкріплених ні в організаційно-правовому, ні в матеріально-технічному сенсі; браком відвертих стосунків, коли люди щиро обмінюються емоційними переживаннями, живуть «від усього серця»; недовірою до надійності свого соціального становища, почуттям небезпеки та іншими емоціями, що підтримують організм у стані постійної мобілізаційної напруги; наявністю «безвихідних» ситуацій, що виникають через колізії між нормами права та спробами третіх осіб вирішити певні проблеми з застосуванням методів і засобів, які перебувають поза межами правового поля.

Причинами, що викликають зазначені стани, опитані визначили:

- накопичення різних негативних переживань (3,4% – у групі 2 та 22,8% – у групі 1), через що життя втрачає свою принадність;
- жорсткі установки щодо правильної (нормативної) та неправильної (ненормативної) поведінки (відповідно 4,7% та 20,7%);
- страх осуду та втрати близьких стосунків у колі колишніх друзів, професійна діяльність яких не пов'язана з системою МВС України (відповідно 2,6% та 19,1%). Такі працівники екстраполують негативний

імідж МВС на ставлення оточуючих до себе й це стає часткою їх травматичного досвіду;

- неохвалення певних аспектів державної та відомчої політики стосовно змісту та умов праці в Національній поліції України (відповідно, 15,8% та 17,4%);

- докори сумління (відповідно 8,2% та 5,4%) пов'язані з: недостатньо якісним виконанням професійних обов'язків, неможливістю приділяти більше уваги сім'ї, нездатністю забезпечити її матеріально та ін. Особа почуває себе винною, це її бентежить та призводить до фіксації негативних емоцій;

- злоба, злість, гнів як звичні способи «висловлювати» свої переживання (відповідно, 4,1% та 9,6%).

При цьому причинами позитивних переживань, які не мають психогенного потенціалу, а навпаки, впливають на рівень показників психосоматичної рівноваги, відзначено:

- задоволеність власними професійними досягненнями (відповідно, 40,3% та 1,2%);

- задоволеність своїм сімейним життям (відповідно 21,2% та 3,8%).

Оцінюючи перспективи динаміки стану власного здоров'я, визначили їх як несприятливі 37,8% осіб, схильних до психосоматичних розладів, та 8,1% – несхильних. Очікується наростання інтенсивності хворобливих проявів, втрата привабливості, можливості відчувати позитивні емоції та ділитися ними тощо. Аргументувалося це неналежним станом правового та соціального захисту працівників Національної поліції України, що призводить до надмірного фізичного й психологічного навантаження, накопичення втоми та зниження життєвого потенціалу людини – з одного боку, та високим рівнем психоемоційного напруження – з іншого.

Такий стан речей призводить до виникнення пригніченості почуттів (відповідно, 16,4% та 7,5%), неможливості відволіктися від думок про власне здоров'я, зрештою – до появи акцентуацій особистості за дистимічним чи

циклотимічним типом, замкненості в особистісних контактах. Супутнім стає втрата здатності радіти життю як самоцінності, страх перед ним (відповідно, 38,9% та 2,4%).

Покращення стану власного здоров'я прогнозують 37,2% респондентів групи 2 та 2,8% – групи 1; інші – не задумуються або не мають чітких уявлень щодо цієї проблеми.

Узагальнення одержаних результатів дозволяє стверджувати, що обраний нами методологічний підхід дозволяє достатньо коректно виокремити з загалу опитаних нами тих осіб, які схильні до психосоматичних розладів: за всіма позиціями опитувальника прослідковується суттєва диференціація між представниками двох вищезначених груп. Тому в подальшому ми концентрували увагу лише на представниках першої діагностичної вибірки – 102 особи (з них 80 чоловіків та 22 жінки, віком 22-35 років, стаж роботи в МВС – понад 5 років).

Загальний аналіз наведених вище результатів засвідчує, що підґрунтям виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України є особливості їх емоційно-вольового реагування на об'єктивні ситуації у професійній та позапрофесійній сферах життєдіяльності. Вплив стресогенних чинників спричиняє, насамперед, зміни в емоційній сфері людини, при цьому тривалість відповіді-реагування на подію обумовлюється її значимістю для особистості [14, с. 40; 40, с. 27; 119; 127; 146, с. 458]. За сприятливих умов психоемоційна напруженість трансформується в оптимальний функціональний стан; за несприятливих – накопичується та переростає в хронічний стрес.

З цього приводу В. О. Гіляровський зазначав: «...як подолати який-небудь афект, наприклад страх? Існують дві форми його подолання: одна – бурхливі сльози, журба, метання, прагнення бігти куди-небудь, думки про самовбивство; друга – витіснення всіх зовнішніх проявів афекту і, разом із цим, самого афекту. В останньому випадку людина, володіючи собою, своєю поведінкою, своїми почуттями, залишається працездатною. Не зважаючи на

свій важкий стан, вона не піддається нервовому зриву. У людей, для яких типовий другий варіант подолання афекту, в подальшому спостерігається два варіанти розвитку подій: одні, завдяки активності, цілеспрямованості та стійкості, активно його долають, зберігаючи при цьому своє здоров'я; інші, при деякій слабкості нервової системи, долають цей афект без будь-яких зовнішніх проявів, але це дається їм ціною певних зусиль. При цьому виникає напруженість, яка позначається, насамперед, на діяльності серцево-судинної системи, функціях щитовидної залози та її збільшенні, виникненні виразкової хвороби тощо» [53, с. 10].

Вивчення особливостей емоційно-вольового реагування працівників Національної поліції України на стресогенні чинники професійної діяльності здійснене нами за допомогою двох груп методик: 1) САН, опитуваник Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, тест М. Люшера; 2) опитувальник Д. Люсіна (ЕmІn), Торонтська алекситимічна шкала (TAS-26), тести Н. Холла (EQ) та Емоційного інтелекту (ЕmIQ-2), методика Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0).

Первинні дані піддавалися статистичній обробці з обчисленням середніх значень ($\bar{x}_{сер.}$) та кореляційного аналізу рангів (коефіцієнту Ч. Спірмена). Встановлювалися кореляційні зв'язки за шкалами перших трьох методик та останніх п'яти, що обумовлено схожістю критеріїв діагностичної оцінки.

Узагальнення результатів за **методикою САН** засвідчує наявність зниження показників за всіма діагностованими шкалами (див. Табл. 3.1.2).

Таблиця 3.1.2

Кількісні показники за методикою САН

	Шкали для вираховування та розподіл середніх значень

	Настрій		Активність		Самопочуття	
	Пункти	Бали	Пункти	Бали	Пункти	Бали
	5	3,1	3	4,3	1	2,5
	6	6,4	4	2,4	2	1,6
	11	4,3	9	5,0	7	4,7
	12	2,6	10	3,5	8	5,8
	17	5,8	15	6,6	13	3,4
	18	2,6	16	3,7	14	6,0
	23	4,2	21	7,3	19	2,3
	24	6,3	22	4,4	20	7,2
	29	3,1	27	2,3	25	4,5
	30	1,6	28	6,4	26	3,6
Середній бал	4,0		4,6		4,2	

Згідно алгоритму цього психодіагностичного інструментарію, нормальні оцінки психофізичного стану розташовуються в діапазоні 5,0-5,5 балів. Ми отримали наступні дані:

- 1) $x_{\text{сер.}}$ за шкалою «Самопочуття» (оцінка стану здоров'я, втомленість) становить 4,2 бали;
- 2) $x_{\text{сер.}}$ за шкалою «Активність» (рухливість, швидкість і темп динаміки психічних функцій) становить 4,6 балів;
- 3) $x_{\text{сер.}}$ за шкалою «Настрій» (емоційний стан) становить 4,0 бали.

Зазначимо, що згідно з теоретичним обґрунтуванням методики, вона визначає готовність особистості до вирішення життєвих завдань. При цьому у осіб, які не відчують у даний момент фізичної втоми, показники за трьома шкалами приблизно однакові; по мірі наростання втоми, знижуються показники самопочуття та активності при відносній стабільності настрою. В нашому випадку констатуємо іншу закономірність: найнижчими є саме настрої та самопочуття, активність же наближається до норми. Іншими словами, людина готова діяти, але її настрої та самопочуття бажають кращого.

При цьому найвищі результати за шкалою «Самопочуття» одержані за позиціями «повний сил» (5,8 балів), «здоровий» (6,0 балів), «свіжий» (7,2 бали), найнижчі – «відчуваю себе сильним» (1,6 балів), «такий, що відпочив» (2,3 бали), «самопочуття добре» (2,5 балів); найвищі результати за шкалою «Активність» – за позиціями «уважний» (6,4 бали), «захоплений» (6,6 балів), найнижчі – за позиціями «міркувати легко» (2,3 бали), «рухливий» (2,4 бали); найвищі результати за шкалою «Настрій» – за позиціями «оптимістичний» (6,3 бали), «гарний настрій» (6,4 бали); найнижчі – за позиціями «задоволений» (1,6 балів), «щасливий» (2,6 балів), «радий» (2,6 балів).

Ми деталізуємо опис результатів за методикою САН, щоб підкреслити суперечливість самооцінок функціонального стану осіб, яких ми визначили як схильних до психосоматичних розладів: вони характеризують себе як здорових, але мають незадовільне самопочуття; як уважних – але думається важко; як оптимістичних – але не задоволених життям. Така суперечливість може бути пояснена як бажанням оцінювати себе у соціально схвалюваній площині, так і недостатнім розумінням власних психосоматичних проблем.

Методика діагностики самооцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, як відомо, дозволяє вимірювати рівень ситуативної та особистісної тривожності. Тривожність як властивість особистості, як правило, є свідченням набутої поведінкової позиції, що змушує людину сприймати широке коло об'єктивно безпечних обставин як таких, що містять загрозу, та спонукає реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає ступеню реальної небезпеки. Така небезпека лише зрідка – фізична, частіше йдеться про загрозу самооцінці та самоповазі. Дуже висока тривожність (понад 46 балів) може бути детермінована наявністю невротичного конфлікту чи психосоматичного захворювання [25, с. 16], дуже низька (менше 12 балів) – депресивного стану.

Підрахування середніх значень за шкалами методики (див. Табл. 3.1.3) засвідчує, що високий рівень ситуативної тривожності притаманний 37,3%, середній – 38,1%, низький – 24,6% опитаних.

Таблиця 3.1.3

Кількісні показники за методикою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна

Ситуативна тривожність					Особистісна тривожність				
№	ні	мабуть, так	так	саме так	№	майже ніколи	інколи	часто	завжди
1.	18,2%	24,3%	27,4%	30,1%	21.	23,1%	25,4%	13,7%	37,8%
2.	17,4%	26,8%	22,1%	33,7%	22.	30,5%	20,6%	24,1%	24,8%
3.	29,8%	25,6%	19,7%	24,9%	23.	29,7%	18,9%	27,3%	24,1%
4.	34,2%	21,4%	23,6%	20,8%	24.	16,8%	22,4%	26,1%	34,7%
5.	17,6%	20,5%	32,5%	27,9%	25.	32,5%	23,3%	19,8%	24,4%
6.	31,8%	18,4%	16,7%	33,1%	26.	28,9%	19,8%	23,4%	27,9%
7.	30,2%	15,6%	24,6%	29,6%	27.	25,5%	21,5%	24,7%	28,3%
8.	30,3%	13,7%	20,4%	35,6%	28.	34,1%	26,4%	24,8%	14,7%
9.	44,5%	19,7%	14,2%	21,6%	29.	32,8%	22,7%	18,6%	25,9%
10.	33,3%	22,1%	15,9%	28,7%	30.	17,4%	23,8%	20,3%	38,5%
11.	34,9%	11,9%	21,4%	31,8%	31.	41,1%	19,6%	16,7%	22,6%
12.	29,1%	27,2%	25,3%	18,4%	32.	29,5%	26,2%	22,9%	21,4%
13.	30,4%	28,2%	19,8%	21,6%	33.	26,5%	20,1%	25,5%	27,9%
14.	36,7%	22,4%	17,2%	23,7%	34.	22,3%	27,8%	18,4%	31,5%
15.	18,7%	24,8%	22,1%	34,4%	35.	28,9%	25,6%	21,2%	24,3%
16.	27,9%	17,9%	23,5%	30,7%	36.	18,8%	30,1%	22,2%	28,9%
17.	25,7%	33,1%	18,9%	22,3%	37.	26,7%	26,9%	21,8%	24,6%
18.	26,9%	25,4%	27,6%	20,1%	38.	25,3%	16,6%	29,7%	28,4%
19.	23,9%	21,4%	25,1%	29,6%	39.	19,7%	28,8%	25,9%	25,6%
20.	30,3%	18,4%	19,9%	31,4%	40.	33,8%	17,1%	28,4%	20,7%

При цьому практично не спостерігається надто високих чи надто низьких показників, а середні значення за окремими показниками розташовані досить рівномірно. Загалом це відповідає середньостатистичним

значенням для респондентів у віці 25-35 років, які перебувають (виконують свої професійні обов'язки) в психологічно напружених, але не екстремальних умовах [258, с. 117-118]. Відповідно, стан тривожності виникає у них напередодні можливих неприємностей і життєвих ускладнень, в стресогенних ситуаціях невизначеної небезпеки та проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій.

Діагностика за **колірним тестом М. Люшера** здійснювалася нами з метою встановлення домінуючого функціонального стану та працездатності респондентів [232]. Узагальнення одержаних результатів дозволяє стверджувати, що переважна їх кількість (72,9%) мають характеристики, які можна об'єднати в усереднені показники (див. Табл. 3.1.4).

Таблиця 3.1.4

Кількісні показники за методикою М. Люшера (у%)

Колір	червоний		жовтий		зелений		фіолетовий		синій		коричневий		сірий		чорний	
Місце кольору в аутогенній нормі	1	14,3	2	12,1	3	20,4	5	13,2	4	14,5	6	16,2	7	4,1	8	5,2
Місце кольору у виборі опитаного	3	15,6	8	14,3	2	17,4	1	14,1	5	11,8	7	13,0	4	6,3	6	7,5
Різниця	2	1,3	6	2,2	1	3,0	4	0,9	1	2,7	1	3,2	3	2,2	2	2,3

При цьому звертають на себе увагу відмінності в виборах основних кольорів відносно аутогенної норми: фіолетовий (№ 1 – № 5, різниця 4 бали) – зелений (№ 2 – № 3, різниця 1 бал) – червоний (№ 3 – № 1, різниця 2 бали) – сірий (№ 4 – № 7, різниця 3 бали), а також те, що жовтий колір значною кількістю піддослідних розташовується на останньому місці (№ 8 – № 2, різниця 6 балів).

Загалом можна констатувати високий рівень інтенсивності тривоги (фіолетовий колір, №1), незадоволеність потреби у спокої, стабільності, позитивних контактах (синій колір, № 5) та потреби в перспективах, надіях на краще (жовтий колір, № 8), що визначає відсутність надії на успіх, задоволення від участі в спільній діяльності, орієнтації на подальшу співпрацю.

Відповідно, за окремими показниками особам, що визначені нами як схильні до психосоматичних розладів, притаманні наступні особливості.

Бажані цілі і поведінка, продиктована цими цілями, визначаються як поглинання речами, що здатні сильно хвилювати; прагнення позбутися ситуацій, що їх не задовольняють, пригнічують, здаються нестерпними. Тип реагування – шукати який-небудь вихід, відчуваючи, що його немає. Захисна реакція – намагатися захистити себе від участі в суперечках та конфліктах.

Існуючий стан речей й доречна при цьому поведінка представлені прагненням домогтися кращого положення та завоювати більш високий статус, щоб з'явилася можливість забезпечити себе багатьма речами, без яких раніше доводилося обходитися.

Стримувані властивості та недоречна при цьому поведінка зумовлюються тим, що опитані бажають одержувати фізичне задоволення від професійної активності, але вони не спокійні й схильні до емоційної замкнутості, що заважає їм бути глибоко зосередженими. Вони вважають, що отримують менше того, що їм належить, відчувають брак особи, у якої б вони могли завжди знайти співчуття та розуміння. Стримувані емоції роблять їх образливими, але вони усвідомлюють, що повинні якомога краще

використовувати обставини такими, як вони є.

Заперечення, що придушуються або ж несуть тривогу, зумовлюються вираженою сприйнятливістю до зовнішніх подразників.

Актуальна проблема чи поведінка, викликана стресом, полягає в протидії обмеженням та заборонам; вони бояться, що якщо не убезпечать себе від зовнішніх впливів, їх незалежність опиниться під загрозою або буде сильно обмежена.

Отже, виникненню психосоматичних розладів сприяють наступні функціональні стани: бажані цілі і поведінка, продиктована цими цілями, знаходиться в обмежених умовах прагнення постійного самоствердження – з одного боку, та тактики уникання конфліктів – з іншого; існуючий стан речей й доречна при цьому поведінка пов'язані з напруженням та деструктивним переживанням стресу; стримувані властивості та недоречна при цьому поведінка полягають у прагненні здаватися сильнішими, ніж є, що створює додаткове напруження; заперечення, що придушуються або ж несуть тривогу, зумовлюються прагненням більш сильних відчуттів, разом із намаганнями приховати «слабкі» або небажані риси своєї особистості; актуальна проблема чи поведінка, викликана стресом, полягає у відчутті неповної самореалізації на професійному ґрунті, що викликає психогенні переживання.

Згідно з результатами кореляційного аналізу (див. Додаток А), показники методики САН мають високий рівень зв'язків із показниками методики Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна та тесту М. Люшера. Зокрема, наявні позитивні кореляції між шкалою С та комплексним показником «Настрій» за М. Люшером (0,341), між шкалою А та показниками «Енергія» і «Настрій» за М. Люшером (відповідно 0,442 та 0,238), між шкалою Н та показниками «Енергія» і «Настрій» за М. Люшером (відповідно 0,283 та 0,272); негативні кореляції між шкалою Н та ситуативною (-0,384) і особистісною (-0,259) тривожністю.

Цілком прогнозовано, що й ситуативна, й особистісна тривожність

негативно корелюють з «Енергією» і «Настроєм» за М. Люшером (відповідно -0,271 та -0,236; -0,287 та -0,252).

Безумовно, що чим кращий настрій особи, тим вищі показники її самопочуття. Порівняно тривалі, стійкі емоційні стани (настрої) проявляються в якості самопочуття загальним фоном психічного життя особи та забезпечують переважання в ній емоцій певної модальності. Енергійність і хороший настрій визначають високий рівень активності, ситуативна та особистісна тривожність – впливає на енергійність негативно. Чим менше особа піддана тривожності, тим вищий її настрій та вона менше схильна сприймати загрозу своїй самооцінці, прагнути деструктивного самоствердження в досить широкому наборі ситуацій, у тому числі професійних. Чим вища енергійність особи, тим менше вона схильна до переживання астенічних емоційних станів. Між тим, втрата самовладання та періодичні прояви «панічних атак» тим вірогідніші, чим вища їх залежність від вищеперерахованих.

Таким чином, можемо виділити першу групу взаємозв'язків у структурі психосоматичного статусу особистості, а саме: особливості психоемоційних функціональних станів, що детермінують формування особистісної тривожності. Вона представлена схильністю до дискомфорту самопочуття через знижений настрій, активність, енергійність та піддатність ситуативній тривожності.

Зазначене свідчить про необхідність не лише діагностики, але й цільового корекційного впливу на осіб, схильних до психосоматичних розладів: низький рівень позитивного настрою, активності та самопочуття спричиняє зниження енергетичного потенціалу особистості, створюючи своєрідне «замкнене коло», в якому мотивація до професійної діяльності не має необхідного підкріплення, що сприяє зростанню ситуативної та особистісної тривожності і подальшому формуванню психосоматичного профілю особистості.

Друга група методик першого блоку була підпорядкована дослідженню

сталих особливостей емоційно-вольової сфери особистості як підґрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України. Зокрема, в основу **Опитувальника емоційного інтелекту (ЕІн)** **Д. В. Люсіна** покладене трактування емоційного інтелекту як здібності до розуміння своїх і чужих емоцій та управління ними. Здатність до розуміння емоцій означає, що людина може розпізнавати емоцію, тобто встановити сам факт наявності емоційного переживання у себе чи іншої особи; може ідентифікувати емоцію, тобто встановити, яку саме емоцію переживає вона чи інша людина, і як її виразити словами; розуміє причини, що викликали дану емоцію, і наслідки, до яких вона призведе.

Здатність до управління емоціями означає, що людина може контролювати інтенсивність емоцій, насамперед, надмірно сильні емоції; може контролювати зовнішній вияв емоцій; може, в разі необхідності, довільно викликати ту чи іншу емоцію.

І здатність до розуміння, і здатність до управління емоціями може бути спрямована як на власні емоції, так і на емоції інших людей. Відповідно, можна говорити про внутрішньоособистісний і міжособистісний ЕІ. Ці два варіанти передбачають актуалізацію різних когнітивних процесів і вмінь, але пов'язані один із одним. Таким чином, у структурі ЕІ апріорно виділяється два «виміри», перетин яких дає чотири види ЕІ: внутрішньоособистісний та міжособистісний, розуміння емоцій та управління емоціями [141, с. 3-22; 142, с. 264-278].

Узагальнення одержаних результатів (див. Табл. 3.1.5) свідчить про наступні особливості психосоматичного статусу осіб досліджуваної нами категорії.

Таблиця 3.1.5

Узагальнені показники за опитувальником Д. В. Люсіна

шка- ла	Значення та кількість відповідей за ними (у %)									
	Дуже низьке		Низьке		Середнє		Високе		Дуже Високе	
МП	0-19	15,7	20-22	30,3	23-26	34,1	27-30	10,1	30<	9,8
МУ	0-14	21,6	15-17	14,3	18-21	29,8	22-24	22,8	25<	11,5
ВП	0-13	17,4	14-16	32,6	17-21	12,7	22-25	20,4	26<	16,9
ВУ	0-9	30,6	10-12	29,5	13-15	13,6	16-17	11,2	18<	15,1
ВЕ	0-6	9,7	7-9	12,8	10-12	33,4	13-15	31,5	16<	12,6
МЕІ	0-34	18,7	35-39	22,3	40-46	31,9	47-52	16,5	53<	10,7
ВЕІ	0-33	19,2	34-38	24,9	39-47	19,9	48-54	21,0	55<	14,9
ПЕ	0-34	16,6	35-39	31,5	40-47	23,4	48-53	15,3	54<	13,6
УЕ	0-33	20,6	34-39	18,9	40-47	25,6	48-53	21,8	54<	13,1
ЗЕІ	0-71	19,0	72-78	23,9	79-92	24,7	93-104	19,2	105<	13,2

1. За шкалою «Розуміння чужих емоцій» (МП) – здатність адекватно сприймати та трактувати на основі зовнішніх проявів емоцій (міміка, жестикуляція, звучання голосу) чи інтуїтивно внутрішній стан інших людей у переважної кількості опитаних представлена на низькому та дуже низькому рівні (45,8%); разом із тим, певна їх кількість (19,9%) дуже чутливі до емоцій оточуючих.

2. За шкалою «Управління чужими емоціями» (МУ) – здатність викликати у інших людей ті чи інші емоції, зменшувати інтенсивність небажаних емоцій, схильність до маніпулювання людьми у переважної кількості опитаних або ж низька та дуже низька (35,9%), або ж висока та дуже висока (34,3%). Такі результати, тим більше на тлі попередньої шкали, можуть видатися суперечливими: здатність до управління чужими емоціями у респондентів загалом більш розвинена, ніж до їх розуміння. Між тим, саме

в цьому полягає одна з специфічних особливостей психосоматиків – вони занурені у власні переживання, використовуючи оточуючих для створення бажаного рівня психологічного комфорту, при цьому переживання близьких людей відступають на другий план.

3. За шкалою *«Розуміння своїх емоцій»* (ВП) – здатність до усвідомлення своїх емоцій, їх розпізнавання та ідентифікації, вербального опису у переважній кількості опитаних також або низька та дуже низька (40,0%), або ж висока та дуже висока (37,3%). Такі результати свідчать про ігнорування власних переживань чи, навпаки, глибоке «занурення» у них.

4. За шкалою *«Управління своїми емоціями»* (ВУ) – здатність і потреба свідомо регулювати власний емоційний світ, викликати й підтримувати бажані емоції та тримати під контролем небажані у переважній кількості опитаних не розвинена (60,1%); при цьому високі та дуже високі її показники представлені незначною мірою (26,3%). Частково такі результати пояснюються і високим рівнем МУ, і низьким рівнем ВП.

5. Останній результат дещо дисонує з показниками *шкали «Контроль експресії»* (ВЕ), де переважна кількість опитаних наділена здатністю контролювати зовнішні прояви своїх емоцій (44,1%), а незначна – такої здатності не має (22,5%). Між тим, він цілком вкладається в наше трактування психосоматичного статусу цієї категорії осіб: більшість із них *може* контролювати власний емоційний стан, але *не бажає* цього, значною мірою перекладаючи тягар переживань на найближче оточення. Це проявляється в демонстрації поганого самопочуття та настрою, астеничній поведінці (методики САН та тест М. Люшера) та стає самодетермінантою ситуативної тривожності (опитувальник Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна).

Минаючи опис комплексних характеристик МЕІ, ВЕІ, ПЕ, УЕ, зазначимо, що загальний рівень емоційного інтелекту (ЗЕІ) у наших респондентів, скоріше, низький (42,9%), хоча значна їх кількість демонструє також здатність до високого рівня чуттєвого сприймання та реагування на світ емоційних відносин (32,4%).

Алекситимія – знижена здатність до вербалізації емоційних станів і почуттів. Вона притаманна людям, які обмежено усвідомлюють емоційні враження, переживання, причини вчинків. Наслідком алекситимії стає надмірний прагматизм і нездатність радіти життю («начебто все в порядку, але щось не так»), не обґрунтована незадоволеність життям, можливі емоційні вибухи, причини яких не усвідомлюються.

Первинна алекситимія є наслідком неправильного виховання в дитинстві, вторинна – захисних механізмів, спрямованих на витіснення життєвого травмуючого досвіду. При алекситимії потерпає не лише емоційна сфера, але й мислення та сфера особистості (нездатність до рефлексії, що призводить до спрощення життєвої спрямованості, обмеження взаємозв'язків із оточуючим світом.

На думку Б. Д. Карвасарського, особливості алекситимії є перепорою в усвідомленні емоцій та когнітивної обробки афекту, що призводить до посилення фізіологічних реакцій на стрес [96, с. 871].

Нами одержані наступні результати за методикою **«Торонтська Алекситимічна Шкала» (TAS-26)**, що засвідчують перебування респондентів у «групі ризику» стосовно алекситимії (див. Табл. 3.1.6):

- за шкалою «Труднощі ідентифікації почуттів» – 72,5 бали;
- за шкалою «Труднощі опису почуттів» – 70,9 балів;
- за шкалою «Екстернальне мислення» – 71,3 бали;
- середнє значення – 71,6 балів.

Відповідно, опитані можуть бути охарактеризовані як такі, що наділені відносно недиференційованими емоціями та мисленням, труднощами при визначенні та описуванні власних переживань; складністю в розмежуванні почуттів і тілесних відчуттів; зниженою здатністю до символізації; фокусуванню більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Оскільки при адаптації методики в Інституті ім. В. М. Бехтерева були одержані наступні результати: схильність до неврозів – 70 балів, схильність

до психосоматичних розладів – 72 бали, можемо стверджувати про наявність у опитаних саме психосоматичного, а не невротичного профілю особистості.

Таблиця 3.1.6

Показники узагальнених значень

	У прямих значеннях	У зворотних значеннях	Середні значення
Труднощі ідентифікації почуттів	1, 3, 6, 7, 9, 13, 14		72,5
Труднощі опису почуттів	2, 11, 12, 17	4	70,9
Екстернальне мислення	8, 15, 16, 20	5, 10, 18, 19	71,3

Тест EQ Н. Холла дозволяє встановлювати наступні показники (див. Табл. 3.1.7):

1) шкала *«Емоційна обізнаність»* – усвідомлення й розуміння своїх емоцій, наявність достатнього для цього вербального запасу, розуміння свого внутрішнього стану;

2) шкала *«Управління своїми емоціями»* – емоційна гнучкість, здатність до довільного керування своїми емоціями;

3) шкала *«Самотивація»* – управління своєю поведінкою за рахунок контролю емоцій;

4) шкала *«Емпатія»* – розуміння емоцій інших людей, здатність співпереживати, готовність надати емоційну підтримку, вміння розуміти стан інших людей за допомогою невербальних засобів спілкування;

5) шкала *«Розпізнавання емоцій інших людей»* – вміння впливати на емоційний стан інших людей.

Таблиця 3.1.7

Рівні емоційного інтелекту

Шкали	Рівні	Значення та кількість відповідей за ними (у %)					
		Високий		Середній		Низький	
Емоційна обізнаність	Парціальний	14<	20,3	8-13	34,8	7>	44,9
	Інтегративний	70<	29,6	40-69	28,9	39>	41,5
Управління своїми емоціями	Парціальний	14<	26,4	8-13	40,2	7>	33,4
	Інтегративний	70<	35,2	40-69	38,9	39>	25,9
Самотивація	Парціальний	14<	41,3	8-13	24,7	7>	34,0
	Інтегративний	70<	18,6	40-69	48,6	39>	32,8
Емпатія	Парціальний	14<	31,1	8-13	43,1	7>	25,8
	Інтегративний	70<	22,8	40-69	50,7	39>	26,5
Розпізнавання емоцій інших людей	Парціальний	14<	40,5	8-13	19,8	7>	39,7
	Інтегративний	70<	34,2	40-69	44,3	39>	21,5

Згідно одержаних результатів, можемо констатувати наявність закономірностей, близьких до встановлених за опитувальником емоційного інтелекту (ЕМІн) Д. В. Люсіна.

Зокрема, переважна кількість респондентів наділена низьким (парціальний показник – 44,9%, інтегративний показник – 41,5%) та середнім (відповідно 34,8% та 28,9%) рівнями емоційної обізнаності. Рівень управління власними емоціями також низький (відповідно 33,4% та 25,9%) та середній (відповідно 40,2% та 38,9%). Це зумовлює й низький (відповідно 34,0% та 32,8%) чи середній (відповідно 24,7 та 48,6%) рівень розвиненості управління власною поведінкою (самотивації – за Н. Холлом).

Слід звернути увагу й на наявність достатньо численної групи осіб (41,3%), парціальна самотивація яких є високою, на відміну від інтегративної, що підтверджує висловлене нами вище припущення: особи з

проблемним психосоматичним статусом часто потенційно *можуть, але не бажають* докладати зусиль для гармонізації власної особистості та життєдіяльності.

При цьому рівень їх емпатійності – середній (відповідно 43,1% та 50,7%) і вони або ж досить успішні в управлінні емоціями інших людей (відповідно 40,5% та 34,2%), або ж відчують у цьому сенсі суттєві труднощі (відповідно 39,7% та 21,5%).

Згідно з узагальненими результатами за опитувальником **«Оцінка емоційного інтелекту» («Емоційний інтелект» ЕМІQ-2)**, загальний бал за рівнем емоційного інтелекту у більшості опитаних (45,4%) низький та дуже низький або ж середній (29,7%) (див. Табл. 3.1.8), тобто вони досить часто припускаються «помилки», пов'язаних із власними емоціями. Почуття та емоції стають для них проблемою: не виходить їх зрозуміти та керувати ними. Все це несприятливо впливає як на стосунки з оточуючими людьми, так і на душевний спокій. Між тим, на наш погляд, емоційний інтелект опитаних нагадує певний динамічний стереотип, який можливо вдосконалити через допомогу у засвоєнні деяких принципів ефективного поводження – контролю над своїми переживаннями або, принаймні, способами їх вираження.

Зазначене підтверджується результатами за окремими шкалами опитувальника.

1. За *шкалою «Самоаналіз і самозахист»* – здатність адекватно оцінювати свої сильні й слабкі сторони, розпізнавати та розуміти свої емоції, вміння побудувати «психологічний захист» від неприємностей – результати більшості опитаних представлені низькими та дуже низькими (43,0%), а також середніми (40,1%) значеннями. На наш погляд, це свідчить про те, що їм не вдається розпізнавати та розуміти свої емоції, вони проявляють зайву чутливість до думки оточуючих й схильні звинувачувати самі себе навіть у тих ситуаціях, які від них не залежать.

Таблиця 3.1.8

Критерії емоційного інтелекту

Шкала	Значення стенів та кількість відповідей за ними (у %)				
	Дуже низьке 1-2,4	Низьке 2,5-4,4	Середнє 4,5-6,5	Високе 6,6-8,5	Дуже високе 8,6-10
Загальний бал	15,7	29,7	25,4	19,1	10,1
1	14,2	28,8	40,1	9,6	8,3
2	18,6	12,3	39,8	20,8	8,5
3	12,4	27,6	32,7	15,4	11,9
4	15,6	14,5	43,6	11,2	15,1
5	9,7	10,8	38,4	28,5	12,6

2. За шкалою «Вольова саморегуляція» – самоконтроль, самодисципліна, наполегливість у досягненні цілей – результати більшості опитаних також представлені низькими та дуже низькими (30,9%) і середніми (39,8%) значеннями, що свідчить про обмежену здатність до емоційно-вольової регуляції поведінки та недостатню активацію життєдіяльності.

3. За шкалою «Емоційна відкритість» – здатність адекватно висловлювати і контролювати свої емоції, належним чином реагувати на емоції інших людей у більшості респондентів знаходиться на низькому та дуже низькому (40,0%) і середньому (32,7%) рівнях.

4. За шкалою «Соціальна чутливість і проникливість» – здатність правильно оцінити мотиви поведінки інших людей і адекватно на них реагувати – було отримані дані, згідно яких більшість опитаних (43,6%) має середній рівень, високий та низький рівні соціальної чутливості представлені приблизно однаково. Ймовірно, на цей показник чинять певний вплив

особливості професійної діяльності, що реалізується в системі відносин «людина – людина» та потребує вміння встановлювати й підтримувати контакти з різними категоріями громадян; в інших випадках респонденти відсторонені від професійних цілей та занурені у власні переживання.

5. Результати за шкалою «Самооцінка чутливості» – оцінка власної чуйності, проникливості, розуміння мотивів поведінки оточуючих – свідчать про недостатньо адекватне оцінювання опитаними особливостей власного емоційного інтелекту. Переважають середні (38,4%) та високі (41,1%) оцінки, що є «дзеркальним» відображенням даних за попередніми шкалами. Це підтверджує висловлене нами раніше припущення щодо впливу психосоматичного статусу особистості на її світосприйняття загалом та професійну діяльність, зокрема: оцінюванню піддаються не реалії оточуючого світу, а суб'єктивне уявлення про них, деформоване психологічно дискомфортним емоційним станом. Респонденти прагнуть оволодіти вміннями самоаналізу і самозахисту, вольової саморегуляції, емоційною відкритістю, соціальною чутливістю та проникливістю, але недостатньо розвинений емоційний інтелект стає перешкодою на цьому шляху.

Опитувальник Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0) принципово відрізняється від вищенаведених тим, що ця методика побудована не на оціночних судженнях, а на вирішенні піддослідними певних завдань (див. Табл. 3.1.9). Окрім того, вона передбачає розподіл респондентів згідно статевих ознак (в нашому випадку – 80 чоловіків та 22 жінки). Узагальнення одержаних результатів потребує переведення «сирих» балів у стени в інтервалі (1 – 10) та визначення їх рівня як дуже низького, низького, середнього, високого та дуже високого [289-291].

Таблиця 3.1.9

Переведення балів за шкалами MSCEIT V 2.0 в стени (для чоловіків)

Рівень Стенів	Значення стенив та кількість відповідей за ними (у відсотках)									
	Ідентифікація емоцій		Використання емоцій у вирішенні проблем		Розуміння і аналіз емоцій		Свідоме управління емоціями		Загальний бал	
Дуже низький (1-2 стени)	0,197- 0,267	16,7	0,213- 0,249	18,5	0,165- 0,297	19,2	0,145- 0,215	19,5	0,051- 0,275	22,1
	0,268- 0,299	19,7	0,25- 0,273	18,7	0,298- 0,331	18,1	0,216- 0,237	19,2	0,276- 0,298	18,4
Низький (3-4 стени)	0,3- 0,331	20,1	0,274- 0,298	19,2	0,332- 0,365	17,6	0,238- 0,259	17,8	0,299- 0,322	17,6
	0,332- 0,363	18,4	0,299- 0,322	17,4	0,366- 0,399	19,6	0,26- 0,281	18,3	0,323- 0,345	16,8
Середній (5-6 стенів)	0,363- 0,395	9,2	0,323- 0,347	11,3	0,4- 0,433	8,7	0,282- 0,303	10,2	0,346- 0,369	12,1
	0,396- 0,427	6,3	0,348- 0,371	5,4	0,444- 0,467	7,4	0,304- 0,325	6,8	0,37- 0,392	6,4
Високий (7-8 стенів)	0,428- 0,459	2,4	0,372- 0,396	4,1	0,468- 0,501	3,6	0,326- 0,347	3,4	0,393- 0,416	3,2
	0,46- 0,491	3,3	0,397- 0,42	4,0	0,502- 0,535	3,9	0,348- 0,369	2,9	0,417- 0,439	3,4
Дуже високий (9-10 стенів)	0,492- 0,523	2,5	0,421- 0,445	1,1	0,536- 0,569	1,6	0,37- 0,391	1,8	0,44- 0,463	2,1
	0,524- 0,58	1,4	0,446- 0,447	0,3	0,569- 0,586	0,3	0,392- 0,412	0,1	0,464- 0,482	1,3

Як і в попередніх випадках, емоційний інтелект чоловіків, схильних до психосоматичних розладів, переважно представлений низьким та дуже

низьким рівнями (74,9%), причому ситуація тут набагато гірша, ніж це було за умови самооцінювання власних здібностей. Натомість, 83,9% жінок показали високий та дуже високий загальний рівень емоційного інтелекту, що відповідає доведеному в психології факту стосовно вищого рівня їх емоційної чутливості. Така ж тенденція прослідковується за окремими компонентами моделі MSCEIT v 2.0. Оскільки вибірка жінок надто нечисленна, щоб робити будь-які висновки, в подальшому ми будемо звертатися лише до результатів чоловіків.

За окремими шкалами одержані результати, що не суперечать попередньому висновку.

1. *Сприйняття, оцінка та вираження емоцій або ж ідентифікація емоцій* (секції А – «Вимірювання сприйняття облич» та Е – «вимірювання сприйняття картинок») – соціальні вміння емоційної чутливості, співпереживання, здатності прислухатися до почуттів інших людей, розуміння їх позиції та активний прояв співчутливого ставлення до їх проблем перебувають на низькому та дуже низькому рівнях у переважній більшості (74,9%) піддослідних.

2. *Використання емоцій для підвищення ефективності мислення та діяльності* (секції В – «Здатність особи асимілювати свій поточний досвід, описати свої почуття до певної людини» та F – «Здатність особи описати свої емоційні стани») – відбувається, переважно, на низькому та дуже низькому рівнях (73,8%), хоча стосовно середнього рівня можемо констатувати певну позитивну динаміку (відповідно 15,5% та 16,7%).

3. *Розуміння та аналіз емоцій* (секції С – «Розуміння перебігу емоцій в часі, а також розуміння того, як емоції сліднують одна за одною, змінюють одна одну» та G – «Здатність розрізняти змішані і складні почуття») – не можна вважати задовільним, оскільки 74,5% піддослідних перебувають у межах низького та дуже низького рівнів, відповідно, не здатні адекватно розпізнавати емоційне переживання у себе або іншої особи, встановити, яку саме емоцію відчуває сам або інша особа і знайти для неї словесне

вираження, зрозуміти причини, що викликали цю емоцію та її можливі наслідки.

4. *Свідоме управління емоціями для особистісного зростання і поліпшення міжособистісних відносин* (секції D – «Управління своїми емоціями» та H – «Управління емоціями інших людей») – така здатність у піддослідних також практично не розвинена. В експериментальній ситуації 74,8% із них відчують труднощі стосовно уявлення себе на місці героїв запропонованого сюжету та оцінювання варіантів їх подальших дій.

Таким чином, можемо констатувати недостатній рівень розвиненості соціальної перцепції у працівників поліції, схильних до психосоматичних розладів. Такий стан речей, безумовно, негативно впливає на ефективність реалізації ними професійних функцій та призводить до подальших трансформацій в оцінюванні власного психосоматичного статусу у зв'язку з розвитком станів фрустрації та внутрішньоособистісного конфлікту, що були відзначені при опитуванні як типові. Ситуація ускладнюється через недостатню адекватність самооцінки власного соціально-перцептивного потенціалу.

Оскільки другий блок методик (Торонтська алекситимічна шкала, опитувальники Д. Люсіна та Н. Холла, тест Емоційного інтелекту, методика Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо) підпорядкований дослідженню сталих складових емоційно-вольової регуляції поведінки, спробуємо визначити ступінь взаємозв'язків окремих показників та можливість їх структуризації як певного особистісного феномену. Для цього нами здійснений кореляційний аналіз за методом Ч. Спірмена (див. Додаток Б).

Встановлений високий рівень значущості кореляційних зв'язків між шкалами **опитувальника ЕмІн Д. Люсіна** та шкалами інших означених вище методик.

Так, шкала «Розуміння чужих емоцій» має високі позитивні кореляції з показниками «Емоційна обізнаність» (0,219), «Емпатія» (0,268) та «Розпізнавання емоцій інших людей» ($P=0,443$) за опитувальником EQ

Н. Холла, високі позитивні кореляції з показниками «Ідентифікація емоцій» (0,337) та «Розуміння і аналіз емоцій (0, 232) методики MSCEIT v 2.0, а також негативна кореляція з показником «Труднощі ідентифікації почуттів» (-0,393) за опитувальником TAS-26. Таким чином, зафіксований нами раніше низький рівень розвиненості здатності осіб із схильністю до психосоматичних розладів до адекватного сприймання та трактування зовнішніх проявів емоцій інших людей визначає й їх значну емоційну відстороненість від оточуючих.

Шкала «Управління чужими емоціями» має високі позитивні кореляції (в інтервалі 0,229 – 0,316) з усіма показниками опитувальника EQ Н. Холла, показниками «Самоаналіз і самозахист» (0,241), «Вольова саморегуляція» (0,261), «Емоційна відкритість» (0,282) та «Соціальна чутливість» (0,331) опитувальника ЕміІQ-2, показниками «Використання емоцій у вирішенні проблем» (0,373) та «Розуміння і аналіз емоцій» (0,278) методики MSCEIT v 2.0. Відповідно, констатована нами суперечливість між низьким рівнем здатності до розуміння іншої людини та достатньо високим – до управління чужими емоціями знаходить своє підтвердження через розвиненість механізмів самозахисту та соціальної перцепції, вольову регуляцію, маніпулювання своїм оточенням.

Шкала «Розуміння своїх емоцій» має високі позитивні кореляції (в інтервалі 0,234 – 0,287) з усіма показниками опитувальника EQ Н. Холла, показником «Самоаналіз і самозахист» (0,317) опитувальника ЕміІQ-2, показниками «Ідентифікація емоцій» (0,247) та «Розуміння і аналіз проблем» (0,415) методики MSCEIT v 2.0. З врахуванням усереднених даних, можемо стверджувати, що їх низький чи високий ступінь визначає, відповідно, й ігнорування чи прискіпливу увагу осіб, схильних до психосоматичних розладів, до емоційної складової власного самопочуття.

Шкала «Управління своїми емоціями» має високі позитивні кореляції (в інтервалі 0,194 – 0,372) з усіма показниками опитувальника EQ Н. Холла, показниками «Вольова саморегуляція» (0,344) та «Емоційна відкритість»

(0,217) опитувальника ЕмІQ-2, показниками «Ідентифікація емоцій» (0,218), «Розуміння і аналіз емоцій» (0,223), «Свідоме управління емоціями» (0,418) методики MSCEIT v 2.0. Оскільки раніше був встановлений низький рівень здатності до самоуправління емоціями, він зумовлює й низький рівень ідентифікації та вольової саморегуляції проявів емоційної сфери.

Шкала «Контроль експресії» має високі позитивні кореляції з показниками «Емоційна обізнаність» (0,189), «Управління своїми емоціями» (0,368), «Самомотивація» (0,245) та «Емпатія» (0,142) опитувальника EQ Н. Холла, показниками «Вольова саморегуляція» (0,337) та «Емоційна відкритість» (0,279) опитувальника ЕмІQ-2, показниками «Використання емоцій у вирішенні проблем» (0,153), «Розуміння і аналіз емоцій» (0,229) та «Свідоме управління емоціями» (0,337) методики MSCEIT v 2.0. Це підтверджує висловлене нами раніше припущення: особи зі схильністю до психосоматичних розладів наділені досить високим рівнем контролю експресії, отже, достатньо обізнані щодо особливостей виникнення та перебігу емоцій, здатні їх контролювати та використовувати для досягнення власних цілей. При цьому слід зазначити, що з урахуванням філогенетичної зумовленості емоцій, цей процес реалізується, переважно, на периферії свідомості.

Визначення кореляцій між шкалами **тесту TAS-26** та шкалами інших означених вище методик (окрім ЕмІн Д. Люсіна, оскільки проведений раніше аналіз засвідчив відсутність таких залежностей) дозволяє говорити про наступні взаємозв'язки між алекситимією та емоційним інтелектом осіб, схильних до психосоматичних розладів.

Шкала «Труднощі ідентифікації почуттів» має позитивні кореляції з показниками «Самоаналіз і самозахист» (0,221) та «Самооцінка чутливості» (0,231) опитувальника ЕмІQ-2 і негативні – з показником «Емоційна обізнаність» (-0,323) опитувальника EQ та з показником «Розуміння і аналіз емоцій» (-0,362) методики MSCEIT v 2.0. Шкала «Труднощі опису почуттів» позитивно корелює з показниками «Самомотивація» за опитувальником EQ

(0,209), «Самоаналіз і самозахист» (0,204), «Вольова саморегуляція» (0,253) та «Самооцінка чутливості» (0,421) за опитувальником ЕмІQ-2, «Ідентифікація емоцій» (0,214) та «Використання емоцій у вирішенні проблем» (0,226) за методикою MSCEIT v 2.0 і негативно – з показником «Розуміння і аналіз емоцій» (-0,338) за цією ж методикою. Шкала «Екстернального мислення» позитивно корелює з показником «Емоційна обізнаність» (0,204) і негативно – з показником «Самомотивація» (-0,449) за опитувальником EQ, має позитивні кореляції з показниками «Емоційна відкритість» (0,217), «Соціальна чутливість» (0,251) та «Самооцінка чутливості» (0,283) за опитувальником ЕмІQ-2 та «Використання емоцій у вирішенні проблем» (0,221) за методикою MSCEIT v 2.0.

Відповідно, алекситимія зумовлює і недоліки емоційної відкритості та обізнаності, і нерозвиненість вмінь аналізу емоцій та самоаналізу; втім, такі особи здатні й до достатньо адекватної самомотивації та оцінювання власної соціальної чутливості. Поглиблення її проявів призводить до емоційного відчуження особи від оточення – з одного боку, та зростання емоційної напруженості через нерозуміння близьких людей – з іншого.

Визначення кореляцій між шкалами **опитувальника EQ Н. Холла** і показниками методик Ем ІQ-2 та MSCEIT v 2.0 дозволило встановити високий рівень позитивного взаємозв'язку між шкалою «Емоційна обізнаність» та показниками «Емоційна відкритість» (0,226), «Соціальна чутливість» (0,228) та «Самооцінка чутливості» (0,307) за методикою Ем ІQ-2; показниками «Ідентифікація емоцій» (0,262), «Використання емоцій у вирішенні проблем» (0,453) та «Розуміння і аналіз емоцій» (0,258) за методикою MSCEIT v 2.0. Низький рівень когнітивної складової емоційного інтелекту у осіб, схильних до психосоматичних розладів, визначає не лише незадовільну здатність до емоційної відкритості та ідентифікації емоцій, але й до їх аналізу та розуміння, використання в повсякденному та професійному житті, загалом – низький рівень соціальної чутливості.

Шкала «Управління своїми емоціями» має високі позитивні кореляції з

показниками «Вольова саморегуляція» (0,454), «Соціальна чутливість» (0,219) та «Самооцінка чутливості» (0,229) за опитувальником Ем IQ-2; показниками «Використання емоцій у вирішенні проблем» (0,217) та «Свідоме управління емоціями» (0,368) за методикою MSCEIT v 2.0.

Шкала «Самомотивація» має високі позитивні кореляції з показниками «Самоаналіз і самозахист» (0,454) та «Емоційна відкритість» (0,253) за опитувальником Ем IQ-2; показником «Свідоме управління емоціями» (0,339) за методикою MSCEIT v 2.0. З врахуванням того, що самомотивація трактується Н. Холлом як управління своєю поведінкою за рахунок контролю емоцій, перший і третій кореляційні зв'язки видаються цілком логічними; емоційна відкритість, ймовірно, може вважатися наслідком впевненості особи у здатності емоційно-вольового контролю своїх вчинків.

Шкала «Емпатія» корелює з показниками «Соціальна чутливість» (0,419) та «Самооцінка соціальної чутливості» (0,282) за опитувальником Ем IQ-2; показником «Свідоме управління емоціями» (0,265) за методикою MSCEIT v 2.0. Зв'язок між емпатією та управлінням емоціями хоч і не є безсумнівним, але у випадку її низького рівня (що зафіксовано нами раніше) емоційна самокерованість теж потерпає.

Шкала «Розпізнавання емоцій інших людей» корелює з показниками «Вольова саморегуляція» (0,207) та «Самооцінка чутливості» (0,227) за опитувальником Ем IQ-2; показниками «Розуміння та аналіз емоцій» (0,398) «Свідоме управління емоціями» (0,229) за методикою MSCEIT v 2.0. Відповідно, зменшення здатності до ідентифікації емоцій інших людей супроводжується й негативними процесами у структурі емоційно-вольової регуляції своєї поведінки. Подібна ситуація створює певний емоційний вакуум навколо відповідної частини працівників поліції. На наш погляд, це можна порівняти з емоційною депривацією, яка й впливає на виникнення у них психосоматичних розладів.

І нарешті, встановлений високий рівень значущості кореляційних зв'язків між шкалами **опитувальника Ем IQ-2** та показниками методики

MSCEIT v 2.0. Зокрема, наявні три позитивні кореляції шкали «Емоційна відкритість»: «Ідентифікація емоцій» (0,273), «Використання емоцій у вирішенні проблем» (0,386) та «Свідоме управління емоціями» (0,238); по дві позитивні кореляції шкал «Самоаналіз і самозахист»: «Використання емоцій у вирішенні проблем» (0,228) та «Розуміння і аналіз емоцій» (0,478) і «Вольова саморегуляція»: «Ідентифікація емоцій» (0,232) та «Свідоме управління емоціями» (0,393); по одній позитивній кореляції шкал «Соціальна чутливість» та «Самооцінка чутливості» – з показником «Розуміння і аналіз емоцій» (відповідно 0,313 та 0,418). Одержані результати загалом не суперечать встановленим раніше і не потребують додаткових коментарів.

Таким чином, високий рівень значущості кореляційних зв'язків між показниками обраних нами методик (опитувальник Д. Люсіна ЕМІн, Торонтська алекситимічна шкали TAS-26, тести Н. Холла EQ та Емоційного інтелекту ЕМІQ-2, методика Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо MSCEIT v 2.0) дозволяє виділити другу групу діагностично значущих показників у структурі психосоматичного статусу особистості, а саме:

1) низький загальний рівень емоційного інтелекту (ЗЕІ) за опитувальником Д. Люсіна, що конкретизується через низькі значення показників «Розуміння чужих емоцій» (МП), «Розуміння своїх емоцій» (ВП) та «Управління своїми емоціями» (ВУ) та більшою мірою стосується проблемних зон внутрішньоособистісного емоційного інтелекту (ВЕІ), аніж міжособистісного емоційного інтелекту (МЕІ);

2) алекситимічний тип особистості за психосоматичним профілем;

3) низький рівень емоційної обізнаності, суперечливі (низькі або високі) рівні розпізнавання емоцій інших людей та управління своїми емоціями за опитувальником Н. Холла, що в останньому випадку визначає схильність до маніпулювання оточенням;

4) низький загальний рівень емоційного інтелекту за опитувальником ЕМІQ-2, що конкретизується через низькі значення емоційної відкритості,

самоаналізу та самозахисту;

5) низький загальний рівень емоційного інтелекту за методикою MSCEIT v 2.0, що конкретизується через низьку здатність до ідентифікації емоцій, розуміння і аналізу емоцій, свідоме управління емоціями та використання емоцій у вирішенні проблем, причому неоціночні результати виявилися нижчими, ніж самооцінка респондентів за аналогічними показниками.

Таким чином, приблизно третина опитаних нами працівників Національної поліції України із стажем роботи понад 5 років вказують на наявність у себе самопочуття та психофізіологічних станів, що мають психофізіологічне підґрунтя, тобто можуть вважатися схильними до психосоматичних розладів. Вони відзначають проблеми з шлунково-кишковим трактом (27,4%), що актуалізуються під впливом конфліктних ситуацій на службі чи сварок і суперечок у побуті; болі в серці та різкі коливання артеріального тиску (24,1%) через надмірне робоче навантаження, відсутність умов для повноцінного відпочинку, постійну стомленість, головний біль (20,6%), ускладнення в органах дихання (12,5%).

Понад половина схильних до психосоматичних розладів осіб (58,1%) вказали на негативну динаміку стану здоров'я останнім часом; значною є кількість респондентів, які вагаються в оцінці свого фізичного статусу, що можна визначити як наявність певного захисного механізму («ефект уникнення травмуючого об'єкта»). Вони зазначають також, що динаміка стану здоров'я значною мірою залежить від службової завантаженості, наявності чи відсутності конфліктних ситуацій в колективі, а також настрою, погоди та інших чинників. Її перспективи визначаються як несприятливі (37,8%), що аргументується неналежним станом правового та соціального захисту працівників поліції, накопиченням та високим рівнем психоемоційного напруження.

Схильні до психосоматичних розладів працівники поліції засвідчують наявність у себе наступних емоційних станів: енергійності (76,5%),

впевненості в собі (54,9%) та рішучості (52,9%), поряд із цим – стресу (47,1%), фрустрації (29,7%) та особистісного конфлікту (13,2%). Видається, що стеничні емоції стани скоріше констатуються респондентами як уявлення про певну професійну норму, оскільки вони мало ймовірні при такому рівні піддатності негативним емоційним станам. Більше того, прагнення бути (чи виглядати) енергійним, рішучим та впевненим у собі за відсутності належних особистісних передумов саме по собі здатне спричинити особистісний конфлікт, тобто стати самостійним чинником негативної динаміки психосоматичного статусу особистості.

3.2. Характерологічні особливості особистості, що сприяють виникненню психосоматичних розладів

Безумовно, що тип характеру та сукупність його рис певним чином зумовлюють перебіг психофізіологічних процесів особи. Характер відображається сукупністю стійких індивідуальних властивостей та особливостей особистості. Це забезпечує психологічний фон спілкуванню та діяльності, обумовлює типові для особи способи поведінки. На наш погляд, можна дотримуватися точки зору, що кожна риса характеру віддзеркалює ставлення особи до певних обставин та сторін діяльності. Згідно цього, багато рис характеру становлять собою глибокі й активні спонукання, що визначають дії та вчинки особи.

Відповідно, в однакових обставинах різні люди відчують різні психофізіологічні стани. Вони становлять собою цілісні системні реакції (фізичного організму й психічних реакцій індивідуальності) на зовнішні і внутрішні впливи, спрямовані на збереження цілісності організму й забезпечення його життєдіяльності в конкретних умовах існування.

Останні, на наш погляд, значною мірою впливають на психосоматичний статус працівників поліції. Специфічні умови професійної

діяльності цих осіб не завжди ефективно сприймаються особистістю через брак як відповідних психологічних знань, вмінь та навичок, так і особистісних якостей, необхідних для профілю фахівця, який функціонально бажаний на певній посаді. Ці невідповідності створюють стресові, фрустраційні, конфліктні та інші негативні емоційні стани у працівників поліції, схильних до психосоматичних розладів, посилюють таку схильність і викликають певну симптоматику.

На нашу думку, у цих схильностях проявляється спонукальна сила властивостей характеру, що зумовлює досить чітку «програму дій» щодо використання певних методів і засобів для досягнення цілей. Згадані негативні емоційні стани викликаються тим, що завдяки цій силі характерологічних особливостей особа може іноді або доволі часто застосовувати недоцільні способи дії, що суперечать вимогам об'єктивних умов.

Характерний для особи спосіб дії особливо виразно виявляється в екстремальних ситуаціях. Між тим, якщо такі способи дій доцільні у певних обставинах, то особа виявляє набагато більше енергії, наполегливості та працездатності в порівнянні з тими випадками, коли вона змушена користуватися невідповідними її характеру способами дій.

У контексті розгляду характерологічних особливостей особистості, що сприяють виникненню психосоматичних розладів, важливою нам видається активність характеру. Вона виявляється в тій спонукальній силі, з якою долаються несприятливі обставини. Активність характеру як спонукання істотним чином впливає на силу волі: чим активніша властивість характеру, тим більшу силу волі виявляє особа, спонукувана цією властивістю. Ми вважаємо, що саме тут знаходиться підґрунтя класифікації характерологічних особливостей, зокрема, наступних:

- за змістовними параметрами характер можна визначати: як сильний чи слабкий (сильна воля неможлива без активних рис характеру); оптимістичний – песимістичний, урівноважений – нервовий, відкритий –

замкнутий, самокритичний – самозакоханий, тактовний – грубий, відповідальний – недобросовісний; принциповий – безпринципний і т. ін.;

- залежно від ставлення до: колективу і окремих людей (доброта, чуйність, вимогливість, зарозумілість і т. ін.); праці (працелюбність, лінь, сумлінність, відповідальність або безвідповідальність); речей (акуратність або неохайність, дбайливе поводження з речами та ін.); самого себе (самолюбство, честолубство, марнославство, гордість, зарозумілість, скромність і т. ін.).

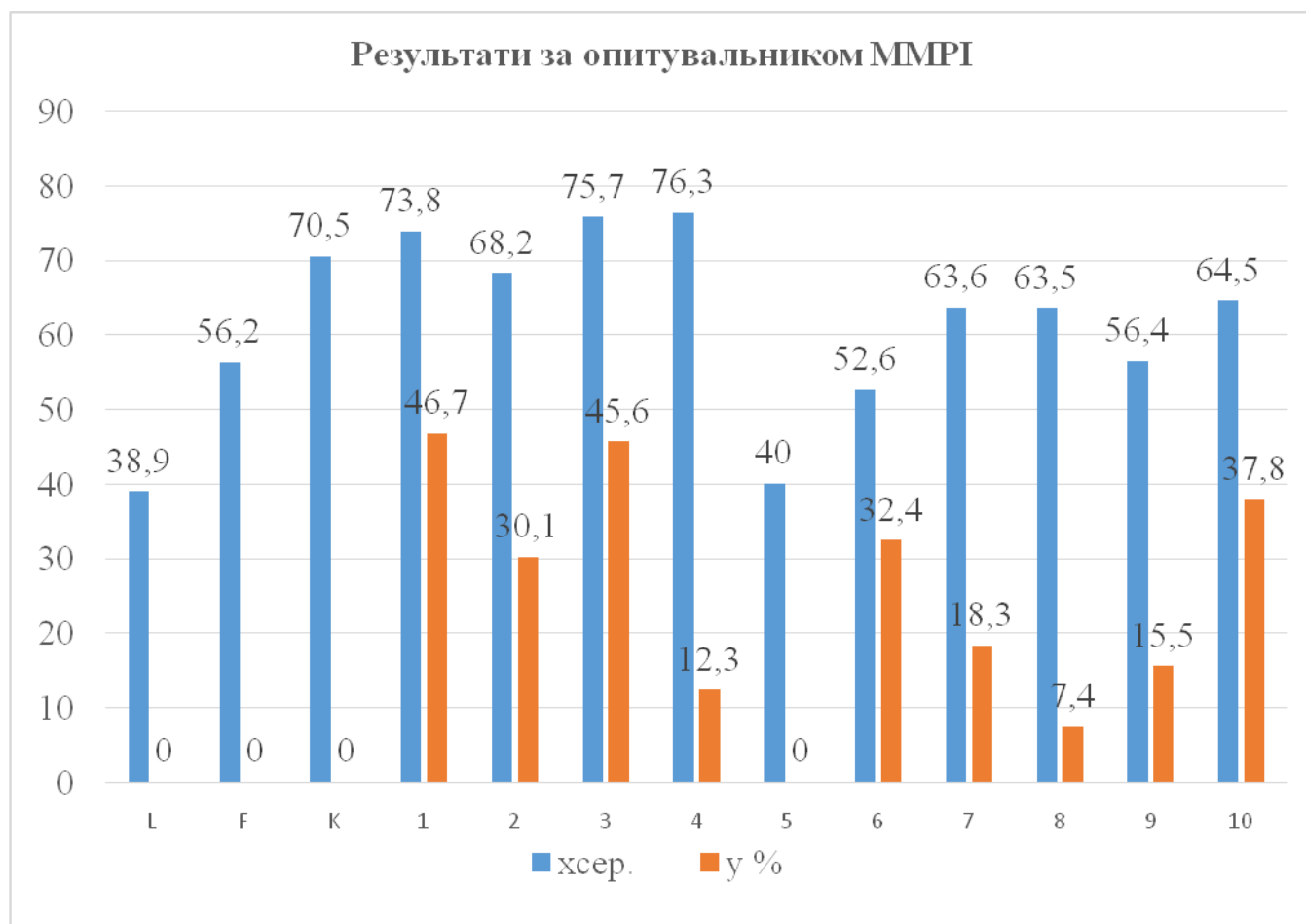
Для детального вивчення характерологічних особливостей особистостей, що сприяють виникненню психосоматичних розладів, ми продовжили психодіагностичне обстеження. Для цього використаний обґрунтований у розділі 1.2 методологічний інструментарій, зокрема, ММРІ (Міннесотський багатовимірний особистісний опитувальник) та опитувальник Г. Айзенка (див. Табл. 3.2.1 та 3.2.2; діаграму 3.2.1 та 3.2.2).

Як вже зазначалося, при узагальненні результатів за **опитувальником ММРІ** ми використовували неклінічний варіант назв основних шкал та зверталися до їх трактування згідно з наявними в науковій літературі напрацюваннями [234; 28; 32; 38].

Таблиця 3.2.1

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
хсер.	38,9	56,2	70,5	73,8	68,2	75,7	76,3	40,0	52,6	63,6	63,5	56,4	64,5
у %	-	-	-	46,7	30,1	45,6	12,3	-	32,4	18,3	7,4	15,5	37,8

Діаграма 3.2.1



Одержані первісні результати переведені в Т-бали, причому профіль у межах 40-65 Т-балів оцінювався як норма; піки у межах 65-75 Т-балів вказують на існування акцентуацій; піки вище 75 Т-балів – психопатологічних станів або психопатій.

Відразу зазначимо, що з числа оціночних шкал ММРІ у верхніх межах норми перебувають результати за шкалами L (38,9 Т-балів) – характеризує невідвертість відповідей та прагнення «гарно виглядати» та F (56,2 Т-бали) – визначає недостовірність даних.

В першому випадку йдеться, швидше, про тенденцію реципієнта продемонструвати абсолютне дотримання соціальних норм, заперечуючи в своїй поведінці слабкості, притаманні будь-якій людині (інколи гніватися, лінитися, бути недостатньо добросовісним при виконанні службових обов'язків, не завжди говорити правду та бути акуратним) в мінімальних

розмірах та в безневинній ситуації. Тобто з поведінки вичленовуються компоненти, здатні тією чи іншою мірою (за уявленнями опитуваного) негативно вплинути на іміджеву складову особистості. Таку ж картину можуть демонструвати й особи, які професійно зобов'язані дотримуватися конвенційних норм поведінки. Зазначена тенденція може бути цілком прийнятною для осіб, схильних до психосоматичних розладів («Я все роблю правильно, але...»).

Зростання результатів за шкалою F може бути викликане тенденцією до драматизації обставин, що склалися, та свого до них ставлення, а також зниженою працездатністю чи специфікою психосоматичного статусу особи, тривожністю та особистісною потребою в допомозі, внутрішньою напруженістю та незадоволенням ситуацією.

Результати за шкалою K (70,5 Т-балів) потребують більш пильної уваги. Як відомо, особи з високими показниками за цією шкалою (65 Т-балів і вище) звичайно формують свою поведінку залежно від соціального схвалення та надто переймаються своїм соціальним статусом. Вони схильні заперечувати будь-які утруднення в міжособистісних стосунках чи контролі власної поведінки, прагнуть до дотримання прийнятих норм і утримуються від критики оточуючих. Через заперечення (значною мірою – на перцептивному рівні) інформації щодо міжособистісних утруднень та конфліктів вони можуть і не мати адекватного уявлення про те, як їх сприймають оточуючі. Провідними поведінковими якостями в цих випадках стає «самокопання» та відсутність уваги до інших людей.

Слід зазначити, що помірне підвищення профілю за цією шкалою не порушує особистісну соціальну адаптацію, навіть навпаки, створюючи відчуття гармонії з оточенням та схвальну оцінку прийнятих у цьому оточенні. Тому такі особи справляють враження людей поміркованих, доброзичливих, комунікабельних.

Зазначене можна вважати одним із пояснювальних механізмів виникнення та подальшого розвитку психосоматичних розладів як наслідку

орієнтації на завищений для даної конкретної особи нормотип стану життєдіяльності («Я не гірший, тоді чому...?»), що сприяє виникненню психологічної напруженості з подальшою її соматизацією.

Оскільки показники за основними шкалами опитувальника дозволяють вважати одержані результати достовірними, надамо загальний опис базисних шкал MMPI.

1. *Шкала соматизації тривожності* – середнє значення по вибірці становить 73,8 Т-балів, понаднормативні результати мали 46,7% опитаних.

Перевищення нормативних значень свідчить про надлишкову увагу до функціонування свого організму, хвилювання за стан свого здоров'я, близькість до астено-невротичного типу особистості; в клінічному варіанті – про іпохондричний тип реагування на життєві обставини. Механізм захисту проявляється тут як «втеча у хворобу», при цьому хвороба (наявна чи надумана) стає немов би ширмою, що маскує прагнення перекласти відповідальність за існуючі проблеми на оточуючих і розглядається як єдиний соціально прийнятний спосіб виправдання своєї пасивності.

Тобто, значна кількість представників нашої вибірки характеризуються як психологічно неактивні особи, схильні приймати «на віру» зовнішні настанови. Вони повільно пристосовуються, погано сприймають зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах; легко піддаються впливу ЗМІ, їх психологічний стан нестабільний, вони легко «вбирають в себе» негативну інформацію; схильні до тривожності й підозріливості. Часто відчують тривогу та побоювання за своє здоров'я.

Схильні до соматизації тривожності особи емоційно реагують на найменші прояви фізичного дискомфорту або дефекту; навіть легкі захворювання розцінюються ними як серйозні вади. Вони докладають значних зусиль для досягнення стану здоров'я, застосовують різні дієти, гартуються, приймають багато медикаментів та вітамінів. При цьому не довіряють лікарям, наполегливо шукають «справжніх професіоналів», вдаються до різного роду консультацій та нетрадиційних методів лікування,

Такій ситуації, на нашу думку, сприяє загальнодоступність медичної інформації, поява на телеекранах, в Інтернет-мережі та в періодичній пресі програм про різні хвороби та можливості їх зцілення, нав'язлива реклама лікарських засобів.

2. *Шкала песимістичності* – середнє значення по вибірці становить 68,2 Т-бали, тобто дещо вище норми, понаднормативні результати мали 30,1% опитаних.

Перевищення нормативних значень свідчить про підвищену особистісну тривожність, відчуття морального дискомфорту; в клінічному варіанті – про гіпостенічний чи депресивний тип реагування на життєві обставини.

Ці респонденти схильні до поведінки, що характеризує їх як чутливих, сенситивних, боязких, сором'язливих. Зовнішньо це проявляється у тому, що у справах вони старанні, сумлінні, високоморальні й обов'язкові, але не здатні до самостійного прийняти рішення при вирішенні професійних завдань, очікують вказівки від керівництва. Відсутність впевненості в собі призводить до тенденції при найменших невдачах впадати у відчай. Вони не прагнуть здаватися кращими, більш значимими, ніж є насправді, привернути до себе увагу.

3. *Шкала емоційної лабільності* – середнє значення по вибірці становить 75,7 Т-балів, понаднормативні результати мали 45,6% опитаних.

Перевищення нормативних значень свідчить про високу чутливість до середовища, нестабільність емоційного стану, демонстративність, прагнення бути предметом уваги оточуючих, викликати захоплення, здивування, заздрість, використання симптомів фізичного захворювання для вирішення складних життєвих ситуацій; в клінічному варіанті – про істеричний тип реагування на життєві обставини.

Зазначимо, що таке співвідношення результатів за шкалами 1, 2 та 3 трактується в науковій літературі як психосоматичне «V» в MMPI [38], тобто визначає схильність до захисних реакцій конверсійного типу – використання

симптомів фізичних розладів як засобу вирішення складних ситуацій. Вона виявляється в специфічних емоційно-афективних та сомато-вегетативних реакціях без суттєвих патоморфологічних змін в нервовій системі.

Найвище значення шкали емоційної лабільності визначає пасивне ставлення до конфлікту, уникнення вирішення проблем, егоцентричність, що маскується декларацією гіперсоціальних установок. Зазначене є відображенням недоліку в дитинстві емоційної теплоти і уваги – за звичайних умов, і підвищеною їх демонстрацією – при травмах і хворобах.

Особливості психіки та специфіка проявів уваги оточуючих сприяють формуванню й закріпленню механізму маніпулювання за допомогою «втечі у хворобу». За умов особистісної незрілості даний механізм переноситься у доросле життя і трансформується на оточуючих, практично не змінюючись і переростаючи в ригідний, неконструктивний поведінковий стиль зниження емоційної напруженості за рахунок включення (маніпулювання) оточуючих в хвилювання щодо «хворобливого» стану.

В поведінці осіб даного типу неусвідомлене прагнення до статусу хворого є своєрідним виправданням неналежної активності й спробою підсилення соціального захисту та певної гарантії уваги від оточуючих в одному комплексі.

Підвищення профілю за цією шкалою виявляє нестабільність емоцій та конфліктне сполучення різноспрямованих тенденцій: високий рівень особистісних домагань поєднаний із потребою в причетності до інтересів групи; егоїстичність – із альтруїстичними деклараціями; агресивність – із прагненням подібатися оточуючим.

Не маючи емпатичних залежностей в системах особистісної взаємодії через не сформованість самих емпатичних властивостей, такі особи здатні переконливо демонструвати всю гаму і глибину особистісної включеності у взаємодію і самі себе переконують у значущості своїх почуттів.

Таким особам притаманна певна демонстративність, яскравість емоційних проявів при поверховості переживань, нестабільності самооцінки,

на яку суттєво впливає авторитетне оточення. Їх поведінка супроводжується переконаністю в ідентичності свого «Я» декларованим ідеалам, незрілістю установок, підвищеною нервозністю, надлишковою драматизацією подій, в ситуації стресу – схильністю до звуження свідомості та вираженими вегетативними реакціями.

Такий тип особистого та поведінкового реагування залежить від підвищеної емоційності та сугестивності, що призводить до нервово-психічної перенапруженості та внутрішньоособистісних конфліктів. При цьому великого значення набуває індивідуальна значущість пережитого. Чинниками ризику є неблагополуччя в сім'ї, професійна незадоволеність, схильність до адикцій.

4. *Шкала імпульсивності* – середнє значення по вибірці становить 76,3 Т-балів, понаднормативні результати мали 12,3% опитаних.

Перевищення нормативних значень по цій шкалі свідчить про стенічний тип реагування та, в певних випадках, малоконтрольовану поведінку; в клінічному варіанті – про поведінку збудливого кола (експлозивну психопатію). В останньому випадку особистісними проявами є: дисгармонічність емоційно-вольової сфери при відносній збереженості інтелекту, ускладнення соціальної адаптації, а при психотравмуючих обставинах – дезадаптація поведінки.

Слід зазначити, що сполучення високих показників за 3-ою та 4-ою шкалою значно підсилює характеристики 3-ої, збільшуючи ймовірність поведінкових реакцій за істеричним типом із схильністю до «самонакручування» в конфліктних ситуаціях та вираженим прагненням до емоційної включеності.

Враховуючи, що ця шкала спрямована на діагностику соціопатичних типів особистості, високі оцінки по цій шкалі свідчать про соціальну дезадаптацію: такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами та цінностями, проявляють аномальну реактивність на окремі групи подразників [17, 26]. Настрій у них нестійкий, вони вразливі, збудливі й

чутливі до змін у значущих сферах життєдіяльності.

В поведінковій структурі таких осіб поєднуються різноспрямовані тенденції – висока пошукова активність та динамічність процесів збудження і виражена інертність та психічна нестабільність. Це проявляється у суперечливому сполученні високого рівня домагань із невпевненістю в собі, високої активності – з швидкою виснажуваністю, що характерне для неврастенічного типу переживань.

За несприятливих соціальних умов такі особливості можуть стати підґрунтям для алкоголізації чи розвитку психосоматичних розладів.

5. *Шкала маскулінності – фемінності* – середнє значення по вибірці становить 40,0 Т-балів. Цей результат знаходиться на нижній межі норми, і ми не будемо його коментувати в контексті гендерних відмінностей через віддаленість від теми дослідження.

Зазначимо лише, що традиційні стереотипи стосовно «чоловічих» та «жіночих» рис особистості специфічно відображаються в професійному середовищі працівників поліції. Це призводить до формування маскулінізації у жінок та високого, порівняно з середнім для загалу громадян, рівня андрогінності [123, с. 522-530]. Можемо також стверджувати, що в професійному середовищі працівників поліції існує брак фемінності, між тим, її властивості є необхідними для якісного вирішення низки завдань.

6. *Шкала ригідності* – середнє значення по вибірці становить 52,6 Т-балів, тобто знаходиться у межах норми, хоча понаднормативні результати мали 32,4% опитаних.

Перевищення нормативних значень по цій шкалі свідчить про афективну насиченість переживань, застрягання афекту, наявність надцінних ідей, схильність до підозрілості; в клінічному варіанті – про паранояльний тип реагування на життєві обставини.

Основна риса таких осіб – схильність до майже фанатичного служіння певним «вищим» цілям, що часто супроводжується однобічністю суджень, агресивністю та злопам'ятністю, відповідно – частими конфліктами з

оточуючими, втратою стриманості та самовладання.

7. *Шкала тривожності* – середнє значення по вибірці становить 63,6 Т-балів, тобто знаходиться у межах норми, понаднормативні результати мали 18,3% опитаних.

Перевищення нормативних значень по цій шкалі свідчить про постійну готовність до виникнення тривожних реакцій, домінування гіпостенічних рис; в клінічному варіанті – про психастенічний тип реагування на життєві обставини.

У таких осіб домінує тривожно-недовірливий настрій, їм властиві боязкість, нерішучість, постійні сумніви, уникнення конфліктних ситуацій. Вони чутливі, сенситивні, старанні у справах, сумлінні, високоморальні й обов'язкові. Психосоматичні симптоми стають тут засобом уникнення відповідальності.

8. *Шкала індивідуалістичності* – середнє значення по вибірці становить 63,5 Т-балів, тобто знаходиться у межах норми, понаднормативні результати мали 7,4% опитаних.

Перевищення нормативних значень по цій шкалі свідчить про незалежність, нестандартність мислення, дистанціювання від оточення, інколи – непередбачувані вчинки, ірраціональність підходів та суджень при вирішенні проблем; в клінічному варіанті – про відрив від реальності та аутичний (шизоїдний) тип реагування на життєві обставини.

Такі особи здатні тонко відчувати й сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі й прикрощі не викликають у них емоційного відгуку. Їм притаманне поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних стосунках. Їх внутрішній світ майже завжди закритий від сторонніх поглядів, і лише перед деякими обраними особа «відкривається», хоча й ніколи не до кінця. Шизоїд нерідко розкривається перед людьми малознайомими, навіть випадковими, але чимось симпатичними для його примхливого вибору. Між тим, особа може назавжди залишитися «прихованою» від інших, навіть тих, хто знає її багато років.

9. *Шкала активності* – середнє значення по вибірці становить 56,4 Т-балів, тобто знаходиться у межах норми, понаднормативні результати мали 15,5% опитаних.

Перевищення нормативних значень по цій шкалі свідчить про надмірно високий рівень активації та невиправданий оптимізм; в клінічному варіанті – про гіпоманіакальний тип реагування на життєві обставини.

Таким особам притаманний піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, балакучі, хоча часом – стають дратівливими та агресивними, охоче контактують із оточуючими, проте інтереси їх поверхневі та нестійкі, їм не вистачає витримки й наполегливості.

10. *Шкала соціальної інтроверсії* – середнє значення по вибірці становить 64,5 Т-балів, тобто знаходиться на верхній межі норми, понаднормативні результати мали 37,8% опитаних.

Перевищення нормативних значень по цій шкалі свідчить про соціальну інтроверсію, емоційну незрілість та послаблений самоконтроль; в клінічному варіанті – про аутичний тип реагування на життєві обставини.

Для таких осіб комфортним є перебування на самоті або з тими людьми, до яких вони звикли, у тиші та спокої, коли не потрібно нічого робити швидко; вони надзвичайно чутливі до стресогенних обставин, все нове сприймається ними як небажані та обтяжливі умови, що викликають протест та втому.

Разом із цим, особи цього типу охоче беруть на себе соціальну відповідальність, пов'язану зі здійсненням широких контактів, навіть якщо самі контакти в силу відносно низької соціальної адаптивності даються їм «через силу» та викликають емоційну напруженість і майже постійний стрес. Почуття службового обов'язку ґрунтується у них на глибокому внутрішньому почутті моральності та етичності.

Можна стверджувати, що високі значення соціальної інтроверсії кореспондують із пасивністю особистісної позиції і зверненістю інтересів у світ внутрішніх переживань. Така поведінкова парадигма відрізняється

інертністю в прийнятті рішень, вибірковістю в контактах, прагненням до уникнення конфліктів; у стресових ситуаціях – «втечею від проблем».

Високі показники шкали свідчать не лише про замкнутість таких осіб, але й про наявність певної внутрішньої дисгармонії; за необхідності вони можуть справляти враження достатньо комунікабельних, але це коштує їм суттєвої особистісної напруги. Такі особливості можуть трансформуватися, навіть, у своєрідний аутизм, але без характерних для шизоїдного типу ознак.

Зниження соціальної спонтанності супроводжується прагненням до зменшення кола спілкування, виникають труднощі при встановленні нових контактів, стають частішими реакції тривоги. Така тенденція супутня підвищенню показників 2-ої, 7-ої та 8-ої шкал, тобто песимістичності, тривожності та індивідуалістичності, що спостерігається в нашому випадку.

Слід звернути увагу також на сполучення високих значень за шкалами соматизації тривожності та соціальної інтроверсії – воно свідчить про обмеження сфери спілкування у зв'язку з відчуттям соматичного неблагополуччя, схильністю до зростання кількості та тяжкості соматичних скарг із песимістичною оцінкою перспектив та потребою ознайомлювати з нею широке коло осіб. Тобто йдеться про ступінь вираженості «реакції пошуку допомоги».

Узагальнення одержаних за опитувальником ММРІ результатів дозволяє стверджувати, що досліджувані нами особи наділені сукупністю характерологічних особливостей, які сприяють виникненню психосоматичних розладів: в профілі особистості домінують показники імпульсивності, емоційної лабільності та соматизації тривожності, що в сукупності трактується як наявність психосоматичного конструкту (психосоматичне «V»); на межі норми зафіксовані показники песимістичності, тривожності, індивідуалістичності та соціальної інтроверсії. З урахуванням високих значень за шкалою К це визначає загальну зорієнтованість профілю за опитувальником ММРІ як такого, що свідчить про схильність респондентів до психосоматичних розладів [234, с. 107].

Оскільки в психологічній літературі обґрунтований взаємозв'язок між рисами характеру та їх психофізіологічним підґрунтям, ми звернулися до **опитувальника Г. Айзенка (EPI)**, що дозволяє визначити базові властивості темпераменту завдяки встановленню показників екстраверсії – інтроверсії та нейротизму.

Як відомо, Г. Айзенк пропонує описувати всю сукупність рис людини в контексті 2-х основних факторів: екстраверсії (інтроверсії) і нейротизму (емоційної стабільності). Перший із цих факторів біполярний і надає характеристику індивідуально-психологічних властивостей людини, крайні полюси якої відповідають орієнтації особи або ж на світ зовнішніх об'єктів (екстраверсія), або ж на суб'єктивний внутрішній світ (інтроверсія). Другий фактор (нейротизм) – описує певну властивість-стан, що характеризує людину з боку емоційної стабільності, тривожності, рівня самоповаги та можливих вегетативних розладів. Цей фактор також біполярний і утворює шкалу, на одному полюсі якої знаходяться люди, яким притаманна виключна стабільність, зрілість та адаптованість, а на іншому – перебувають надзвичайно нервові, нестабільні та погано адаптовані. Більшість людей містяться між цими полюсами, ближче до середини (згідно нормальному розподілу).

Узагальнення одержаних результатів засвідчує, що більшість представників нашої вибірки належать до інтровертів ($x_{\text{сер.}} = 9,4$ балів) та мають досить високі показники нейротизму ($x_{\text{сер.}} = 16,4$ балів). З урахуванням низьких значень за шкалою нещирості ($x_{\text{сер.}} = 3,8$ балів), дані є достовірними та презентують респондентів в означених координатах (див. Табл. 3.2.2).

Характеризуючи типового екстраверта [2], автор відзначає його комунікабельність та зверненість «назовні», широке коло знайомств, необхідність у контактах. Він поводить під впливом моменту, імпульсивний, оптимістичний, добродушний та веселий. Наділений тенденцією до агресивності. Почуття та емоції не мають строгого контролю, схильний до ризикованих вчинків. На нього не завжди можна покластися.

Типовий інтроверт – спокійна, схильна до самоаналізу людина, стримана й віддалена від усіх, окрім близьких друзів. Планує й обдумує свої дії завчасно, не довіряє неочікуваним спонуканням, серйозно ставиться до прийняття рішень, любить в усьому порядок. Контролює свої почуття, цінує моральні норми, наділений песимістичністю.

Таблиця 3.2.2

Узагальнені показники за опитувальником Г. Айзенка (EPI)

Шкали	Середні значення ($\bar{x}_{сер.}$)
Екстраверсія – інтроверсія	9,4
Нейротизм – емоційна стабільність	16,4
Нещирість	3,8

Результати за шкалою нейротизму характеризують емоційну стабільність чи нестабільність особи. Емоційна стабільність – риса, що свідчить про здатність зберігати організовану поведінку, ситуативну цілеспрямованість у звичайних та стресових ситуаціях. Характеризується зрілістю, адаптованістю, відсутністю напруженості, тривожності. Нейротизм проявляється в протилежних рисах, а також у лабільності настрою, почутті вини, депресивних реакціях, невірноваженості в стресових ситуаціях. Нейротизму відповідає емоційність, імпульсивність, невпевненість у собі, чутливість, схильність до подразливості. Нейротична особа характеризується неадекватно сильними реакціями стосовно стимулів, що їх викликали, у несприятливих стресових ситуаціях у неї може розвинути невроз.

Залучивши дані з фізіології вищої нервової діяльності, Г. Айзенк обґрунтував, що перетин означених 2-х біполярних характеристик дозволяє досить чітко віднести людину до одного з чотирьох типів темпераменту (за І. П. Павловим): сильний і слабкий типи дуже близькі до екстравертованого і

інтровертованого типів особистості. Природа інтроверсії та екстраверсії визначається вродженими властивостями центральної нервової системи, які забезпечують врівноваженість процесів збудження й гальмування.

Таким чином, використовуючи результати обстеження за шкалами опитувальника Г. Айзенка, можна встановити типи темпераменту особистості за І. П. Павловим: сангвінік (за основними властивостями ЦНС характеризується як сильний, врівноважений, рухливий), холерик (сильний, нерівноважений, рухливий), флегматик (сильний, врівноважений, інертний), меланхолік (слабкий, нерівноважений, інертний).

Більш пізніми дослідженнями доведено, що «чисті» типи темпераменту у людей є, швидше, виключеннями і зустрічаються порівняно рідко. Так, Г. В. Суходольським обґрунтовано [246], що слід говорити про домінування тих чи інших рис темпераменту, і тому виділяти не чотири («чисті» типи – це абстракція), а дев'ять типів особистості: норму і вісім акцентуацій. Окрім чотирьох «чистих» типів, Г. В. Суходольським запропоновано чотири «проміжних»:

- холерично-сангвінічний – тобто «чистий» екстравертований у сполученні з середнім балом нейротизму;
- сангвінічно-флегматичний – тобто «врівноважений» тип у сполученні з амбівалентністю екстраверсії-інтроверсії);
- флегматико-меланхолічний – тобто «чистий» інтравертований у сполученні з середнім балом нейротизму;
- меланхолічно-холеричний – тобто «нейротичний» тип з амбівалентністю екстраверсії-інтроверсії;
- нормальний тип.

Кожному типу особистості, за Г. В. Суходольським, відповідають наступні поведінкові прояви:

- холерик (Х) – агресивний, збудливий, змінюючий свої погляди, імпульсивний;
- холерично-сангвіністичний (ХС) тип – оптимістичний, активний,

екстравертований, комунікабельний, доступний;

- сангвінік (С) – балакучий, швидко реагуючий, безпосередній, живий;
- сангвіністично-флегматичний (СФ) тип – лідируючий, стабільний, спокійний, врівноважений;
- флегматик (Ф) – надійний, володіючий собою, миролюбний, поміркований;
- флегматико-меланхолійний (ФМ) тип – старанний, пасивний, тихий, некоммунікбельний;
- меланхолік (М) – стриманий, песимістичний, тверезий, ригідний;
- меланхолічно-холеричний (МХ) тип – добросовісний, капризний, нейротичний, легко ображається, неспокійний.

Згідно з графічною матрицею Г. В. Суходольського, де «норма» інтроверсії-екстраверсії обмежена 7-15 балами, а нейротизму – 8-16 балами, представники нашої вибірки повинні бути віднесені до *меланхолічно-холеричного типу*.

У таких осіб реакція часто не відповідає силі подразника, присутня глибина й стабільність почуттів при слабких зовнішніх проявах. Їм важко довго на чомусь зосереджуватися, а сильні впливи здатні викликати тривалу гальмівну реакцію («опускаються руки»). Їм властиві стриманість моторики і мови, нерішучість. В несприятливих умовах стають боязкими, тривожними, схильними до тяжких внутрішніх переживань життєвих обставин, які того не варті. Серед корисних, на наш погляд, якостей для працівника поліції слід вказати на здатність добре розбиратися в людях, прогнозувати їх реакції та поведінку. Їм потрібен час подумати, вони не говорять про той чи інший предмет спонтанно, якщо тільки він їм вже не знайомий.

З врахуванням приналежності осіб, схильних до психосоматичних розладів, до меланхолічно-холеричного типу, звернемося до значущих кореляційних зв'язків між шкалами опитувальників ММРІ та ЕРІ Г. Айзенка (див. Додаток).

Так, показник інтроверсії позитивно пов'язаний із емоційною

лабільністю (0,337), індивідуалістичністю (0,311) та соціальною інтроверсією (0,418). Відповідно, у більш інтровертованих осіб ці характерологічні особливості будуть формуватися інтенсивніше, супроводжуючись появою неконтрольованих емоційних спалахів, дистанціюванням від оточення, звуженням кола продуктивного спілкування, що сприяє загостренню переживань психосоматичного ґатунку.

У свою чергу, високий рівень нейротизму стає підґрунтям для зростання проявів соматизації тривоги (0,319), емоційної лабільності (0,238), імпульсивності (0,364) та індивідуалістичності (0,464). Наявна негативна кореляція між нейротизмом та песимістичністю (-0,423), ригідністю (-0,321), тривожністю (-0,369) пояснюється високою динамічністю емоційно-вольової сфери та несхильністю таких осіб до фіксації на негативних аспектах життєдіяльності.

Таким чином, при меланхолічно-холеричному типові темпераменту високі значення за шкалою соматизації тривожності за опитувальником ММРІ спричиняють наступні поведінкові особливості: старанність, прагнення до дотримання чинних норм і правил, низька особистісна активність, відсутність потреби в широті соціальних контактів. Даний поведінковий комплекс, цілком прийнятний для інших професій, не узгоджується з вимогами діяльності працівників Національної поліції України, відповідно, негативно впливає на її ефективність, що призводить до загострення психосоматичних тенденцій у розвитку особистості. В якості захисного механізму така особа може вдаватися до маніпулювання оточенням, підкреслювання власної своєрідності та неповторності, зловживати перебуванням на лікарняних листах та профілактичних заходах і процедурах.

Високі значення за шкалою песимістичності опитувальника ММРІ у представників меланхолічно-холеричного типу темпераменту засвідчують наявність прагнення до уникнення неуспіху як провідної мотиваційної спрямованості. Їм властивий високий рівень усвідомлення поточних проблем

через призму незадоволеності та песимістичної оцінки своїх перспектив, схильність до роздумів, інертність у прийнятті рішень, глибина переживань, невпевненість у собі та своїх можливостях. Загалом вони не схильні до конфліктів із соціальним оточенням, і тому здатні до часу гальмувати егоцентричні тенденції. Особливо це помітно у взаємодії з авторитетними особами, стосовно яких проявляються риси залежності.

Психосоматичний ефект при такому типі поведінки концентрується в афіліативній сфері потреб, що є провідними в структурі поведінки. Оскільки потреби в розумінні, любові, доброзичливому до себе ставленні не реалізуються в необхідному для особи (і надлишковому – для її оточення) ступені, це спричиняє поглиблення таких особливостей.

Комунікативний дисбаланс, що виникає через бажання мати глибокі соціальні контакти та неможливість його реалізації через домінуючу тенденцію уникнення невдач, формує пояснювальний захисний механізм, в основу якого покладаються високі особистісні стандарти при виборі партнерів для взаємодії: кожна людина оцінюється при цьому надзвичайно прискіпливо. Таким чином невдача в контактах переадресовується іншій стороні, а особа одержує можливість для подальшого безконфліктного існування в очікуванні «справжніх» почуттів (поваги, взаєморозуміння, любові та ін.).

Взаємозв'язок між меланхолічно-холеричним типом темпераменту (за опитувальником ЕРІ) та песимістичністю (за опитувальником ММРІ) може відображати також поведінкові особливості, що сформувалися під впливом негативних переживань у професійній чи міжособистісній сфері, значущої психологічної травми, стати віддаленим наслідком захворювання, що суттєво вплинуло на якість життя та оцінку його перспектив. В останньому випадку навіть цілком позитивний результат лікування не виключає ймовірності виникнення ефекту «психосоматичної післядії», тобто внесення корективів у життєві плани з урахуванням можливостей своєї адаптації. Такий стан речей є не просто психогенно спровокованим, але й визначає подальшу схильність

особи до психосоматичних розладів внаслідок реагування на стресогенні ситуації професійної діяльності.

Зазначимо, що представники меланхолічно-холеричного типу темпераменту, які мають високі значення за шкалами песимістичності та імпульсивності опитувальника MMPI, потребують підвищеної уваги через підвищений суїцидальний ризик. Втім, такі спроби для осіб, схильних до психосоматичних розладів, є скоріше демонстративними, вони використовуються як маніпулятивний засіб тиску на значуще оточення і не вбачаються кінцевим вирішенням ситуації. Маніпулювання оточуючими надає можливість, за рахунок переживання страху смерті, знизити рівень особистісної тривоги та отримати від цього специфічне задоволення. Тому небезпеку становить не сама спроба суїциду, а достатньо висока ймовірність його непрогнозованого завершення у вигляді реального позбавлення себе життя.

Що стосується кореляційних зв'язків між меланхолічно-холеричним типом темпераменту та шкалою емоційної лабільності за опитувальником MMPI (див. Додаток В), то поведінкові особливості за наявності стресогенних чинників трансформуються в систему захисних механізмів «втечі в функціональні порушення», коли неможливість відповідати вимогам професійної діяльності у осіб, схильних до психосоматичних розладів, пояснюється функціональною обмеженістю організму («У мене високий тиск...», «У мене слабе серце...», «Я відчуваю, що моя голова не витримує напруги...», «Я знову застудився...»).

Спроба захиститися призводить до таких форм поєднання бажаного стану хвороби та її реальних симптомів, коли втрачаються межі між «грою у хворобу» та конверсійною симптоматикою, і особа починає вірити в реальність захворювання. Не останню роль в цьому механізмі відіграє притаманна істероїдам агресивність, що проявляється як спроба ініціювати в оточуючих почуття вини за доведення «хворого» до такого важкого стану.

Не відчуючи емпатійної залежності в системах міжособистісної

взаємодії через не сформованість самої емпатії, про що ми писали вище, такі особи «грають у переживання» і самі себе переконують у щирості своїх почуттів. Бажання приязні з боку оточуючих за відсутності емпатії стає внутрішньою детермінантою їх активності, коли будь-які прояви позитивних емоцій розцінюються як однаково цінні та значущі. Звідси й такий поведінковий комплекс і такий особливий набір механізмів психологічного захисту.

Специфічність психосоматичного статусу представників обраної нами вибірки яскраво проявляється в наявності кореляційних зв'язків між меланхолічно-холеричним типом темпераменту та шкалою імпульсивності за опитувальником MMPI, значення Т-балів за якою стало найвищим. Це дозволяє стверджувати, що саме імпульсивність є системоутворюючим чинником формування особистості наших респондентів.

На нашу думку, суперечливість тут полягає в тому, що базовими темпераментними властивостями для імпульсивності є сила та невірноваженість нервової системи. Для слабкого типу темпераменту не вистачає «енергетики», а сильний, врівноважений та рухливий і інертний типи достатньо стабілізовані в проявах активності. Між тим, як обґрунтовано вище, схильні до психосоматичних розладів особи належать до меланхолічно-холеричного типу темпераменту, який зумовлюється саме слабкістю нервової системи.

Безумовно, що темпераментні особливості забарвлюють поведінку та надають їй низку властивостей, що концентруються навколо активності особистості, тобто соціалізованих компонентів психіки, орієнтуючи її певним чином та формуючи певну особистісну спрямованість. Завдяки цьому вирішуються завдання, що полягають у забезпеченні: 1) оптимальної іннервації функціонування психіки; 2) максимально високого для особистості соціального статусу; 3) ресурсів для управління та маніпулювання значущим соціальним оточенням.

Як бачимо, жодне з цих завдань за наявності слабкої нервової системи

не може бути вирішене належним чином. Відповідно, це призводить до виникнення стану психофізіологічного дискомфорту та поглиблення психосоматичної симптоматики.

Взаємозв'язок між меланхолічно-холеричним типом темпераменту (за опитувальником ЕРІ) та тривожністю (за опитувальником ММРІ) зумовлюється низьким порогом стресоутворення осіб, схильних до психосоматичних розладів. Цьому сприяють як темпераментні особливості, так і доступна таким особам стратегія неусвідомленого захисту від зовнішнього тиску. Сукупність таких особливостей формує поведінкові модифікації, зорієнтовані навколо механізмів оборони.

Зокрема, високі значення тривожності та соматизації тривоги визначають підвищений рівень переживань стосовно стану свого фізичного здоров'я, що посилюється у зв'язку з більш-менш неозначеними неприємними фізичними відчуттями та викликаними ними страхами. Високі значення тривожності корелюють також із песимістичністю, зниженим рівнем активності та постійною внутрішньою напруженістю, що відображає несприятливу оцінку ситуацій життєдіяльності та подальших перспектив, відчуття власної неповноцінності та пригніченості. Поєднання високих значень тривожності, песимістичності та емоційної лабільності супроводжується формуванням поведінкової тенденції до демонстрації оточуючим свого важкого стану задля стимуляції відносин патерналізму через підкреслювану безпомічність. При цьому особи такого типу значно більш критичні, ніж «чисті» демонстранти, тому досить хворобливо реагують на найменші негативні чи глузливі прояви з боку оточення.

Кореляційні зв'язки між меланхолічно-холеричним типом темпераменту та шкалою індивідуалістичності за опитувальником ММРІ відображаються у формі неприємних фізичних відчуттів (інколи – досить своєрідних) та ідей щодо стану власного фізичного здоров'я, що свідчить про соматизацію тривоги. Вони можуть набувати вигляду афективно насичених і складно коригованих психосоматичних концепцій. Це свідчить про

формування ригідного стереотипу поведінки, орієнтованого на піклування про власне фізичне благополуччя, що використовується як засіб, котрий дозволяє раціонально пояснити відчуженість від оточуючих наявністю соматично обумовлених труднощів. Можна припустити, що чим більшими ставатимуть значення індивідуалістичності, тим більш незвичного (навіть екзотичного) характеру набуватимуть описи соматичних відчуттів.

При цьому амбівалентне ставлення до оточуючих породжує, поряд із прагненням до контактів, зниження рівня конвенціональності, недовірливість та зростання рівня імпульсивності, пов'язані з обмеженою здатністю сприймати правила та норми поведінки, якими керується більшість оточуючих. Така конфігурація особистісного профілю свідчить про труднощі в соціальній адаптації та створює умови для виникнення декомпенсації психосоматичного генезу.

Узагальнюючи вищенаведені міркування, можна виділити п'ять сфер характерологічної компетентності:

- самопізнання: усвідомлення своїх характерологічних особливостей, впевненість у собі, самоповага, самоактуалізація, незалежність;
- комунікабельність: емпатія, рефлексія міжособистісних взаємин, соціальна відповідальність;
- адаптивність: здатність до формулювання та вирішення проблем, зв'язок із реальністю, гнучкість соціально-професійної поведінки, гнучке пристосування до мінливої ситуації;
- стресостійкість: управління емоційними станами, контроль за імпульсивністю;
- адекватність самооцінки: оптимізм, самокритичність, самоповага.

В контексті вирішення професійних завдань це означає можливості ефективно контролювати інтенсивність власних характерологічних проявів та характерологічних особливостей об'єктів професійної взаємодії, за необхідності – викликати той чи інший особистісний або поведінковий результат.

Вважаємо, що одержані нами результати щодо характерологічних особливостей особистості, які сприяють виникненню психосоматичних розладів, достатньо повно висвітлюють означену проблему.

Так, із числа оціночних шкал MMPI у верхніх межах норми перебувають результати за шкалами L (38,9 Т-балів), F (56,2 Т-бали) та K (70,5 Т-балів). В першому випадку йдеться, швидше, про тенденцію респондента продемонструвати абсолютне дотримання соціальних норм, заперечуючи в своїй поведінці слабкості, притаманні будь-якій людині (інколи гніватися, лінитися, бути недостатньо добросовісним при виконанні службових обов'язків, не завжди говорити правду та бути акуратним) в мінімальних розмірах та в безневинній ситуації. Зазначену тенденцію можуть демонструвати як особи, професійно зобов'язані дотримуватися конвенційних норм поведінки, так і особи, схильні до психосоматичних розладів. Зростання результатів за шкалою F може бути викликане тенденцією до драматизації обставин, що склалися, та свого до них ставлення, а також зниженою працездатністю чи специфікою психосоматичного статусу особи, тривожністю та особистісною потребою в допомозі, внутрішньою напруженістю та незадоволенням ситуацією. Результати за шкалою K відображають прагнення поводитися залежно від соціального схвалення; такі особи схильні заперечувати будь-які утруднення в міжособистісних стосунках чи контролі власної поведінки. Провідними поведінковими якостями в цих випадках стає «самокопання» та відсутність уваги до інших людей, що сприяє виникненню психологічної напруженості з подальшою її соматизацією.

Згідно з результатами за опитувальником Г. Айзенка (EPI), більшість представників експериментальної групи належать до інтровертів ($x_{\text{сер.}} = 9,4$ балів) та мають досить високі показники нейротизму ($x_{\text{сер.}} = 16,4$ балів). Це визначає їх приналежність до меланхолічно-холеричного типу темпераменту (за Г. В. Суходольським) – у таких осіб реакція часто не відповідає силі подразника, присутня глибина й стабільність почуттів при

слабких зовнішніх проявах; їм важко довго на чомусь зосереджуватися, а сильні впливи здатні викликати тривалу гальмівну реакцію («опускаються руки»); в несприятливих умовах вони стають боязкими, тривожними, схильними до тяжких внутрішніх переживань життєвих обставин, які того не варті.

Високі значення за шкалою песимістичності опитувальника ММРІ у представників меланхолічно-холеричного типу темпераменту засвідчують наявність прагнення до уникнення неуспіху як провідної мотиваційної спрямованості. Психосоматичний ефект при такому типі поведінки концентрується в афіліативній сфері потреб: оскільки потреби в розумінні, любові, доброзичливому до себе ставленні не реалізуються в необхідному для особи (і надлишковому – для її оточення) ступені, це спричиняє поглиблення комунікативного дисбалансу.

3.3. Особливості «Я-образу» як детермінанта виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України

Як відомо, одним із системоутворюючих компонентів особистості в сучасній психології вважається «Я-концепція», тобто ставлення людини до самої себе. При цьому поняття «Я-концепція» відображає єдність і цілісність особистості з її суб'єктивної, внутрішньої сторони: що людина знає про себе, як вона себе уявляє та оцінює, на які дії (вчинки) вона здатна чи нездатна. Основними складовими «Я-концепції» визначаються:

- 1) «образ-Я» (когнітивна складова) – уявлення про самого себе;
- 2) самооцінка (оціночна складова) – емоційне забарвлення такого уявлення, що може мати різну інтенсивність, оскільки конкретні риси «образу Я» можуть викликати певні емоції, пов'язані з їх схваленням чи засудженням;
- 3) потенційна поведінка (поведінкова складова) – конкретні дії, що

можуть бути спричинені «образом-Я» та самооцінкою.

Втім, на думку Р. Бернса, «образ-Я» і самооцінка піддатні лише умовному концептуальному розрізненню, оскільки в психологічному сенсі вони нерозривно взаємопов'язані. Образ і оцінка свого «Я» детермінують певну поведінку особи; тому глобальну «Я-концепцію» слід розглядати як сукупність її установок, спрямованих на саму себе [29, с. 30-66].

Р. Бернс виділяє наступні основні ракурси (модальності) самоустановок: 1) «реальне Я» – установки, пов'язані з тим, як особа сприймає свої актуальні здібності, ролі, свій актуальний статус, тобто з його уявленнями, який він насправді; 2) «дзеркальне (соціальне) Я» – установки, пов'язані з уявленнями особи про те, як її бачать інші; 3) «ідеальне Я» – установки, пов'язані з уявленнями особи про те, якою вона хотіла б стати.

В. В. Столін відзначає, що аналіз підсумкових продуктів самосвідомості, котрі полягають у побудові уявлень про самого себе («Я-образ» чи «Я-концепція») здійснюється як пошук видів та класифікацій «образів-Я» або ж як пошук «вимірів» (тобто змістовних параметрів) цього образу [239].

Найбільш розповсюдженим розрізненням образів «Я» є «Я-реальне» та «Я-ідеальне», присутнє в роботах У. Джемса, З. Фрейда, К. Левіна, К. Роджерса та ін. Розвиток особистості від «Я-реального» до «Я-ідеального» зумовлюється компетентністю у власному «Я», в основі якого – здатність приймати оптимальні рішення стосовно себе на основі глибокого самопізнання, переживання інтегрованості у суспільний простір.

Глибинне пізнання сутності свого «Я» – процес творчий, його результатом є соціальна і психологічна адаптованість, здатність продуктивно вирішувати життєві проблеми. Його антиподом слід вважати рух особистості до дезадаптованості, тобто процес дезадаптації.

Зазначимо, що саме поняття «дезадаптація особистості» різними авторами визначається по-різному. Так, А. В. Фурман вважає її процесом дисгармонійного розвитку особистості, коли виникає неузгодженість цілей і

результатів, котра стає джерелом психічної напруги, внутрішнього дискомфорту, нестабільності перебігу психічних процесів. А. А. Налчаджян співвідносить дезадаптацію з перебігом внутрішньо-психічних процесів, що призводить не до розв'язання проблемної ситуації, а до її посилення, зростання труднощів і викликаних нею неприємних переживань. За Н. І. Сарджвеладзе, дезадаптація – це непристосованість до інших і до себе, складний соціально-психологічний процес, що характеризується неадекватністю комунікативних навичок та дезорганізацією поведінки, невпевненістю у власних силах і недовірливим внутрішньо-особистісним відношенням [138].

К. Роджерс визначає поняття «психологічна дезадаптація» як процес невідповідності між «Я-структурою» особистості і досвідом. Особистість сприймає, зокрема, себе та свої стосунки з людьми і явищами у своєму оточенні так, щоб це відповідало її «Я-структурі». Тому особа схильна до заперечень або спотворення будь-якого переживання, що не відповідає її теперішньому «Я-образу», оскільки свідомість відчуває тривогу, загрозу, розлад [214].

Таким чином, дослідження особливостей та динаміки «Я-образу» є важливими в контексті визначення детермінант виникнення і розвитку психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України. Витоки будь-яких порушень поведінки можна зрозуміти лише з огляду та чинники та мотиви, що започаткували дезадаптацію. Одним із чинників, що детермінує поведінку, є «Я-образ». У соціально дезадаптованих осіб він набуває специфічного прояву, що призводить до зміни уявлень про себе, перегляду цінностей і цілей, переорієнтації вектору професійної діяльності.

Оскільки формування схильності до психосоматичних розладів у формі негативної трансформації уявлень про власний психосоматичний статус, на наше переконання, становить собою дезадаптивний процес, спричинений змістом та умовами професійної діяльності працівників поліції, вивчення його сутності здійснене нами за допомогою методики Т. Лірі («Діагностика

міжособистісних відносин» – ДМВ) та опитувальника «Тип ставлення до хвороби» (Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту – ООБІ).

Методика ДМВ призначена для дослідження уявлень суб'єкта про себе («Я-реальне») та бажаний їх стан («Я-ідеальне»). З її допомогою встановлюється специфічність «Я-образу» та самооцінки, а також домінуючий тип ставлень до інших людей в процесі взаємодії.

Слід зазначити, що в основу такого визначення покладено два фактори: «домінування – підлеглість» та «дружелюбність – агресивність». Їх варіанти утворюють 8 октантів, об'єднаних у коло:

I октант – «владний – лідируючий» – прагнення надавати поради, організаторські здібності, нетерпимість до критики, переоцінка власних можливостей, деспотичність;

II октант – «незалежний – домінуючий» – упевненість, незалежність, схильність до суперництва, уособлені позиції в групі, почуття зверхності;

III октант – «прямолінійний – агресивний» – щирість, безпосередність, наполегливість, надмірна впертість, нестриманість;

IV октант – «недовірливий – скептичний» – реалістичність суджень, неконформність, недовірливість, схильність до критицизму;

V октант – «покірливий – сором'язливий» – скромність, охоче виконання чужих обов'язків, підвищене почуття вини, повна покірливість;

VI октант – «залежний – слухняний» – потреба в довірі оточуючих, потреба в допомозі, надконформність, залежність від думки оточуючих;

VII октант – «співпрацюючий – конвенціональний» – прагнення до співробітництва з групою, дружелюбність, компромісна поведінка, нестриманість у проявах приязні;

VIII октант – «відповідальний – великодушний» – готовність співпереживати, надвідповідальність, гіперсоціальні установки, альтруїзм.

Схема Т. Лірі заснована на припущенні, що чим ближче результати опитуваного знаходяться до центра кола, тим вищий рівень його адаптивності; чим далі – тим вищий рівень екстремальності

(дезадаптивності) поведінки. Показники у межах до 8-ми балів притаманні гармонійним особам, 8-13 балів – свідчення акцентуації властивостей, 4-16 балів – свідчення труднощів соціальної адаптації.

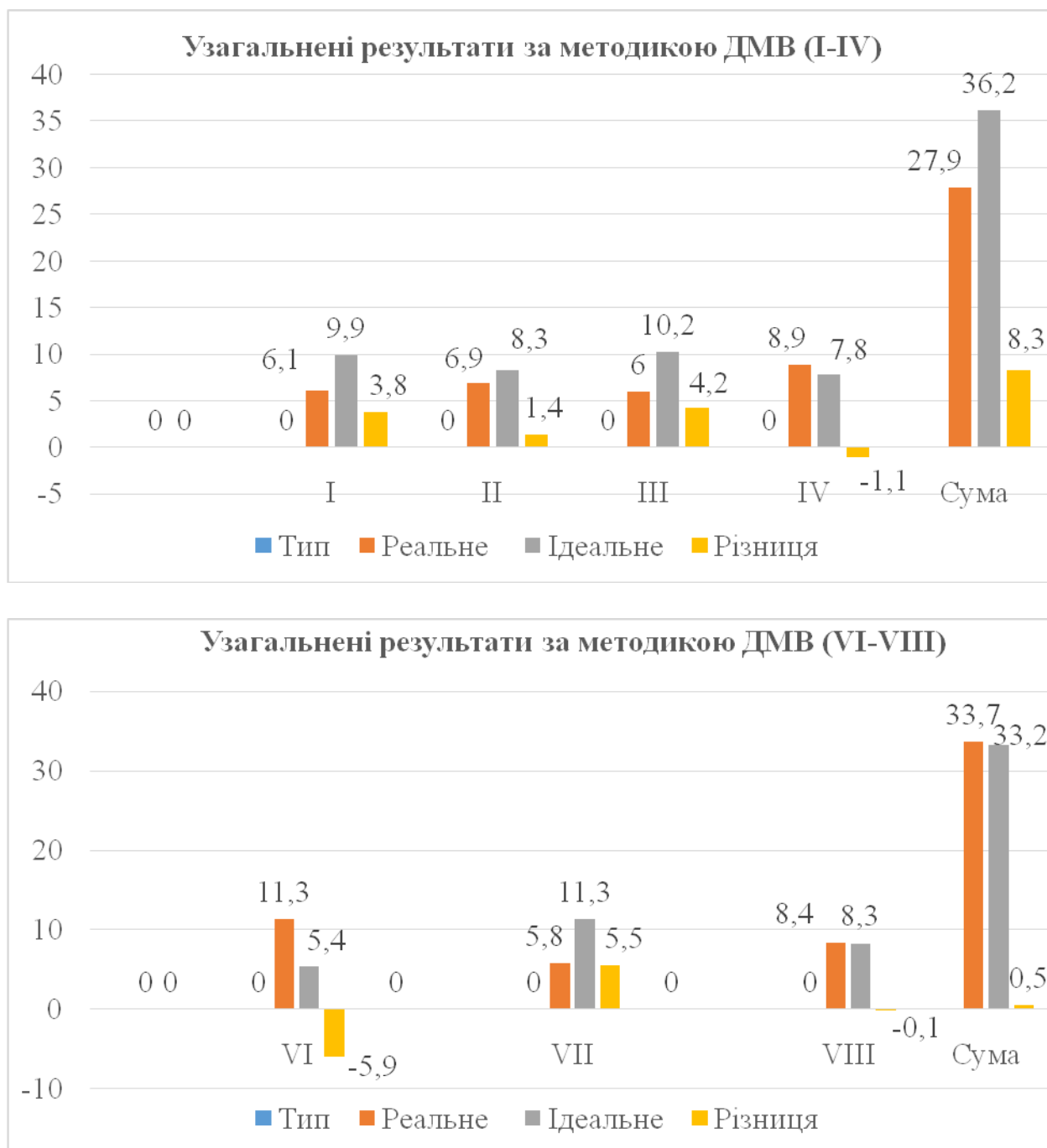
Узагальнення одержаних за методикою ДМВ результатів засвідчує, що в «Реальному Я-образі» працівників поліції, схильних до психосоматичних розладів, показники V-VIII октантів превалюють на показниками I-IV октантів: сумарне значення становить відповідно 33,7 балів та 27,9 балів (див. Табл. 3.3.1, діаграма 3.3.1); в «Ідеальному Я-образі» показники I-IV октантів дещо домінують на показниками V-VIII октантів: сумарне значення становить відповідно 36,2 балів та 33,2 балів.

Таблиця 3.3.1

Узагальнені результати за методикою ДМВ

Октант	Тип	Реальне «Я»	Ідеальне «Я»	Різниця
I	Владний – лідируючий	6,1	9,9	+3,8
II	Незалежний – домінуючий	6,9	8,3	+1,4
III	Прямолінійний – агресивний	6,0	10,2	+4,2
IV	Недовірливий – скептичний	8,9	7,8	-1,1
Сума		27,9/7,0	36,2/9,0	+8,3
V	Покірний – сором'язливий	8,2	8,2	-
VI	Залежний – слухняний	11,3	5,4	-5,9
VII	Співпрацюючий – конвенціональний	5,8	11,3	+5,5
VIII	Відповідальний – великодушний	8,4	8,3	-0,1
Сума		33,7/8,4	33,2/8,3	+0,5

Діаграма 3.3.1



Можемо констатувати, що актуальний стан «Я-образу» не задовольняє наших респондентів. Загалом вони характеризують себе як носіїв конформних установок, конгруентних у контактах з оточуючими (VII-VIII октанти), невпевнених у собі, піддатних думці оточуючих, схильних до компромісів (V-VI октанти). Натомість, їм хотілося б дещо зменшити рівень конформності та більш заповзято відстоювати власну точку зору (III-IV октанти), бути більш незалежними, наполегливими та домінантними,

готовими відстоювати свою точку зору в конфлікті (І-ІІ октанти).

Слід вказати також на наявність досить значних розбіжностей між узагальненими результатами щодо «Реального Я-образу» та «Ідеального Я-образу». Так, за VI октантом («залежний – слухняний») різниця становить 5,9 балів у бік зменшення, за VII октантом («співпрацюючий – конвенціональний») – +5,5 балів, за III октантом («прямолінійний – агресивний») – +4,2 балів, за I октантом («владний – лідируючий») – +3,8 балів.

У нормі, зазвичай, значних розбіжностей між цими показниками не спостерігається; помірна (неконфліктна) розбіжність або, скоріше, неповний збіг розглядається як необхідна умова для подальшого зростання особистості, самовдосконалення. Значні розбіжності при оцінці актуального й ідеального «Я-образів» свідчать про наявність вираженого внутрішньоособистісного конфлікту, високий рівень невротизації особистості. При цьому особи, яким притаманні домінантні, агресивні та незалежні риси, значно рідше проявляють незадоволення своїм характером, хоча й у них можуть бути наявні тенденції до самовдосконалення.

Таким чином, найгострішою вадою «Я-образу» респонденти вважають надлишок залежності від оточуючих; їм не вистачає також конвенціональності, прямолінійності та владності. Ми вбачаємо в таких результатах певну суперечливість: якщо зменшення залежності здатне позитивно впливати на якість співробітництва, то зростання прямолінійності та владності цьому аж ніяк не сприяє. Напевне, пояснення тут полягає в загальній дисгармонійності самооцінки, незадоволеності собою в цілому, що схиляє до пошуку простих рецептів особистісного комфорту («сильного більше поважають»).

Зазначимо також, що узагальнені результати щодо «реального Я-образу» свідчать про незадоволеність собою та занижену самооцінку осіб, схильних до психосоматичних розладів (VI октант – 11,3 бали, V октант – 8,2 бали), переживання ними ситуації затяжного конфлікту (IV октант –

8,9 бали), конфлікт між прагненням до визнання групою та ворожістю щодо її учасників, тобто проблема подавленої ворожості (IV октант – 8,2 бали, VIII октант – 8,4 бали).

При інтерпретації отриманих результатів ми виходили з вимоги орієнтуватись, передусім, на переважання одних показників над іншими, а не на абсолютні їх величини [25].

Як вже зазначалося, найвищий бал у «реальному Я-образі» відмічено за VI октантом (*залежний – слухняний* тип) – 11,3 бали, що свідчить про слухняність, боязкість, безпомічність, невміння проявити супротив, чутливість до неухважності та брутальності оточуючих, побоювання неуспіху як основи мотиваційної спрямованості, що визначає конформну поведінку. Такий стан речей розцінюється респондентами як вкрай незадовільний (різниця реальним та ідеальним образами становить 5,9 балів) та демонструється прагнення їх позбутися, принаймні, у межах стати просто ввічливим та довіряти людям, зберігати теплі відносини.

Невпевненість у собі у них тісно пов'язана з нестійкою самооцінкою. Старанність та відповідальність у роботі створює їм хорошу репутацію в колективі, проте інертність у прийнятті рішень та конформність установок не сприяє просуванню на кар'єрному шляху. Тобто, такі особи володіють уразливими особливостями та намагаються приховати їх, замість побудови відповідних психологічних вмінь самозахисту. Вважаємо, що подібне є підґрунтям негативної трансформації психосоматичного статусу особистості як психофізіологічного реагування організму на таку «подвійну гру».

Наступним за вираженістю балів є IV октант (*недовірливий – скептичний* тип) – 8,9 балів у «Реальному Я-образі», що свідчить про некомунікабельність, труднощі в інтерперсональних контактах через невпевненість у собі, відособленість, підозрілість та острах поганого ставлення, замкнутість, скептичність, розчарування в людях, скритність, негативізм, переконаність у недоброзичливості оточуючих, образливість. Втім, такі риси їх загалом задовольняють, на що вказує незначна динаміка в

«Ідеальному Я-образі» (-1,1 балів).

В ситуаціях професійної взаємодії це проявляється в критичності до будь-яких думок, окрім власної, незадоволеності своїм професійним статусом, надчутливості до критичних зауважень на свою адресу, тощо.

Дещо нижчими є результати за VIII октантом (*відповідальний – великодушний* тип) – 8,4 балів у «Реальному Я-образі», що визначає емоційну залученість (не виключено, що й поверхневу), альтруїстичність, гнучкість у контактах, комунікабельність, доброзичливість, прагнення допомогти й співпереживати, делікатність, безкорисливість та чуйність. Можна говорити про гармонійність осіб, схильних до психосоматичних розладів, у самосприйнятті цих властивостей (значення «Ідеального Я-образу» – 8,3 балів). Разом із цим, прагнення подібатися оточуючим містить у собі стресогенний потенціал, що «вивільняється» за допомогою ворожості або підвищеної напруженості.

Нарешті, відносно високими є значення V октанту (*покірний – сором'язливий* тип) – 8,2 балів у «Реальному Я-образі». Такі значення свідчать про скромність, підлеглість, поступливість, емоційну стриманість, добросовісність у виконанні професійних та інших обов'язків. Опитані не вбачають сенсу у зміні цих властивостей (значення «Ідеального Я-образу» також 8,2 балів). Втім, вектор саморозвитку в зазначеному випадку полягає на наш погляд, у прагненні до розширення соціальних контактів, меншій зосередженості на своїх недоліках та проблемах, подоланні схильності некритично сприймати думку «сильніших» без урахування особливостей ситуації.

Звертає на себе увагу, що в «Реальному Я-образі» майже не відрізняються значення II (*незалежний – домінуючий*), I (*владний – лідируючий*) та III (*прямолінійний – агресивний*) октантів: відповідно 6,9 балів, 6,1 балів та 6,0 балів, причому «Ідеальний Я-образ» в уявленні респондентів виглядає набагато більш агресивними та домінантним (за II октантом +1,4, за I октантом +3,8, за III октантом +4,2 балів).

Така неузгодженість у баченні реального та ідеального «Я-образів», найперше, свідчить про його дисгармонійність, наявність глибокого внутрішньоособистісного конфлікту, що спричиняє високий рівень тривожності та її соматизацію. Вона цілком пояснює специфічність психосоматичного профілю наших респондентів та узгоджується з результатами за іншими методиками.

Дійсно, психологічні особливості професійної діяльності вимагають від працівників Національної поліції України розвиненості властивостей, представлених у I-IV октантах. Працівник поліції повинен мати високу мотивацію досягнення, швидко приймати рішення, бути впевненим у собі, енергійним, активним та домінантним, підкоряти своїй волі оточуючих (риса I октанту), а не егоїстичним, схильним до суперництва, відчуженим, хвалькуватим, самозакоханим та самонадіяним (риса II октанту). Професійна діяльність не може бути ефективною без вимогливості, наполегливості та енергійності, принциповості в оцінках, непримиримості до порушень правопорядку (риса III октанту), що зовсім не означає звинувачення оточуючих «у всіх гріхах», насмішок над ними, недоречної агресивності та ворожості, іронічності та дратівливості. Навпаки, вміння прислухатися до думки інших людей, адекватно використовувати владні повноваження, дозувати свій вплив на групову професійну діяльність, не перекладати труднощі на інших належить до адаптивних рис структури особистості працівника поліції.

Найменшою мірою, на думку опитаних, їм приманні риса VII октанту, що визначають *здатність до співпраці та конвенціональність*. Такий стан речей вони вважають несприятливим та прагнуть його змінити (показник «Реального Я-образу» – 5,8 балів, «Ідеального Я-образу» – 11,3 балів, бажана динаміка становить +5,5 балів). Цікаво, що таке прагнення дзеркально відображає бажану динаміку «Я-образу» за V октантом (-5,9 балів), тобто «залежність – слухняність» розуміється як антипод ефективного співробітництва.

Вони хотіли б бути більш дружелюбними, комунікабельними, сенситивними, товариськими, безконфліктними, орієнтованими на соціальне схвалення, емоційно лабільними, гнучкими й компромісними при вирішенні проблем та в конфліктних ситуаціях, свідомо конформними, ініціативними ентузіастами в досягненні цілей групи, прагнути допомагати, проявляти теплоту в стосунках, заслужити визнання й любов оточуючих.

На наш погляд, позитивними аспектами тут є: прагнення знайти спільність із іншими, сприйнятливість до емоційного настрою групи. Така співпраця ґрунтується на врахуванні широкого кола інтересів, гнучкості, компромісності при вирішенні проблем у конфліктних ситуаціях, отже – сприяє ефективній професійній діяльності.

Порівняємо узагальнені результати осіб, схильних до психосоматичних розладів, із певними еталонними значеннями – результатами, одержаними при опитуванні управлінців Національної поліції України (керівників органів та підрозділів МВС України) [82, с. 129-130]. Вони також віддають перевагу конвенціональним відносинам ($x_{\text{сер.}} = 7,2$ балів), але при практично такій же вираженості авторитаризму ($x_{\text{сер.}} = 7,0$ балів); дещо нижчим є значення «прямолінійності – агресивності» ($x_{\text{сер.}} = 6,3$ балів), що проявляється в поведінці як наполегливість у досягненні мети, надмірна упертість або ж як нестриманість, запальність. На межі низьких значень знаходяться показники за шкалою «незалежність – домінування» ($x_{\text{сер.}} = 5,3$ балів), отже нівелюються прояви незалежності, почуття власної зверхності, експансивності, дистантності, категоричності у відстоюванні своєї думки.

Разом із тим, виявлені значні відмінності між актуальним та ідеальним «Я-образами» працівників поліції. Опитані управлінці вважають, що їх недоліками є, насамперед, компромісність у поведінці (-2,8 балів); залежність від думки інших (керівників вищого рівня), а також конформність (-1,6 балів), нестриманість, запальність та щирість (-1,5 балів); їм заважає досягти успіху недостатньо виражені організаторські здібності та здатність реалізувати владні повноваження, авторитарність (+2,1 бали). Отже, вони орієнтовані на те, щоб у

подальшому позбутися зазначених недоліків чи нівелювати їх.

На завершення опису узагальнених результатів за методикою ДМВ Т. Лірі зазначимо, що індекс домінування за «Реальним Я-образом» – негативний (-6,2), за «Ідеальним Я-образом» – позитивний (+4,5). Згідно з визначеними автором теоретичними засадами [25], негативне значення вказує на тенденцію до підлеглості, відмову від відповідальності та позиції лідерства; позитивне – свідчить про прагнення до домінування. Сама по собі встановлена нами трансформація не містить небезпеки, але її сумарне значення (10,7) знаходиться в межах акцентуації, тобто свідчить про серйозні особистісні проблеми, що здатні спричинити як невротизацію, так і негативну динаміку психосоматичного статусу.

Індекс дружелюбності за «Реальним Я-образом» – позитивний (+3,9), за «Ідеальним Я-образом» – мінімально негативний (-0,4). Позитивний результат тут свідчить про прагнення особистості до встановлення дружніх стосунків та співробітництва з оточуючими; негативний – вказує на прояви агресивно-конкурентної позиції, що є перепорою до співробітництва та успішної спільної діяльності. Можемо стверджувати, що така позиція представлена в незначному ступені, тобто бажана динаміка тут швидше декларована, ніж дійсна: респонденти насправді не вважають, що їм слід суттєво переглядати своє ставлення до оточуючих.

З врахуванням предмету дослідження, встановлення особливостей «Я-образу» осіб, схильних до психосоматичних розладів, потребує діагностичного орієнтування стосовно актуальної для наших респондентів проблеми – їх ставлення до власного фізичного та психосоматичного статусу. **Методика «Тип ставлення до хвороби»** (Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту – ООБІ) дозволяє визначити позицію працівника поліції стосовно свого захворювання (реального чи уявного), змін у системі соціальних взаємовідносин у зв'язку із захворюванням і прогнозом на майбутнє. В опитувальнику наводяться описи 12 типів ставлення до хвороби, які діагностуються відповідно до класифікації О. Є. Личка та Н. Я. Іванова [137].

1. *Гармонійний* (Г) – твереза оцінка свого стану без схильності до перебільшення його важкості, без схильності бачити все «в темному світлі», але й без недооцінки хвороби.

2. *Ергопатичний* (Р) – «відхід від хвороби в роботу».

3. *Анозогностичний* (З) – активне відкидання думок про хворобу та її можливі наслідки.

4. *Тривожний* (Т) – безперервне занепокоєння і вразливість стосовно несприятливого перебігу хвороби.

5. *Іпохондричний* (І) – зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях.

6. *Неврастенічний* (Н) – поведінка за типом «дратівливої слабості».

7. *Меланхолійний* (М) – пригніченість хворобою, невіра у видужання.

8. *Апатичний* (А) – повна байдужість до своєї долі, перебігу хвороби та результатів лікування.

9. *Сенситивний* (С) – надмірна заклопотаність щодо можливого несприятливого враження, яке можуть справити на навколишніх відомості про хворобу.

10. *Егоцентричний* (Я) – «відхід у хворобу».

11. *Паранойяльний* (П) – впевненість, що хвороба є результатом чужої злої волі.

12. *Дисфоричний* (Д) – домінування понуро-озлобленого настрою.

Згідно з теоретичним обґрунтуванням методики [137], всі вищезазначені типи поділяються на 3 блоки.

Перший блок включає гармонійний, ергопатичний та анозогностичний типи ставлення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація суттєво не порушується. При гармонійному типі реагування особа адекватно оцінює свій стан, характеризується прагненням подолати захворювання, неприйняттям «ролі» хворого, збереженням ціннісної структури та активного соціального функціонування.

Для осіб ергопатичного та анозогностичного типів характерне: зниження

критичності до свого стану, применшення «значення» захворювання аж до повного його витіснення, поведінкові порушення доцільного режиму життя, «втеча» в роботу, інколи – заперечення самого факту захворювання. Але помітних явищ психічної дезадаптації не спостерігається, що дозволяє умовно поєднувати їх з гармонійним типом.

В другий та третій блоки включені типи реагування на хворобу, що характеризуються наявністю психічної дезадаптації в зв'язку з захворюванням, їх розрізняють за переважно інтрапсихічною чи інтерпсихічною спрямованістю реагування.

Другий блок включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний типи ставлення, для яких характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування, що зумовлює порушення соціальної адаптації осіб з цими типами реагування. Емоційно-афективна сфера відносин у них проявляється в дезадаптивній поведінці: реакціях подразливої слабкості, тривожному та пригніченому стані, «втечі» в хворобу, відмові від боротьби, фактично – в «капітуляції» перед захворюванням.

До *третього блоку* входять сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранойяльний типи ставлення, для яких характерна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування, що також обумовлює порушення соціальної адаптації. Особи з такими типами ставлення характеризуються сенсibiliзованим ставленням до хвороби, яке найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості. Таке сенсibiliзоване ставлення до хвороби проявляється в дезадаптивній поведінці: особи стидаються свого захворювання перед оточуючими, «використовують» його для досягнення певних цілей, будують паранойяльного характеру концепції відносно причин захворювання та його хронічного перебігу, проявляють гетерогенні агресивні тенденції, звинувачуючи оточуючих.

Ставлення до хвороби у кожному випадку впливає на всю систему взаємовідносин особистості. Зумовлюється це різними чинниками:

преморбідними особливостями, природою самого захворювання, мікросоціальним оточенням та ін. Очевидно, що ставлення до хвороби проявляється в поведінці хворого, його взаєминах з рідними, ставленні до лікування й свого майбутнього [137].

Узагальнення одержаних результатів засвідчує наявність усіх передбачених методикою типів особистісного сприйняття свого психофізичного стану. Враховуючи мінімальне діагностичне число та дорівнявши первісні дані до сумарної кількості у 100%, ми визначили переважання: 1) неврастенічного та іпохондричного типів, 2) ергопатичного та гармонійного типів (див. Табл. 3.3.2, діаграма 3.3.2).

Таблиця 3.3.2

Узагальнені результати за методикою ООБІ

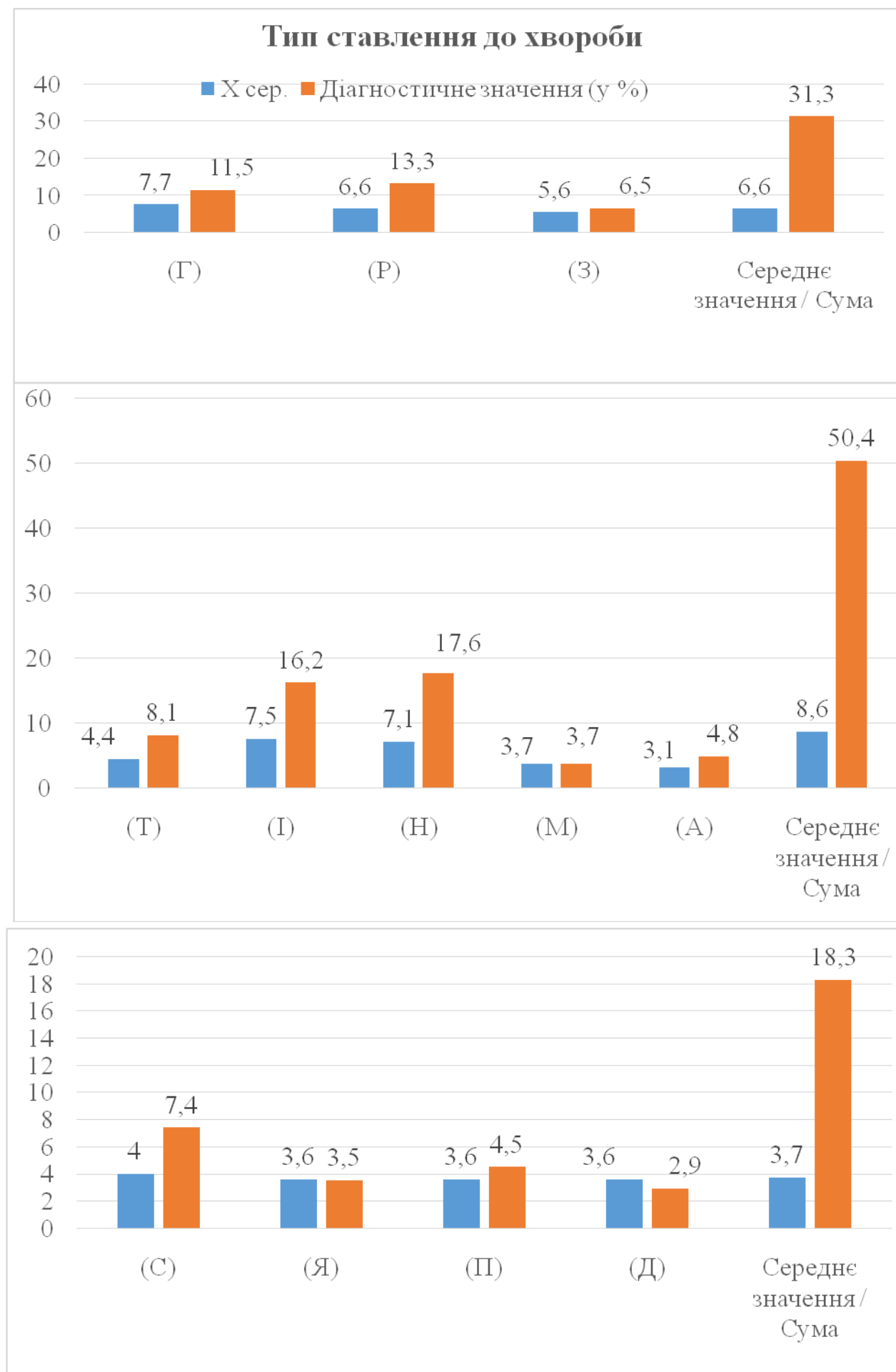
Шкали	X сер.	Діагностичне значення (у %)
Гармонійний (Г)	7,7	11,5
Ергопатичний (Р)	6,6	13,3
Анозогнозичний (З)	5,6	6,5
<i>Середнє значення / Сума</i>	6,6	31,3
Тривожний (Т)	4,4	8,1
Іпохондричний (І)	7,5	16,2
Неврастенічний (Н)	7,1	17,6
Меланхолійний (М)	3,7	3,7
Апатичний (А)	3,1	4,8
<i>Середнє значення / Сума</i>	8,6	50,4
Сенситивний (С)	4,0	7,4
Егоцентричний (Я)	3,6	3,5
Паранояльний (П)	3,6	4,5
Дисфоричний (Д)	3,6	2,9

Середнє значення / Сума	3,7	18,3

Неврастенічний тип (Н) особистісного сприйняття свого психофізичного стану притаманний 17,6% опитаних. Його середнє значення становить 7,1 балів, що визначає поведінку за типом «дратівлива слабкість». Такі особи характеризуються демонстративною непереносимістю больових відчуттів та звинуваченнями у них сторонніх осіб, хворобливою нетерплячістю, нездатністю чекати на полегшення. Це спричиняє спалахи роздратування, особливо при болях, неприємних відчуттях і невдачах лікування. Роздратування нерідко виливається на першого, хто потрапить під руку, і завершується каяттям та емоційним самобичування, сльозами. Завищена негативна суб'єктивізація взаємин із оточенням здатна знижувати ефективність виконання професійних завдань.

До *іпохондричного типу (І)* особистісного сприйняття свого психофізичного стану належить 16,2% опитаних. Його середнє значення становить 7,5 балів, що проявляється в зосередженні на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, перебільшенні дійсних і пошуку неіснуючих хвороб і страждань, прагненні постійно розповідати про свої неприємні відчуття оточуючим, перебільшенні уваги до побічної дії ліків, вимогах щодо ретельного обстеження й остраху від можливої шкоди та болю від процедур; наявне бажання лікуватися у таких осіб цілком узгоджується зі зневірою в успіх.

Діаграма 3.3.2



Ергопатичний тип (P) ставлення до свого психофізичного стану діагностований у 13,3% опитаних, і це третій за вираженістю показник у нашій вибірці. Його середнє значення становить 6,6 балів, але при цьому, незважаючи на хворобу і страждання, людина прагне продовжувати працювати з максимальною продуктивністю, «не дозволяє» собі хворіти. Більш того, такі особи трудяться з ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, з жорстокістю до себе й, інколи, до інших. Характерним є надто відповідальне, одержиме, стеничне ставлення до роботи; вибіркове ставлення до обстеження та лікування, обумовлене бажанням будь-якою ціною зберегти свій професійний статус і можливість продовжувати активну трудову діяльність (як протилежність егоцентричному типу).

До *гармонійного типу (Г)* особистісного сприйняття свого психофізичного стану належить 11,5% опитаних, середнє значення оцінювання становить 7,7 балів. Зазначимо, що це найвищий результат для визначених типів ставлення до хвороби, а його представники тверезо оцінюють свій стан без схильності перебільшувати чи применшувати його тяжкість, прагнуть у всьому активно сприяти лікуванню. У них наявне небажання обтяжувати інших доглядом за собою. За несприятливого прогнозу щодо інвалідизації – вони здійснюють спроби переключення інтересів на ті сторони життя, які залишаються доступними; при несприятливому життєвому прогнозі – зосереджують увагу на долі близьких, професійній діяльності.

Враховуючи базове положення психосоматики про бажаність позитивного мислення, вважаємо, що відсутність у цієї частини респондентів схильності «бачити все в похмурому світлі» є вельми обнадійливим світосприйняттям. Суттєвим також видається й те, що відмова від перебільшення шкоди від розладів самопочуття не означає для цих осіб недооцінки тяжкості наявних вад свого здоров'я.

Тривожний тип (Т) ставлення до хвороби притаманний 8,1% респондентів, середнє значення – 4,4 бали. Такі особи безперервно

підключаються щодо можливих ускладнень, неефективності та небезпеки лікування; пошуку нових способів лікування, додаткової інформації про хворобу і методи лікування, зорієнтовані самі та задіюють своїх близьких і знайомих для залучення «авторитетів».

Досить розповсюдженим поведінковим проявом стає звертання до різноманітних способів та методів самолікування через недовіру до лікарів. Вони практично присвячують цьому весь свій час та зусилля, що створює певне порочне коло: через відсутність медичної освіти самолікування не є ефективним, але недовіра до фахівців не допускає звертатися до них за допомогою.

На відміну від іпохондричного типу, більшою мірою у них виражений інтерес до об'єктивних даних про хворобу (результат аналізів, висновок фахівців), ніж фіксація на суб'єктивних відчуттях. Така людина надає перевагу висловлюванням інших замість пред'явлення своїх скарг. Настрій тривожний, внаслідок цієї тривоги – пригніченість. При обесивно-фобічному варіанті цього типу – тривожна вразливість, насамперед, стосується побоювань не реальних, а малоймовірних (ускладнення хвороби, невдачі лікування), а також можливих, але малообґрунтованих (невдачі у житті, роботі, сімейній ситуації у зв'язку з хворобою). Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

Виникає запитання відносно незначної кількості осіб тривожного типу та помірних значень тривожності у вибірці загалом, тим більше, що узагальнені результати попередніх методик свідчать про суттєвий вплив цієї властивості на психосоматичний статус працівників поліції. Ймовірно, пояснення тут полягає в різних теоретичних конструктах самого поняття: в першому випадку визначається тривожність як внутрішня картина хвороби, в другому – тривожність як внутрішня картина здоров'я (дещо спрощуючи ситуацію: тривожність хворої та здорової людини має різне психологічне підґрунтя).

До *сенситивного типу (С)* особистісного сприйняття свого психофізичного стану належить 7,4% опитаних, середнє значення оцінювання становить 4,0 бали. Такі особи надто переймаються побоюваннями, що навколишні стануть їх уникати, вважати неповноцінним, ставитися зневажливо або з побоюванням, розпускати плітки чи несприятливі чутки про причину і природу хворобливого стану. Їх гнітить страх стати тягарем для близьких через хворобу і, у зв'язку з цим, недоброзичливого ставлення з їхнього боку.

Така сенситивність впливала на стосунки з близькими чи значущими особами оточуючими й раніше – як прагнення приховувати неприємну чи травмуючу інформацію щодо життєвих негараздів та професійних невдач через небажання їх емоційно обтяжувати. Тепер вона трансформувалася в приховування небажаної симптоматики психофізіологічних розладів.

Анозогнозичний тип (З) ставлення до хвороби притаманний 6,5% респондентів, середній бал – 5,6. У таких осіб формується поведінковий стереотип «заперечення очевидного» – вони активно відкидають думки про хворобу та її можливі наслідки; нехтують проявами поганого самопочуття, схильні приписувати прояви хвороби випадковим обставинам або вважати їх такими, що не заслуговують на увагу; через це відмовляються від обстеження та лікування, вважають, що можна обійтися «власними силами». При ейфоричному варіанті цього типу – спостерігається необґрунтовано підвищений настрій, легковажне ставлення до хвороби та лікування; надія на те, що «все само собою обійдеться»; бажання й надалі одержувати від життя все, незважаючи на хворобу.

Апатичний тип (А) особистісного сприйняття свого психофізичного стану діагностований у 4,8% респондентів, середнє значення оцінювання – 3,1 бали. Ці особи демонструють майже повну байдужість до своєї долі, можливої прогресуючої шкоди від захворювання та до результатів лікування; пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні зі сторони; втрату інтересу до життя, до роботи, до всього, що

раніше хвилювало.

Паранояльний тип (П) ставлення до хвороби спостерігається у 4,5% опитаних, середній бал – 3,6. Такі особи впевнені, що їх хвороба – це результат чийогось злого наміру (ворогів чи недоброзичливців), а винуватці потребують покарань. Їм властива надмірна підозрілість до ліків і процедур; прагнення приписувати можливі ускладнення або побічні дії ліків недбалості лікарів і персоналу, у зв'язку з чим виникають обвинувачення та вимога їх покарання.

Ознаки *меланхолійного типу (М)* особистісного сприйняття свого психофізичного стану виявилися у 3,7% опитаних, середній бал – 3,7. Такі особи пригнічені хворобою та втратили надію; вони не вірять ні в можливе поліпшення, ні в ефект лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних, висловлюють активні депресивні та суїцидальні думки; мають песимістичний погляд на все навколо.

До *егоцентричного типу (Я)* ставлення до хвороби належать 3,5% респондентів, їх середній бал 3,6. Таким особам імпонує виставляння напоказ близьким і навколишнім своїх страждань і переживань з метою цілковитого заволодіння їхньою увагою; вимога виняткової турботи – всі повинні забути та покинути все і піклуватися тільки про хворого. Розмови навколишніх швидко переводяться «на себе»; інші люди, що також вимагають уваги і турботи, розглядаються тільки як «конкуренти», ставлення до них – неприязне; має місце постійне бажання показати іншим своє особливе становище, свою винятковість стосовно хвороби. Свідоме практикування «відходу у хворобу» може розглядатися й як спосіб відпочинку від подекуди виснажливих та обтяжливих професійних обов'язків.

Найменша кількість опитаних презентує *дисфоричний тип (Д)* – 2,9% з середнім балом 3,6. Вони відчують заздрість і ненависть до здорових, мають постійний похмурий вигляд, підозрілі до процедур і лікування; характеризуються спалахами крайньої озлобленості зі схильністю до звинувачень інших у своїй хворобі, деспотичним ставленням до близьких,

вимогою в усьому догоджати; потребують особливої уваги до себе.

Таким чином, більшість осіб, схильних до психосоматичних розладів, мають *інтрапсихічну спрямованість особистісного реагування* (50,4%), що зумовлює порушення їх соціальної та професійної адаптації. З врахуванням високого середнього балу прояву такої спрямованості (8,6), до речі – найвищого за цією методикою, дезадаптивна поведінка проявляється в емоційно-вольових розладах, зокрема, в реакціях подразливої слабкості, тривожному та пригніченому стані, «втечі» в хворобу, відмові від боротьби, фактично – в «капітуляції» перед психосоматичними негараздами та негативній трансформації психосоматичного статусу.

Слід зазначити, що значна кількість респондентів із схильністю до психосоматичних розладів (31,3%) не характеризуються дезадаптивністю, а середній бал самооцінювання визначений ними в межах прийнятних значень (6,6 балів). Такі особи досить адекватно оцінюють свій психосоматичний статус, характеризуються неприйняттям «ролі» хворого, збереженням ціннісної структури та активного соціального функціонування. Втім, уваги тут потребує сама сутність спрямованості особистісного реагування, що формується під впливом зниження критичності до свого стану, витіснення хворобливих симптомів, порушень доцільного режиму життя, «втечі» в роботу.

Інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування притаманна 18,3% опитаних, причому середній бал самооцінювання тут найнижчий за всією вибіркою (3,7 балів). Соціальна та професійна дезадаптація в таких випадках найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості, а сенсibilізоване ставлення до психосоматичного статусу призводить до спекулювання своїми психофізичними негараздами та проявів агресивних тенденцій щодо оточуючих.

Встановлений високий рівень значущості кореляційних зв'язків між шкалами методики ДМВ Т. Лірі та опитувальника «Типи ставлення до хвороби» (див. Додаток Д).

Так, I октант ДМВ (владний – лідируючий) має позитивні кореляції з іпохондричним (0,442) та неврастенічним типами (0,238) та негативну – з тривожним типом (-0,271). Відповідно, прагнення до домінування в суб'єктивній картині світу осіб, схильних до психосоматичних розладів, цілком узгоджується з поведінкою за типом «дратівливої слабкості» та спалахами роздратування, нав'язуванням оточуючим розповідей про свої неприємні відчуття. Разом із тим, лідерські схильності здатні мінімізувати занепокоєння станом свого здоров'я, вразливість щодо можливих ускладнень та неефективності лікування.

Октант II (незалежний – домінуючий) позитивно пов'язаний із гармонійним (0,211), анозогностичним (0,268), іпохондричним (0,329) та дисфоричним (0,375) типами, негативно – з сенситивним (-0,434) типом. Впевненість у собі, незалежність, схильність до суперництва, почуття зверхності можуть визначати як соціальну та професійну адаптованість, так і активізувати зосередженість на неприємних відчуттях, заздрість і ненависть до здорових людей, домінування понуро-озлобленого настрою. Але в будь-якому разі такі особи не схильні драматизувати щодо несприятливого враження, яке їх хвороба може справити оточуючих.

Октант III (прямолинійний – агресивний) позитивно корелює з егоцентризмом (0, 263) та дисфоричністю (0,428), негативно – з сенситивністю (-0, 392). Цілком закономірно, що зростання безпосередності, наполегливості, нестриманості та надмірної впертості здатне призводити у осіб, схильних до психосоматичних розладів, до концентрації на власних переживаннях, причому переважно понуро-злобливого гатунку, виникнення заздрості та ненависті до оточуючих; сенситивність при цьому зменшується – їх перестають турбувати думки та переживання близьких.

Октант IV (недовірливий – скептичний) характеризується позитивними кореляціями з аногностичним (0,328), тривожним (0,238), неврастенічним (0,367), меланхолічним (0,212) та егоцентричним (0,227) типами ставлення до хвороби; негативною – з апатичним типом (-0,337). Такий кореляційний

взаємозв'язок відображає складний комплекс переживань: неконформність, недовірливість, схильність до критицизму породжує у осіб, сильних до психосоматичних розладів, з одного боку – активне відкидання думок про хворобу та її можливі наслідки, з іншого – «втечу» у хворобу, занепокоєння і вразливість стосовно несприятливого її перебігу, поведінку за типом «дратівливої слабості» та спалахи роздратування, пригніченість хворобою, депресивні та суїцидальні висловлювання, які сприймаються оточуючими як демонстративні. Безумовно, це аж ніяк не свідчить про байдужість до своєї долі, перебігу хвороби та результатів лікування, як може здаватися стороннім особам.

Октант V (покірливий – сором'язливий) у осіб, схильних до психосоматичних розладів, може бути пов'язаний як з адаптивними варіантами соціальної та професійної поведінки, так і з дезадаптивними варіантами на тлі інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування. В першому випадку йдеться про гармонійний (0,232) – у вигляді тверезої оцінки свого стану без схильності до перебільшення його важкості та ергопатичний (0,337) – як «відхід від хвороби в роботу»; в другому – про тривожний (0,382), що супроводжується безперервним занепокоєнням і вразливістю стосовно свого стану, та меланхолійний (0,349), що відображає пригніченість хворобою. Складність та суперечливість переживань проявляється ще й негативною кореляцією з егоцентричним типом (-0,329), що підтверджує висловлене нами раніше припущення про відсутність преморбідних особливостей особистості в психосоматичному статусі таких осіб – вони виникають як результуюча негативних впливів соціального середовища та професійної діяльності.

Октант VI (залежний – слухняний) представлений позитивними кореляційними зв'язками з анозогностичним (0,45), тривожним (0,447), неврастенічним (0,431), апатичним (0,414) та дисфоричним (0,339) типами ставлення до хвороби. З певною умовністю про соціальну та професійну адаптованість можемо говорити лише стосовно працівників поліції, яким

притаманне заперечення очевидного: вони продовжують активне соціальне життя та професійну діяльність, незважаючи на можливі несприятливі наслідки захворювання. Більшості ж схильних до психосоматичних розладів осіб притаманний високий рівень тривожності, поведінка за типом «дратівливої слабості» або ж повна байдужість до своєї долі, тобто поведінкові стереотипи, що свідчать про дезадаптованість особистості на тлі інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування. Інтерпсихічна спрямованість представлена лише дисфоричним типом, але на відміну від попереднього октанту, кореляція тут позитивна: чим вищий рівень залежності, тим більш проявляється схильність до понуро-озлобленого настрою, інша річ, що саме через цю залежність він не проявляється назовні, а залишається глибинним особистісним переживанням – фрустрацією.

Октант VII (співпрацюючий – конвенціональний) має позитивні кореляційні зв'язки з гармонійним (0,319) та ергопатичним (0,262) типами ставлення до хвороби, негативні – з егоцентричним (-0,425) та паранояльним (-0,337) типами. Таким чином, прагнення до співробітництва з групою, дружелюбність, компромісність у осіб, схильних до психосоматичних розладів, сприяють розвитку адаптивного варіанту поведінки, відповідно, гармонізації психосоматичного статусу особистості.

Октант VIII (відповідальний – великодушний) позитивно корелює з гармонійним (0,431), ергопатичним (0,427) та меланхолійним (0,314) типами ставлення до хвороби, негативно – з егоцентричним (-0,202) та паранояльним (-0,459) типами. Звертає на себе увагу вираженість як позитивних, так і негативних взаємозв'язків, тобто ми можемо констатувати, що готовність співпереживати, відповідальність, гіперсоціальні установки, альтруїзм значною мірою нівелюють негативний вплив особливостей емоційно-вольової сфери та характеру на психосоматичний статус особистості працівників, сприяючи адаптивності їх поведінки, утримуючи від «втечі у хворобу» та непродуктивних думок про злий умисел недоброзичливців.

Принагідно нагадаємо, що узагальнені результати «Реального Я-

образу» за VII та VIII октантами також свідчать про адаптивний варіант поведінкових стереотипів працівників Національної поліції України, схильних до психосоматичних розладів, та їх бажання до зменшення залежності та розвитку конвенціональності в «Ідеальному Я-образі». На жаль, ці позитивні тенденції вагомо пригнічуються іншими прагненнями: до зростання агресивності, владності та домінантності, що не сприятиме гармонізації психосоматичного статусу.

Наостанок підкреслимо високу щільність кореляційних зв'язків між показниками методики ДМВ та «Тип ставлення до хвороби», зокрема, між октантами IV, II, V, VI та VIII і егоцентричним, гармонійним та тривожним типами ставлення до хвороби. Найменший рівень взаємозв'язків прослідковується стосовно іпохондричного та паранояльного типів.

Зазначене дозволяє визначити основні параметри «Я-образу» осіб, схильних до психосоматичних розладів:

- значні відмінності між реальним та ідеальним «Я-образами», що свідчить про незадоволеність наявним станом речей;
- занижена самооцінка, переживання ситуації затяжного внутрішньоособистісного конфлікту, суперечливості між прагненням до визнання групою та ворожістю щодо її учасників;
- переважання в структурі особистості якостей VI октанту за ДМВ, що свідчить про слухняність, боязкість, безпомічність, невміння проявити супротив, чутливість до неуважності та брутальності оточуючих, побоювання неспіху як основи мотиваційної спрямованості, що визначає конформну поведінку;
- домінування інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування на ймовірний хворобливий стан, що зумовлює порушення соціальної та професійної адаптації та проявляється в емоційно-вольових розладах, зокрема, реакціях подразливої слабкості, тривожності та пригніченості, «втечі» в хворобу;
- незначна представленість інтерпсихічної спрямованості реагування,

що найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості та проявляється в спекулюванні своїми психофізичними негараздами та проявах агресивних тенденцій щодо оточуючих.

Можна стверджувати, що такий комплекс особистісних властивостей є свідченням порушень процесу формування «Образу-Я» та соціальної ідентичності під впливом умов професійної діяльності; незадоволення мотивації визнання, самоствердження та самоповаги відповідно до цінностей, прийнятих у суспільстві; хронічного стану фрустрованості («екзистенційної фрустрації» за В. Франклом) чи депривованості через неможливість задоволення основних вітальних та соціальних потреб.

Як ми зазначали раніше, теоретико-методологічними засадами вивчення осіб, які мають психосоматичні розлади, слід вважати принцип єдності свідомості і діяльності (Л. С. Виготський, С. Л. Рубінштейн, О. М. Леонтьєв) та особистісно-діяльнісний підхід (С. Д. Максименко). За таких підвалин, особистість розглядається як особливий феномен, що є результатом процесу соціалізації (на відміну від «індивіда» – сукупності вроджених властивостей та якостей), характеризується цілісністю та структурністю, породжується діяльністю і в ній формується. О. М. Леонтьєв виділяє три основних параметри особистості: широту зв'язків людини зі світом, їх структуру та ступінь ієрархізованості мотивів [131]. Зазначене повною мірою стосується працівників поліції, причому з врахуванням тієї обставини, що їх професійна діяльність реалізується в досить специфічних умовах, де невід'ємною ознакою слід вважати екстремальність та наявність стресогенних чинників. Сукупність означених детермінант забезпечує формування відповідної мотиваційної спрямованості професійної діяльності працівників, що характеризується наступними ознаками: 1) заміна провідного мотиву мотивом більш низького порядку (наприклад, мотив «уникнення труднощів»); 2) формуванням нових мотивів; 3) звуження кола відносин особи зі світом та її інтересів; 4) порушення ступеня критичності та самоконтролю.

Отже, принаймні три з чотирьох ознак стосуються мотиваційної сфери, оскільки звуження кола відносин та інтересів, на нашу думку, є свідченням втрати спонукання до спілкування, яке становить собою суттєву цінність для людини як соціальної істоти. При цьому особистісні зміни у працівників із психосоматичними розладами можуть мати різноманітний характер: вони виявляються у трансформації емоційної (депресія, ейфорія) та когнітивної (відсутність критичності до себе та своєї поведінки) сфери, у конативних порушеннях, у наростанні егоцентризму; можливе зниження гнучкості у спілкуванні (зростання конфліктності) та активне використання компенсаторних механізмів.

Як відомо, провідними характеристиками мотивів є *опосередкованість* мотиваційної сфери та *підпорядкованість* (ієрархія) мотивів. Ці характеристики вперше з'являються у ранньому дитинстві, але лише наприкінці підліткового віку можна говорити про їх відносну стабільність. Мотиви у молодіжному віці втрачають свою безпосередність, вони починають опосередковуватися свідомо поставленими цілями, внаслідок чого й відбувається підпорядкування одних мотивів іншим. Діяльність особистості завжди спонукається декількома мотивами, серед яких із достатньою вірогідністю можна визначити провідний.

Це не означає, що інші мотиви втрачають особистісну значимість і перестають впливати на людську поведінку. Наявність провідного мотиву визначає саму можливість підпорядкування одних мотивів іншим. Ієрархія мотивів є достатньо стійким утворенням, що й обумовлює відносну стійкість всієї структури особистості, її інтересів, позицій, цінностей.

Разом із тим, мотиви є динамічним утворенням, вони змінюються у процесі життєдіяльності, в тому числі – професійної діяльності, підпорядковуючись її цілям. Структура останніх може настільки ускладнитися, що окремі цілі одержать значимість самостійної спонукальної сили, у результаті чого відбувається «зрушення мотиву на мету» [131, с. 221] і те, що раніше було допоміжною метою, стає самостійним мотивом і займає

в ієрархії мотивів своє місце. Така ситуація має місце при психосоматичних розладах, оскільки виникають часткові або стійкі зміни внутрішнього світу особи, причому вони виявляються не відразу, а проходять складний шлях свого формування, що включає переорієнтацію почуттів і переживань, переоцінку знань та уявлень, в тому числі – стосовно власного психосоматичного статусу. Він відображає процес внутрішньої перебудови особистості, що стосується, насамперед, мотиваційної сфери.

Внаслідок цього змінюється загальний психоемоційний стан таких осіб: набуває негативного забарвлення настроїв, гальмується загальна активність, звужуються інтереси, у спілкуванні з'являється дратівливість та конфліктність. Усе, що відбувається, починає оцінюватися у одновимірній площині: як воно впливає на власне самопочуття. Це – відправна точка перебудови мотиваційної сфери особистості, коли провідним стає мотив підтримання належного психосоматичного статусу.

Новий «Я – образ» потребує серйозного переосмислення життєвих планів, цілей і мотивів, оскільки колишні, за оцінкою особи, не можуть бути у теперішній час у повному обсязі реалізовані. Мотив збереження здоров'я, завдяки своїй вітальній значимості, досить швидко виділяється серед інших і стає центральним, підпорядковуючим собі всі інші. Система відносин звужується під кутом зору їх корисності; значимими стають лише ті події, що не суперечать провідному мотиву. Все інше позбавляється особистісного сенсу, отже, звужується коло актуальної діяльності, вона втрачає полімотивований характер. Домінування новоутвореного мотиву надає особливого забарвлення всьому психічному життю особистості, накладає відбиток на особливості сприйняття світу, змінює систему життєвих цінностей.

Така спрямованість звужує життєву перспективу, призводить до фіксації на негативних переживаннях, викликає почуття невдоволеності собою та оточуючими, сприяє загальній дисгармонізації особистості. Ситуація починає розвиватися за «психосоматичною спіраллю»: неприємні

соматичні відчуття викликають труднощі соціальної адаптації особи, а переживання незадоволеності в зв'язку з цим сприяє погіршенню психосоматичного статусу.

Зазначене дозволяє повернутися до мотивації діяльності працівників поліції, які усвідомили, що мають проблеми зі здоров'ям, і цей факт не можна далі ігнорувати. Чому інтенсивність психосоматичних проявів у них вища, ніж у інших категорій хворих? Відповідь на це запитання ми можемо обґрунтувати наступним чином.

Загальновідомо і не викликає заперечень, що інстинкт самозбереження є найбільш потужним для живих істот (інстинкт продовження роду, на нашу думку, є лише його модифікацією, оскільки він теж спрямований на самозбереження, але в філогенетичній площині). Інстинкт самозбереження визначає домінування фізіологічних потреб (потреб нужди) в ієрархічній моделі класифікації мотивів за А. Маслоу. Над ними надбудовується потреба в безпеці, а далі в ієрархії мотивів з'являються власне соціальні потреби: у соціальних зв'язках, у самоповазі, у самоактуалізації. Самоактуалізація може стати мотивом поведінки лише тоді, коли задоволені потреби нижчого рівня. Якщо говорити про розвиток мотивів в онтогенезі, послідовність їх формування така ж сама: для немовляти на першому місці стоїть задоволення фізіологічних потреб, для старшої дитини актуальною стає безпека, і лише у підлітковому віці набувають значимості соціальні контакти, самооцінка і самоактуалізація.

Поряд із цим, у підлітковому віці відбувається професійна орієнтація і здійснюється вибір на користь майбутньої професії. Можна припустити, що через гетерохронність розвитку та особливості життєвої ситуації цього етапу розвитку особистості мотиви вищих рівнів набувають значної ваги, більше того – стають домінантними й пріоритетними, витісняючи базові мотиви. Іншими словами, у осіб, які **свідомо** обирають професію правоохоронця, інстинкт самозбереження пригнічений, він компенсується задоволенням потреб у самоповазі та самоактуалізації, у більш загальному вигляді – у

самоствердженні.

На нашу думку, ситуація ускладнюється через наявність у цієї категорії осіб певних характерологічних особливостей. Так, за даними наукових досліджень, проведених на кафедрі юридичної психології Національної академії внутрішніх справ, досить розповсюдженими серед майбутніх працівників рисами характеру є висока схильність до ризику, прагнення до лідерства, упевненість у собі; пріоритетною визначається орієнтація на справу (мотиви «на себе», «на групу» вважаються менш вагомими) [193]. Це підтверджує вже висловлену думку: мотив самоствердження є актуальною особистісною метою, перед якою самозбереження відступає на задній план. Саме тому піклуванню про своє здоров'я до часу увага не приділяється, чому значною мірою сприяють його високий вихідний рівень та умови праці (ненормований робочий день, неправильне харчування, психологічні перенавантаження тощо).

Психосоматичне неблагополуччя ставить особу в психологічно особливі життєві обставини, інакше кажучи, створює особливу об'єктивну соціальну ситуацію розвитку психіки. Така ситуація, що є новою і неочікуваною, може змінювати весь стиль життя: установки, плани на майбутнє, життєву позицію стосовно важливих об'єктивних обставин і самого себе. Усі ці зміни стають предметом психічної активності і знаходять своє відображення в психосоматичному статусі. Зміст таких змін зумовлюється не тільки особливостями особистості й наявною життєвою ситуацією, але й дозволяє прогнозувати вектор динаміки особистості в подальшому.

Відповідно, психосоматичні розлади є відображенням негативного впливу змісту на умов професійної діяльності на *locus minoris* («точку найменшого опору») особистості. За таких умов потреба у самозбереженні, актуалізуючись у певній критичній ситуації, знаходить свій прояв у психосоматичних симптомах, відображає підсвідоме прагнення до самозбереження, яке перебудовує ієрархію мотивів.

Отже, при встановленні особливостей «Я-образу» як детермінанти виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України ми ґрунтувалися на понятті «Я-концепція», що відображає єдність і цілісність особистості з її суб'єктивної, внутрішньої сторони: що людина знає про себе, як вона себе уявляє та оцінює, на які дії (вчинки) вона здатна чи нездатна. Основними складовими «Я-концепції» є: 1) «образ-Я» (когнітивна складова) – уявлення про самого себе; 2) самооцінка (оціночна складова) – емоційне забарвлення такого уявлення, що може мати різну інтенсивність, оскільки конкретні риси «образу Я» можуть викликати певні емоції, пов'язані з їх схваленням чи засудженням; 3) потенційна поведінка (поведінкова складова) – конкретні дії, що можуть бути спричинені «образом-Я» та самооцінкою.

Виділено наступні модальності самоустановок: 1) «реальне Я» – установки, пов'язані з тим, як особа сприймає свої актуальні здібності, ролі, свій актуальний статус, тобто з його уявленнями, якою вона є насправді; 2) «дзеркальне (соціальне) Я» – установки, пов'язані з уявленнями особи про те, як її бачать інші; 3) «ідеальне Я» – установки, пов'язані з уявленнями особи про те, якою вона хотіла б стати.

Узагальнення одержаних за методикою ДМВ результатів засвідчує, що в «Реальному Я-образі» працівників поліції, схильних до психосоматичних розладів, показники V-VIII октантів превалюють на показниками I-IV октантів; в «Ідеальному Я-образі» показники I-IV октантів дещо домінують на показниками V-VIII октантів. Відповідно, актуальний стан «Я-образу» не задовольняє наших респондентів. Загалом вони характеризують себе як носіїв конформних установок, конгруентних у контактах з оточуючими (VII-VIII октанти), невпевнених у собі, піддатних думці оточуючих, схильних до компромісів (V-VI октанти). Натомість, їм хотілося б дещо зменшити рівень конформності та більш заповзято відстоювати власну точку зору (III-IV октанти), бути більш незалежними, наполегливими та домінантними, готовими відстоювати свою точку зору в конфлікті (I-II октанти).

Висновки до розділу 3

На завершення розділу звернемося до найбільш важливих результатів, одержаних нами в процесі проведення емпіричного дослідження проблеми психосоматичного статусу працівників Національної поліції України.

1. Узагальнення результатів за методикою САН засвідчує наявність зниження показників за всіма шкалами, причому має місце суперечливість самооцінок функціонального стану осіб, схильних до психосоматичних розладів: вони характеризують себе як здорових, але мають незадовільне самопочуття; як уважних – але думається важко; як оптимістичних – але не задоволених життям. Така суперечливість може бути пояснена як бажанням оцінювати себе у соціально схвалюваній площині, так і недостатнім розумінням власних психосоматичних проблем.

2. Згідно з результатами за методикою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, респондентам притаманний середній рівень ситуативної та особистісної тривожності, при цьому практично не спостерігається надто високих чи надто низьких показників, а середні значення за окремими показниками розташовані досить рівномірно. Втім, за колірним тестом М. Люшера констатований високий рівень інтенсивності тривоги, незадоволеність потреби у спокої, стабільності, позитивних контактах та потреби в перспективах, надіях на краще, що визначає відсутність надії на успіх, задоволення від участі в спільній діяльності, орієнтації на подальшу співпрацю.

3. Результати за опитувальником емоційного інтелекту (ЕМІн) Д. В. Люсіна засвідчують наявність наступних особливостей психосоматичного статусу досліджуваної категорії осіб: низький та дуже низький рівень здатності адекватно сприймати власні емоційні стани та регулювати їх, здатності трактувати на основі зовнішніх проявів емоцій внутрішній стан інших людей; достатньо представлена здатність викликати емоції у інших людей, схильність до маніпулювання. Це висвітлює одну з специфічних особливостей психосоматиків – вони занурені у власні переживання, використовуючи

оточуючих для створення бажаного рівня психологічного комфорту, при цьому переживання близьких людей відступають на другий план. Більшість із них може контролювати власний емоційний стан, але не бажає цього, значною мірою перекладаючи тягар переживань на найближче оточення.

4. Узагальнені результати за методикою «Торонтська Алекситимічна Шкала» (TAS-26) засвідчують перебування респондентів у «групі ризику» стосовно алекситимія: їм притаманні відносно недиференційовані емоції, труднощі при визначенні та описуванні власних переживань; складність у розмежуванні почуттів і тілесних відчуттів; фокусування більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

5. Згідно результатів за опитувальником Н. Холла, переважна кількість респондентів наділена низьким і середнім рівнями емоційної обізнаності щодо власних емоцій, що зумовлює й відповідний рівень розвиненості управління власною поведінкою. При цьому рівень їх емпатійності – середній, й вони досить успішні в управлінні емоціями інших людей.

6. Узагальнені результати за опитувальником «Оцінка емоційного інтелекту» (EmIQ-2) дозволяють стверджувати, що схильні до психосоматичних розладів особи досить часто припускаються «помилки», пов'язаних із власними емоціями. Це несприятливо впливає як на стосунки з оточуючими людьми, так і на душевний спокій. Втім, за шкалою «Соціальна чутливість і проникливість» було отримані дані, згідно яких більшість опитаних (43,6%) має середній рівень, а високий та низький рівні соціальної чутливості представлені приблизно однаково. Ймовірно, на цей показник чинять певний вплив особливості професійної діяльності, що реалізується в системі відносин «людина – людина» та потребує вміння встановлювати й підтримувати контакти з різними категоріями громадян; в інших випадках респонденти відсторонені від професійних цілей та занурені у власні переживання.

7. Загальна оцінка та оцінки за окремими шкалами методики Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0) принципово не відрізняються від вищенаведених, але вони загалом нижчі, ніж це було за умови самооцінювання

власних здібностей. Це дозволяє констатувати недостатній рівень розвиненості соціальної перцепції у працівників поліції, схильних до психосоматичних розладів, що негативно впливає на ефективність реалізації ними професійних функцій та призводить до подальших трансформацій в оцінюванні власного психосоматичного статусу у зв'язку з розвитком станів фрустрації та внутрішньоособистісного конфлікту. Ситуація ускладнюється через недостатню адекватність самооцінки власного соціально-перцептивного потенціалу.

8. За основними шкалами ММРІ понаднормативні результати мають місце за шкалами: імпульсивності ($x_{\text{сер.}} = 76,3$ Т-балів), що свідчить про дисгармонічність емоційно-вольової сфери при відносній збереженості інтелекту, ускладнення соціальної адаптації, вразливість, збудливість і чутливість до змін у значущих сферах життєдіяльності; емоційної лабільності ($x_{\text{сер.}} = 75,7$ Т-балів) – висока чутливість до середовища, нестабільність емоційного стану, демонстративність, бажання бути предметом уваги оточуючих, використання симптомів фізичного захворювання для вирішення складних життєвих ситуацій, неусвідомлене прагнення до статусу хворого як спроба підсилення соціального захисту та одержання гарантій уваги; соматизації тривожності ($x_{\text{сер.}} = 73,8$ Т-балів), що свідчить про надлишкову увагу до функціонування свого організму, хвилювання за стан свого здоров'я, близькість до астено-невротичного типу особистості; механізм захисту проявляється тут як «втеча у хворобу», при цьому хвороба (наявна чи надумана) маскує прагнення перекласти відповідальність за існуючі проблеми на оточуючих і розглядається як єдиний соціально прийнятний спосіб виправдання своєї пасивності; песимістичності ($x_{\text{сер.}} = 68,2$ Т-бали), що віддзеркалює підвищену особистісну тривожність, відчуття морального дискомфорту, чутливість, сенситивність, відсутність впевненості в собі.

9. Специфічність психосоматичного статусу респондентів яскраво проявляється в наявності кореляційних зв'язків між меланхолічно-холеричним типом темпераменту та шкалою імпульсивності за опитувальником ММРІ, значення Т-балів за якою стало найвищим. Це дозволяє стверджувати, що саме

імпульсивність є системоутворюючим чинником формування особистості наших респондентів. Суперечливість тут полягає в тому, що базовими темпераментними властивостями для імпульсивності є сила та неврівноваженість нервової системи. Між тим, схильні до психосоматичних розладів особи належать до меланхолічно-холеричного типу темпераменту, який зумовлюється саме слабкістю нервової системи. Безумовно, що це призводить до виникнення стану психофізіологічного дискомфорту та поглиблення психосоматичної симптоматики.

10. Найгострішою вадою «Я-образу» респонденти вважають надлишок залежності від оточуючих; їм не вистачає також конвенціональності, прямолінійності та владності. Такі результати містять певну суперечливість: якщо зменшення залежності здатне позитивно впливати на якість співробітництва, то зростання прямолінійності та владності цьому не сприяє. Напевне, пояснення тут полягає в загальній дисгармонійності самооцінки, незадоволеності собою в цілому, що схиляє до пошуку простих рецептів особистісного комфорту.

11. Узагальнення одержаних за методикою «Тип ставлення до хвороби» (ООБІ) результатів засвідчує наявність усіх передбачених методикою типів особистісного сприйняття свого психофізичного стану при переважанні: 1) неврастенічного та іпохондричного типів, 2) ергопатичного та гармонійного типів. При цьому представники неврастенічного типу особистісного сприйняття свого психофізичного стану характеризуються демонстративною непереносимістю больових відчуттів та звинуваченнями у них сторонніх осіб, хворобливою нетерплячістю, нездатністю чекати на полегшення. Це спричиняє спалахи роздратування, особливо при болях, неприємних відчуттях і невдачах лікування. Завищена негативна суб'єктивізація взаємин із оточенням здатна знижувати ефективність виконання професійних завдань. Особливості іпохондричного типу представлені зосередженням на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, перебільшенням дійсних і пошуком неіснуючих хвороб і страждань, а наявне бажання лікуватися у таких

осіб цілком узгоджується зі зневірою в успіх. Представникам ергопатичного типу притаманне прагнення продовжувати працювати з максимальною продуктивністю, вони «не дозволяють» собі хворіти, надмірно відповідально ставляться до роботи. Для гармонійного типу характерне тверезе оцінювання свого стану без схильності перебільшувати чи применшувати його тяжкість.

12. Більшість осіб, схильних до психосоматичних розладів, мають інтрапсихічну спрямованість особистісного реагування (50,4%), що зумовлює порушення їх соціальної та професійної адаптації. З врахуванням високого середнього балу прояву такої спрямованості, дезадаптивна поведінка проявляється в емоційно-вольових розладах, зокрема, в реакціях подразливої слабкості, тривожному та пригніченому стані, «втечі» в хворобу, відмові від боротьби, фактично – в «капітуляції» перед психосоматичними негараздами та негативній трансформації психосоматичного статусу. Інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування притаманна п'ятій частині опитаних, причому соціальна та професійна дезадаптація в таких випадках найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості, а сенсibilізоване ставлення до психосоматичного статусу призводить до спекулювання своїми психофізичними негараздами та проявів агресивних тенденцій щодо оточуючих.

Таким чином, можемо стверджувати, що психосоматичні стани особистості становлять собою цілісні системні реакції (фізичного організму й індивідуальності) на зовнішні і внутрішні впливи, спрямовані на збереження цілісності організму й забезпечення його життєдіяльності в конкретних умовах існування. Такі реакції значною мірою зумовлюються спонукальною силою властивостей характеру, що надає достатньо чітку «програму дій» щодо використання певних методів і засобів для досягнення цілей, а також особливостями «Я-образу» та ставленням до динамічних процесів онтогенезу та професіогенезу.

РОЗДІЛ 4

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАХОДИ ТА НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ

З позицій соціальної психології працівники Національної поліції України становлять собою макрогрупу – велику соціальну спільноту; така група є номінальною, тобто визначеною за певною ознакою, а саме за приналежністю до певного професійного об'єднання. Перебування в складі номінальної групи, на відміну від групи реальної, не передбачає безпосередніх контактів учасників між собою. При цьому єдність номінальної групи забезпечується наявністю певних групових норм і традицій, цінностей та світоглядних орієнтирів. Це дозволяє реалізовувати процес професійного становлення окремого суб'єкта професійної діяльності – від адаптації до набуття професійної майстерності. Кожна стадія професійного становлення може бути успішною лише за умови сталого професійного середовища – колективу, за допомогою якого молодий працівник оволодіває системою загальних та спеціальних знань, практичних вмінь та навичок, формує цілісні уявлення про професійну спільноту, наповнює предметним змістом мотиви і цілі праці [122]. З огляду на екстремальний та психологічно напружений характер діяльності, гармонійність процесу професійного становлення визначається не лише психологічним потенціалом самої особистості (суб'єктивний чинник), але й належним забезпеченням умов (об'єктивний чинник), серед яких важливе місце посідає соціальна захищеність та спосіб життя працівника. В подальшому ці обставини не втрачають свого значення, оскільки залишаються передумовами професійного довголіття та протидії психосоматичним розладам та психосоматичним захворюванням.

4.1. Соціальний захист працівників Національної поліції України як засіб протидії психосоматичним розладам

Сучасне уявлення про засади соціального захисту працівників Національної поліції України закладені в роботах науковців у сфері адміністративного права (О. М. Бандурка, А. І. Берlach, Ю. П. Битяк, І. П. Голосніченко, Є. В. Додін, Р. А. Калюжний, В. К. Колпаков, А. Т. Комзюк, О. В. Кузьменко, О. В. Негодченко, В. І. Олефір, О. І. Остапенко, О. І. Харитонova, Х. П. Ярмaкі та ін.). Аналіз нормативно-правової бази дозволяє також стверджувати, що українським законодавцем створені базові соціальні умови для забезпечення працівників Національної поліції України необхідними заходами суспільного співіснування: економічними, організаційними, правовими, соціальними. На наш погляд, це здатне стимулюючим чином впливати на їх професійну мотивацію. Особливо актуальним це постає у сучасну епоху суперечливих суспільно-політичних перетворень та високого рівня масової активності громадян, що призвело до непоодиноких фактів порушень громадського порядку. За таких обставин нагальним стає питання захищеності, залучення та й утримання правоохоронців на своїх посадах й поповнення Національної поліції України фахівцями найвищих професійних рівнів.

Зазначимо, що у покращенні соціальної захищеності працівників Національної поліції України однаково зацікавлені і суспільство, і влада, і самі працівники. Але, незважаючи на актуальність реформ у цьому напрямку, спроби запропонувати нове бачення законодавчих основ правоохоронної служби допоки не знаходять підтримки через відсутність суспільно-політичного консенсусу.

Отже, працівники поліції перебувають на державній службі та є особами, **прирівняними до державних службовців**, відповідно, на них повинні розповсюджуватися нормативно-правові приписи, що й на інших державних службовців. Поняття «державний службовець» відносно соціального статусу

працівників поліції можна розглядати у трьох взаємопов'язаних сферах:

- у державно-правовому секторі вони постають у ролі захисників внутрішніх інтересів України, наділені нею повноваженнями різного характеру і правової ваги. Ефективність правоохоронної діяльності відображає, на наш погляд, рівень правопорядку у державі та рівень поваги до людини, її прав і свобод – з одного боку, правосвідомість громадянського суспільства – з іншого;
- з адміністративно-правової точки зору вони наділені владними, організаційно-розпорядчими повноваженнями, застосовують свої посадові можливості як представники влади, чим формують систему контролю за правовідносинами у межах юрисдикції відповідних підрозділів;
- у кримінально-правовій площині вони становлять собою особливий суб'єкт кримінальної та адміністративної відповідальності, службовим обов'язком якого є контроль за дотриманням правопорядку і законності в суспільстві.

Зазначимо, що посилення на те, що працівники Національної поліції України «прирівняні до державних службовців» в сучасному нормативно-правовому регулюванні є підґрунтям для існування складної та конфліктної юридико-психологічної колізії: насправді вони *не користуються всіма правами* державних службовців, натомість повинні нести всі їх обов'язки. Останнім прикладом може слугувати Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо пенсійного забезпечення» від 01.03.2015 р., згідно з п. 7 якого внесені зміни до ст. 37 – «Пенсійне забезпечення державних службовців» Закону України «Про державну службу». Диспозиція ч. 4 ст. 37 у теперішній час становить собою поле для спекулятивних трактувань: «Особам, на яких поширюється дія цього Закону, у період роботи на посадах, які дають право на призначення пенсії у порядку та на умовах, передбачених цим Законом, ... пенсії, призначені відповідно до законодавства, не виплачуються». Чи буде отримувати пенсію працюючий пенсіонер МВС України, який змушений працювати, оскільки розмір призначеної йому пенсії не дозволяє задовольнити мінімальні вітальні потреби? Відповідь на це запитання залежить

від політичної волі можновладців, а простіше: захочемо – будемо виплачувати «в розмірі 85 відсотків розміру призначеної пенсії, але не менше розміру прожиткового мінімуму», захочемо – взагалі відберемо.

Пропозиції щодо вирішення зазначеної юридико-психологічної колізії знаходяться поза предметним полем нашого дослідження, але вони настільки очевидні, що ми ризикнемо їх висловити: працівників Національної поліції України слід наділити *реальним статусом* державного службовця з присвоєнням відповідної категорії. Така пропозиція тим більш актуальна у зв'язку з масштабним реформуванням системи МВС України, що відбувається в теперішній час.

Складний соціально-управлінський феномен соціального захисту працівників Національної поліції України передбачає вирішення завдань, пов'язаних із виявленням чітких та однозначних причинно-наслідкових зв'язків між окремими явищами, діями та перетвореннями, в яких задіяні низка гілок влади, а також окремих установ, організацій та інститутів держави. Ми вважаємо, що існуюча система соціального захисту працівників загалом відповідає уявленню про соціальний захист пересічних громадян у високорозвиненому громадянському суспільстві. Україна доки не може вважатися такою для всіх громадян, проте для тієї її частини, на яку припадає тягар відповідальності за всіх інших, держава створила систему соціального захисту, яку згодом доцільно запровадити й для всіх інших українців.

Національна поліція України є особливим об'єктом соціального захисту, оскільки належать до специфічного державного сектору, створення оптимальних умов для функціонування якого є завданням держави. Комплекс заходів державної підтримки цієї категорії громадян є забезпеченням державою існування самої себе та убезпечення своїх громадян.

Тобто, соціальний захист працівників Національної поліції України – це самостійний правовий інститут, який поєднує відособлену групу юридичних норм, що регулюють суспільні відносини стосовно досліджуваних нами осіб. Певним чином, це можна вважати уособленим державою прагненням

суспільства відгородити особливих співгромадян від загрози неможливості задоволення потреб, які диктує їх небезпечний фах. Ми вважаємо, що ця складова прямо пропорційна забезпеченню стійкого розвитку всього суспільства.

Ця сфера в Україні регулюється низкою законодавчих актів, серед основних із них – Закони України «Про поліцію» [81], «Про державний захист працівників суду і правоохоронних органів» [79], «Про статус ветеранів військової служби та їх соціальний захист», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» «Про пенсійне забезпечення військовослужбовців та осіб начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ», «Про пенсії за особливі заслуги перед Україною», «Про державні нагороди України» [261] та ін.

Зокрема, згідно р. 2 Закону України «Про державний захист працівників суду і правоохоронних органів» [79], законодавець передбачає низку спеціальних заходів забезпечення безпеки (ст. 5) не лише для самих правоохоронців, але й їх близьких родичів, недоторканності їх житла, а також збереження майна. В психологічному сенсі соціальний захист у цій площині відображається у тому, що окрім об'єктивних мотивів захисту від злочинних посягань із боку осіб, з якими доводиться взаємодіяти працівникам поліції (помста або спроби шантажу та залякування), має місце суб'єктивне зняття напруження (зрозумілих побоювань за своє життя та за безпеку близьких). Важливою обставиною, на наш погляд, тут є й те, що законодавець дозволяє, з урахуванням конкретних обставин, обирати варіант захисту:

- *активний*: видача зброї, засобів індивідуального захисту і сповіщення про небезпеку, переведення на іншу роботу (ст. 11), направлення на навчання, заміна документів, зміна зовнішності, переселення в інше місце проживання (ст. 7). Можуть застосовуватися також заходи озброєння близьких або родичів працівника, спеціальні засоби індивідуального захисту, сповіщення про небезпеку тощо (ст. 7);

- *пасивний*: надання особистої охорони, охорона житла і майна,

використання технічних засобів контролю і прослуховування, тимчасове розміщення родини правоохоронця у місцях, що забезпечують безпеку (ст. 9);

- *активно-пасивний*: у разі необхідності житло і майно осіб, взятих під захист, за рахунок коштів місцевого бюджету обладнуються засобами протипожежної і охоронної сигналізації, замінюються номери їх квартирних телефонів і державні номерні знаки належних їм транспортних засобів.

Згідно зазначеного закону, перелічені заходи повинні здійснюватися без будь-якого ущемлення житлових, трудових, пенсійних та інших прав осіб, взятих під захист. Наприклад, при тимчасовому переселенні в інше місце житлова площа за постійним місцем проживання підлягає бронюванню; надається матеріальна допомога в розмірі мінімальної заробітної плати чи посадового окладу за попереднім місцем роботи працівника правоохоронного органу та сприяння у працевлаштуванні (ст. 13).

На наш погляд, положення Закону України «Про державний захист працівників суду і правоохоронних органів» спрямовані на надання більш помітних переваг у соціальному захисті, ніж пересічні громадяни. Зокрема, для останніх передбачено соціальний захист у наступному вигляді.

Відповідно до ст. 46 Конституції України, всі громадяни України (у тому числі працівники правоохоронних органів) мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом. Це право гарантується:

- загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення;

- створенням мережі державних, комунальних, приватних закладів для догляду за непрацездатними.

В іншому соціальний захист працівників Національної поліції України спирається на ті ж положення, що передбачені для всіх членів громади нашої

країни (право на працю, належні, безпечні та здорові її умови; на заробітну плату, не нижчу від визначеної законом, на захист від незаконного звільнення, на своєчасне одержання винагороди за працю – ст. 43 Конституції України; на відпочинок – ст. 45; на житло – ст. 47; на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї – ст. 48; на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування – ст. 49 та ін.).

Втім, існують і певні *обмеження* стосовно працівників Національної поліції України: відповідно до закону, вони обмежуються у праві на страйк, хоча всі інші громадяни таке право, як гарантоване Конституцією України, мають. На наш погляд, це здатне спричинити у них негативний емоційний стан, найбільш ймовірно – фрустрацію, через неможливість впливу на роботодавця в разі обмеження громадянських чи трудових прав працівників.

Загалом держава декларує для працівників поліції значно більше заходів соціального захисту, ніж для пересічних громадян. Наприклад, вони мають право позачергово отримати житло, а в певних випадках – можуть розраховувати й на додаткову жилу площу і безкоштовну охоронну сигналізацію. Реально таке право реалізується в лише одиничних випадках. Так, з числа опитаних нами 64 працівників (стаж роботи до 5-ти років мали 20,3%, від 5 до 10-ти років – 68,8%, понад 10 років – 10,9%) лише 14,1% мали власну квартиру, проживали в квартирі батьків – 43,8%, проживали в гуртожитку – 20,3%, наймали житло – 21,8%. При цьому перспективу отримання житла від системи МВС України оцінюють як цілком реальну – 1,6%, цілком можливу – 1,6%, досить сумнівну – 32,8%, відсутню – 64,0%. В світлі означеного не виглядає дивним, що 86,0% респондентів – неодружені (незаміжні), і лише 10,9% – мають дітей. Зрозуміло, що перспектива позачергово одержати житло у випадку загибелі годувальника не є обставиною, що сприяє формуванню та підтриманню позитивної професійної мотивації.

До зазначеного додамо згаданий нами вище факт щодо права на 50% знижку оплати за житло й комунальні послуги – воно нехтується державою, незважаючи на трикратне рішення Конституційного Суду України.

Таким правом користуються лише пенсіонери МВС України та члени сімей працівників, які загинули при виконанні службових обов'язків.

Серед заходів соціального захисту працівників Національної поліції України відзначимо також:

- право на безплатне забезпечення житлом із опаленням і освітленням для осіб, які живуть і працюють у сільській місцевості;
- право на грошову компенсацію за використання у службових цілях особистого транспорту;
- право на позачергове влаштування дітей у дошкільні заклади та деякі інші пільги в межах соціально-побутового забезпечення у порядку, передбаченому законодавством України.

Враховуючи особливо небезпечні умови професійної діяльності, працівники поліції, їх життя і здоров'я підлягають обов'язковому державному страхуванню. За сім'ями загиблих працівників зберігається право на одержання житлового приміщення, пільги щодо оплати житла та комунальних послуг, палива, це повною мірою стосується й непрацездатних членів їх сім'ї.

Однією з безсумнівних переваг системи соціального захисту працівників Національної поліції України є *медичне обслуговування*. Окремі проблеми правового регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я та функціонування відомчої медицини у правоохоронних розглядалися у працях Л. Й. Богай, З. С. Гладуна, В. М. Корнацького, В. П. Мегедь, О. В. Петраша, І. М. Рогача, С. Г. Стеценка, І. С. Ярошенка та ін. Медичне забезпечення працівників є, на нашу думку, особливо важливим видом соціального захисту у контексті протидії психосоматичним розладам. Це забезпечення складається з системи організаційно-медичних заходів, які держава гарантує досліджуваним нами категорії осіб. З законодавчої точки зору, подібним чином досягається адміністративно-правове регулювання [20]:

- необхідного рівня охорони здоров'я працівників Національної поліції України;
- відповідних умов для належного виконання завдань та функцій цієї

категорією службовців;

- засад державної політики у галузі охорони здоров'я;
- організаційної конструкції як загальнодержавної системи охорони здоров'я, так і управлінської моделі медичного забезпечення Національної поліції України;
- безпосередньої реалізації завдань, функцій та форм діяльності лікувально-профілактичних закладів.

Основні функції медичної служби МВС України (медичних підрозділів) поділяються на загальні та спеціальні. Першу групу складають:

- організація лікувально-профілактичних заходів;
- діяльність з психолого-психіатричного забезпечення;
- діяльність військово-лікарських комісій та проведення військово-лікарських експертиз; медичне забезпечення у спеціальних установах МВС; медичне забезпечення в закладах освіти системи МВС.

Спеціальними функціями медичного забезпечення визначено: медичне забезпечення особового складу за умов надзвичайних ситуацій та масових заворушень; заходи, пов'язані з ліквідацією медичних наслідків Чорнобильської катастрофи; спеціальна діяльність (до неї належить надання медичних послуг працівникам інших державних органів; відбір кандидатів до персоналу миротворчих місій; взаємодія з МОЗ України та МВС зарубіжних держав з медичних питань).

Основними формами діяльності лікувально-профілактичних закладів Національної поліції України є:

- надання своєчасних, висококваліфікованих та спеціалізованих медичних послуг стосовно профілактики захворювань, лікування, реабілітації;
- санітарно-епідеміологічний нагляд осіб, які перебувають на медичному обліку у закладах охорони здоров'я МВС України.

Медична система МВС України має тісні організаційні зв'язки з загальнодержавною системою охорони здоров'я та відомчою медициною України в цілому. Відмінність полягає в тому, що медичні служби МВС

працюють в структурі виконавчої влади та мають, відповідно, подвійне підпорядкування – МВС та МОЗ України. На наш погляд, поточний стан медичного забезпечення правоохоронних органів знаходиться в доволі задовільному стані, якщо порівнювати її з іншими сферами забезпечення професійної діяльності працівників Національної поліції України.

Згідно Закону України «Про загальну структуру та численність МВС України», загальна чисельність працівників складає 324 тис. осіб [80], тобто вони є відносно великою за чисельністю суспільною групою в Україні. Це складає 757 осіб на 100 тис. населення¹¹. Оскільки проблема соціального захисту тісно пов'язана з проблемою представленості тієї чи іншої професійної групи, порівняємо означене співвідношення між кількістю працівників Національної поліції України та населенням з таким же співвідношенням у інших країнах (див. Табл. 4.1.1).

Загальносвітовий середній показник у цьому руслі – 300 поліцейських, а за рекомендацією ООН – 222 на 100 тис. населення. У сусідніх із Україною постсоціалістичних країнах поліцейських удвічі-втричі менше, ніж в Україні. Наприклад, в сучасній Грузії їх кількість зменшилась із 70 тис. до 16 тис. і тепер становить 355 осіб на 100 тис. населення.

Слід зазначити, що наша країна значно розширила штат державних правоохоронців відносно практики, що мала місце на теренах України за часів СРСР. Так, у 1990 р. в радянській міліції служили 628.139 осіб. Населення СРСР тоді становило 293 млн. 47 тис., тобто на 100 тис. населення було 214 міліціонерів. У теперішній час штат МВС України в 2,5 рази більший від світового рівня.

Наведемо порівняльні дані, одержані нами шляхом співставлення відповідної статистики щодо подібного показника у різних країнах. Так, найменше поліцейських на 100 тис. населення у Норвегії, Фінляндії (155-160 осіб), Індії (130 осіб), Китаї (120 осіб), Гаїті (63 осіб). Лідерами серед «поліцейських» держав є Республіка Білорусь (1442 осіб) та Російська

¹¹Станом на 01.01.2014 р. населення України складало 42.818.389 громадян.

Федерація (976 осіб).

Таблиця 4.1.1

Кількість працівників поліції у різних країнах

Статус	Країна	На 100 тис. населення
Постсоціалістичні держави	Білорусь	1442
	Росія	976
	Україна	757
	Грузія	355
	Болгарія	442
	Чехія	405
	Латвія	370
	Угорщина	335
	Литва	327
	Польща	264
Країни з напруженою ситуацією в сфері злочинності та тероризму	США	233
	Бразилія	282
	Греція	452
	Туреччина	482
	Іспанія	494
	Італія	552
	Аргентина	558
Держави з найменшою кількістю поліцейських	Швеція, Данія, Індонезія, Японія, Канада, Південна Корея, Чилі	200
	Норвегія, Фінляндія	160
	Індія	130
	Китай	120
	Гаїті	63

Парадоксально, але, навіть, у державах із високим рівнем організованої злочинності, напруженою політичною ситуацією та іншими негативними суспільними явищами (станом на 2010 р., згідно з висновками ООН, Україна ще не перебувала в стані тих масових заворушень, які наявні на сьогодні), поширеними випадками актів тероризму тощо, кількість поліцейських також менш, ніж в Україні.

Продовжуючи порівняльний аналіз, зазначимо, що в нашій країні налічується 27 прокурорів на 100 тис. населення, в Німеччині цей показник – 5, у Молдові – 16, в середньому в Європі – 10, лише в Росії їх загальна кількість більша – 32 прокурори на 100 тис. населення. Суддів у деяких державах припадає на 100 тис. жителів: в Англії та Уельсі – 5, США – 7, Молдові – 9, Швеції, Італії – 10, Росії, Румунії – 15. В Україні – 17 суддів на 100 тис. жителів, і цієї кількості, зважаючи на строки провадження кримінальних справ та цивільно-адміністративних проваджень, не вистачає.

Порівнюючи ці дані, ми переконалися, що захисників внутрішнього порядку в Україні більше, ніж чисельність захисників від зовнішнього ворога:

- особовий склад Збройних сил, Державної прикордонної служби, військ Цивільної оборони, Служби зовнішньої розвідки, Державної спеціальної служби транспорту складає 255 тис. осіб;

- об'єднана чисельність МВС, внутрішніх військ, Служби безпеки, Управління Державної охорони, Державної пенітенціарної служби, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації представлена 477 тис. осіб. Втім, серед представників державного апарату останні складають лише 9,3%.

Ми переконані, що система МВС України потребує реформування, і повною мірою та можливо, найперше, це стосується її штатної чисельності. Але наведені вище дані не дають для цього достатніх підстав, оскільки відображають лише найбільш загальні показники. Які підрозділи (фахові напрями) в кожній країні означені як поліцейські? Представлені в них

службовці лише муніципальної поліції, чи федеральної також? Чи входять до складу поняття «поліція» внутрішні війська, Державна служба охорони, Управління державної охорони, паспортна та дозвільна служби, транспортна міліція, служба віз та реєстрації та інші численні підрозділи (їх зарубіжні аналоги)? Всі ці запитання залишаються без відповіді, а без них розрахунок пропорції поліцейських до загальної кількості населення не може вважатися коректним. Принаймні, ми маємо великий сумнів, що підтримання громадського порядку та протидія злочинності в Китаї та Гаїті забезпечується вдвічі-втричі меншою кількістю поліцейських, ніж у Швеції та Данії.

Втім, зазначене потребує більш детального розгляду та не входить до предметного поля нашого дослідження. В доступних нам джерелах ми не знайшли переконливого наукового обґрунтування, скільки в Україні потрібно мати оперативних працівників, слідчих, дільничних офіцерів поліції, патрульних поліцейських (Patrol Department), аби її громадяни оцінювали умови свого життя як безпечні. Сама по собі ідея, що потрібно скоротити кількість працюючих для того, щоб збільшити заробітну платню до пристойного (навіть, не до престижного) рівня, і тоді ефективність їх діяльності підвищиться, а професійне довголіття – зросте, не видається нам переконливою. Відповідно, одним із нагальних завдань у площині соціального захисту працівників Національної поліції України є визначення їх оптимальної, тобто достатньої для забезпечення громадського порядку та протидії злочинності, чисельності як загалом, так і за окремими фаховими напрямками, а також встановлення оптимального співвідношення між керівним складом та безпосередніми виконавцями.

Безумовно, що рівень оплати праці в системі Національної поліції України залежить від об'єктивних чинників, зокрема, стану економічного розвитку, політичної стабільності, кількості працюючих. Але в теперішній Україні прокуратура одержує загалом 145,3 тис. грн. на одного працівника, суд – 85,3 тис. грн., МВС – 59,6 тис. грн. на рік [197; 218 та ін.]. Виходить,

що держава набагато краще фінансує свій власне репресивний апарат, аніж фахівців, які забезпечують громадський порядок, здійснюють профілактику та протидію злочинності.

У контексті соціального захисту працівників Національної поліції України зазначимо, що рівень оплати їх праці, порівняно з приватним сектором схожої спрямованості (наприклад, послуги охоронців або особистих охоронців), є низьким:

- середня заробітна плата працівника поліції складає до 4 тис. грн. на місяць;

- середня заробітна плата приватного охоронця – до 8 тис. грн. на місяць.

На наш погляд, така оплата надзвичайно відповідальної та небезпечної праці не сприяє залученню молоді до лав Національної поліції України. При цьому, незважаючи на незадовільну для більшості працівників заробітну плату, кваліфікаційні вимоги до них – високі, особливо в великих містах та криміногенно активних регіонах. Тому служба на державній посаді не може конкурувати з пропозиціями приватних організацій, які пропонують фахівцям аналогічного рівня набагато вищу платню.

Для підтвердження цієї думки ми провели опитування вищезазначеної групи респондентів – 275 осіб із стажем служби в МВС України понад 5 років, запропонувавши відповісти на наступні запитання:

- 1) які значущі проблеми у соціальному захисті працівників Національної поліції України ви можете назвати?

- 2) наскільки задовольняє Вас заробітна платня?

- 3) які альтернативні шляхи підвищення доходів Ви знаєте?

- 4) чи відчуваєте Ви особисто соціальний захист із боку держави (у чому саме він полягає, якщо відчуваєте)?

Відповідаючи на перше запитання, опитані в якості значущої недоробки соціального захисту назвали систему призначення на посади, просування по службі та ротації кадрів:

- 31,8% відзначили, що призначення на посади вищих категорій непрозоре і залежить від політичних та суб'єктивних чинників;
- 27,5% вказали, що відсутні чітко сформульовані критерії відбору на посади серед кандидатів із однаковим досвідом роботи та освітою;
- 26,3% турбує відсутність незалежних комісій та центрів оцінки для відбору кандидатів на посади;
- 15,5% послалися на те, що не створено системи горизонтальної ротації та просування по службі за спеціальними програмами кар'єрного зростання;
- 12,1% повідомили, що немає жорсткого зв'язку між навчанням та просуванням по службі, скоріше навпаки: особі, яка отримала вищу посаду, надається більше можливостей для підвищення кваліфікації.

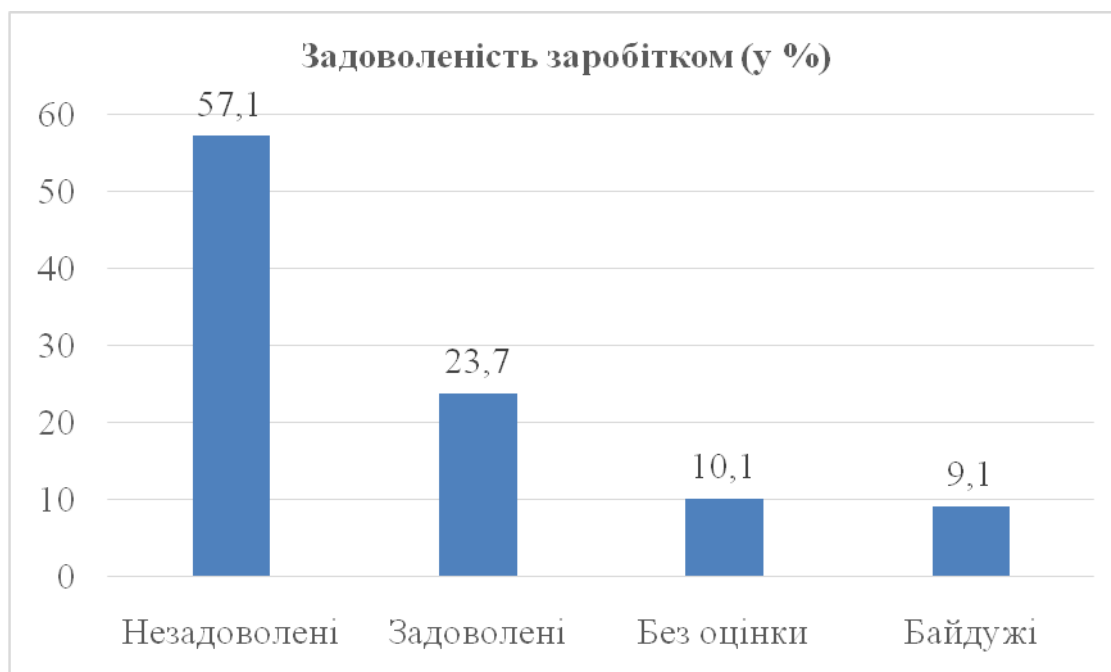
Діагностичні бесіди з опитаними засвідчують, що недосконалість системи просування по службі породжує відчуття «полишення напризволяще» та підштовхує до сумнівних засобів вирішення моральних тягарів за рахунок вживання алкогольних напоїв або паління [207, с. 132]. Проте, чим більше вони відчують соціальний захист – тим менша ймовірність автоагресивних кроків.

Узагальнені результати за другим запитанням відображені в діаграмі 4.1.1; вона відображає цілком прогнозований негативний результат: 57,1% опитаних вказали на незадовільну ситуацію з рівнем своїх доходів; 23,7% – скоріше задоволені, оскільки рівень їх заробітної платні такий же, як і в значної частини населення; 10,1% – не визначилися; 9,1% – вказали на емоційну байдужість у цьому питанні.

Безумовно, що незадовільна заробітна плата здатна породжувати почуття відсутності сенсу професійної діяльності, а слідом за такими думками з'являються психосоматичні симптоми (головний біль, зростання артеріального тиску, болі в серці чи шлунку, тощо). Враховуючи, що зарібок є одним із основних мотиваційних чинників праці, негативні емоції в цій площині стають значущим елементом самопочуття. Відповідно,

належне врегулювання проблем із оплатою праці здатне, окрім іншого, впливати на профілактику та подолання психосоматичних розладів у працівників Національної поліції України.

Діаграма 4.1.1



Запитання щодо альтернатив покращення матеріального стану асоціювалося в опитаних з трьома можливими варіантами:

- корумпованістю;
- «заробітком» за допомогою кримінальних оборудок;
- службою поза межами країни.

Зазначимо, що варіант додаткової роботи не за основною посадою в поліції нами не розглядався через відповідну законодавчу заборону. Розгляд варіантів корумпованості та кримінальної діяльності, як незаконних, також знаходиться поза межами нашого дослідження. А щодо служби поза межами України вдалося з'ясувати наступне.

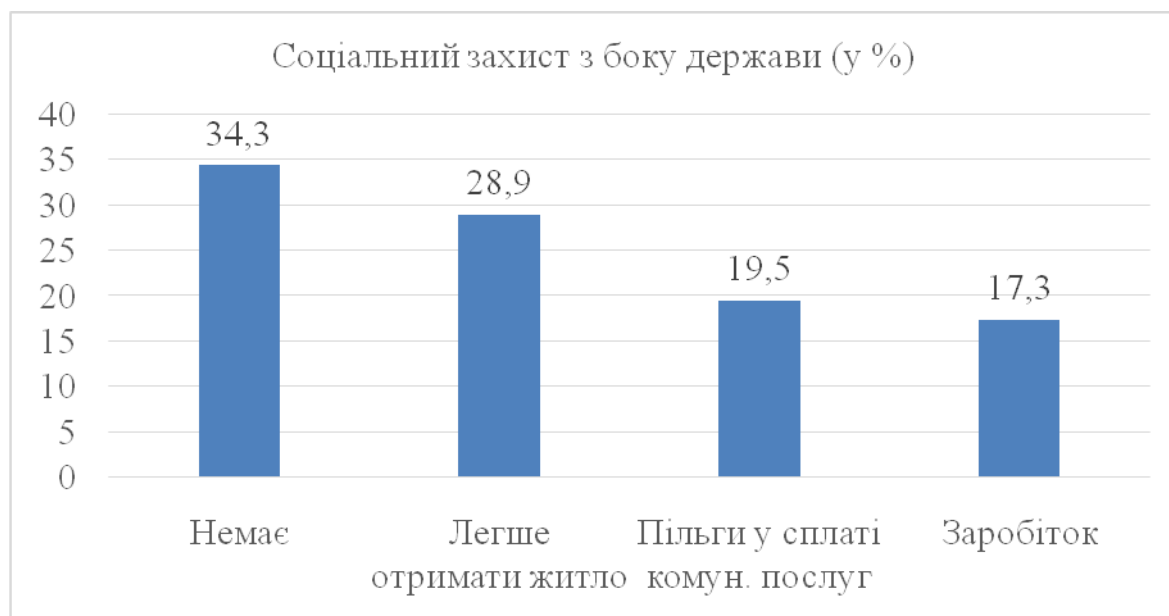
За матеріалами круглого столу науковців щодо світоглядних засад формування особистості правоохоронця (2013 р.) [222, с. 93], українські фахівці у складі миротворчих сил отримують близько 24 тис. грн. Ці кошти не складають особливо значних розмірів, якщо розглядати їх у контексті західних

стандартів (витрати на харчування, одяг, побут і культурне дозвілля), але дозволяють працівникові вести спосіб життя, недоступний для нього в Україні та утримувати родину на суттєво вищому рівні, аніж його колегам.

Втім, проходити службу за кордоном прагнуть далеко не всі працівники Національної поліції України. Частина з них (37,6%) посиляється на жорсткий професійний відбір та марудне й довготривале (близько року) оформлення потрібних документів; інші (23,5%) – на сімейні обставини та небажання полишати батьківщину; нарешті, значна частка працівників (38,9%) бажають принести користь Україні, навіть, за менш комфортних умов проживання. При цьому опитані покладають на державу відповідальність за недостатній соціальний захист своїх громадян в цілому та працівників Національної поліції України, зокрема. Подібний стан речей, безумовно, негативно відображається на психосоматичному статусі правоохоронців.

Узагальнені результати щодо того, чи відчують опитані особисто соціальних захист з боку держави (у чому саме він полягає, якщо вони його відчують), ми відобразили у діаграмі 4.1.2

Діаграма 4.1.2



Як бачимо, значна частина опитаних (34,3%) відзначає, що вони не відчують соціального захисту від держави; інші вказують на пільги в

отриманні житла (28,9%), пільги пенсіонерів при сплаті за комунальні послуги (19,5%), наявність постійного місця роботи (17,3%), що стає все більш важливим у надто мінливому суспільно-політичному сьогоденні.

Остання обставина потребує ретельної уваги дослідників: фактор стабільності заробітку, перевищує, навіть, претензії до його розміру. Ми не готові коментувати цю ситуацію, тим більше, що вона не стосується предметного поля нашого дослідження. Можемо лише стверджувати, що відмова людини від задоволення вітальних потреб призводить до зростання психологічної напруженості, відповідно, негативно впливає на психосоматичний статус працівника та сприяє виникненню психосоматичних розладів.

Для співвіднесення одержаних результатів із уявленнями, що притаманні громадянському суспільству, ми провели у 2014 р. опитування представників інших спеціальностей. Всього отримано 253 анкети від опитаних віком 19-27 років, статевий розподіл – приблизно однаковий. В якості респондентів залучалися (див. Табл. 4.1.2):

- 82 студентів заочної форми навчання Інституту педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова;
- 87 студентів стаціонарної навчання Фізико-технічного інституту Національного технічного університету «Київський політехнічний інститут»;
- 84 студентів стаціонарної навчання факультету природничих наук Національного університету «Києво-Могилянська академія».

Узагальнення одержаних результатів засвідчує, що лише незначна частка респондентів мають *досвід взаємодії* (власний чи членів сім'ї) з працівниками МВС України: інспекторами Державної автоінспекції – 40,3%, дільничними інспекторами міліції – 25,4%, співробітниками патрульної служби міліції – 13,2%. Такі контакти більш характерні для чоловіків (74,9%), мешканців столиці та великих міст (70,7-72,8%). Таким чином, оцінка діяльності МВС більшістю сучасних молодих людей не є їх власною: найчастіше вона запозичена з засобів масової інформації та кола неформального спілкування,

тобто може бути різного рівня адекватності стосовно ефективності зусиль правоохоронців.

Таблиця 4.1.2

Узагальнені результати опитування

№ за/п	Запитання	Відповіді респондентів	
		Так	Ні
1.	Досвід особистого спілкування з працівниками МВС		
	Державна автоінспекція	40,3%	59,7%
	Патрульна служба міліції	13,2%	86,8%
	Дільничні інспектори міліції	25,4%	74,6%
2.	Чи достатній соціальний захист працівників МВС	40,9%	59,1%
3.	В сучасному вигляді МВС відповідає вимогам соціуму	51,2%	48,8%
	працівники МВС не мають особливих привілеїв	10,4%	
	працівники МВС – привілейована частина населення	16,7%	
	працівники МВС захищають інтереси лише окремих груп населення	17,9%	
	працівники МВС захищають інтереси населення в цілому	19,2%	
	працівники МВС захищають суто власні інтереси	22,9%	
4.	Ви вважаєте виправданими заходи соціального захисту працівників МВС	66,4%	33,6%
5.	Ви готові співпрацювати з МВС	45,8%	54,2%

Відповідно, респондентам складно визначитися з відповідністю МВС України вимогам соціуму: їх оцінки розподілилися приблизно порівну (51,2% та 48,8%). При цьому менше половини з них готові співпрацювати та надавати правоохоронним органам дієву допомогу, тобто рівень реальної активності громадян нижчий, аніж їх претензії до діяльності.

Втім, значна кількість опитаних вважає виправданими заходи соціального захисту працівників МВС (66,4%), які в теперішній час є недостатніми (59,1%), а працівники МВС не мають особливих привілеїв (89,6%). Певна дезорієнтованість відчувається у відповідях на наступний блок запитань: працівники МВС захищають інтереси лише окремих груп населення – 17,9%, працівники МВС захищають інтереси населення в цілому – 19,2%, працівники МВС захищають суто власні інтереси – 22,9%.

Порівнюючи результати опитування двох груп респондентів, можемо зробити висновок про необхідність цілеспрямованого формування позитивного іміджу Національної поліції України та підвищення зацікавленості громадян щодо добровільної участі в охороні громадського порядку та протидії злочинності. На нашу думку, доброзичливе ставлення населення та його активність здатна значною мірою знизити рівень психологічної напруженості працівників поліції та стати частиною загальної профілактики психосоматичних розладів. Безумовно, що значне психофізичне навантаження, яке є невід'ємною частиною професійної діяльності, потребує й особливого соціального захисту. В свою чергу, посилення мотивації та стимулювання праці, заохочення працівників та підвищення гарантій їх соціальної захищеності є важливим кроком на шляху реформування системи правоохоронних органів в нашій країні.

На завершення, порівняємо стан соціального захисту працівників Національної поліції України з соціальним захистом *пересічних громадян*, тобто діяльність держави щодо встановлення та реалізації гарантій соціально-економічних і соціально-культурних прав, спрямованих на забезпечення:

- процесу формування та розвитку особистісних та професійних якостей;
- задоволення матеріальних та моральних потреб відповідно до соціально-правового статусу.

Різниця полягає у більш врегульованій схемі практичного застосування теоретичних положень про соціальний захист відносно працівників Національної поліції України. Зокрема, такий захист становить собою систему цілеспрямованих заходів, передбачених спеціальними нормативно-правовими актами. Вони здійснюються державою (її окремими уповноваженими на те органами) з метою забезпечення обов'язкових мінімальних, але достатніх умов, що гарантують гідне життя працівника як людини і громадянина.

Цивільні громадяни також мають відповідні умови для поліпшення свого добробуту за рахунок особистого трудового внеску. Вони користуються для цього установами, передбаченими для всіх, а не виокремленими, як у випадку працівників поліції. В усьому іншому, на наш погляд, громадянам надаються гарантії в користуванні суспільними благами, що існують у державі та передбачені Конституцією України.

Ми вважаємо, що основні права та свободи, передбачені українським законодавством, створюють той самий вектор, який відображається в інструкції до конкретних положень щодо тих чи інших засобів соціальної опіки над потребами громадян в цілому та окремих груп. У випадку останніх зазначимо, що вони належать до подвійних категорій захисту: як громадяни та як працівники Національної поліції України.

4.2. Упровадження принципів здорового способу життя та концепції збереження здоров'я особистості в діяльність Національної поліції України

Впровадження принципів здорового способу життя вивчались такими науковцями та практиками як М. М. Амосов, А. В. Алексєєв, І. В. Вейнгольд-Рибкіна, І. В. Жданова, Є. П. Ільїн, Ю. Б. Тарнавський та ін. Концепція збереження здоров'я особистості в діяльності МВС України розроблялася В. І. Барком, О. В. Землянською, Ю. Б. Ірхіним, Ю. Л. Майдіковим, В. С. Медведєвим, Є. М. Потапчуком, В. М. Синьовим, О. В. Тімченком, О. В. Шаповаловим, С. І. Яковенком та ін.

Професійну діяльність працівників Національної поліції України можна, на наш погляд, назвати важко сумісною зі здоровим способом життя. У своїй професійній діяльності вони мають частий контакт з криміногенним контингентом, що ставить їх на рівень групи ризику. Вони ризикують отримати у процесі реалізації професійних функцій:

- небезпечне захворювання від асоціальних елементів суспільства;
- поранення при екстремальному контакті зі злочинцем;
- нервовий зрив через напружений характер діяльності;
- психосоматичні розлади тощо.

Між тим, згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоровий спосіб життя – це не просто відсутність хвороб і вроджених вад але, передусім, повне фізичне, психічне, духовне й соціальне благополуччя людини. На наш погляд, працівники Національної поліції України позбавлені можливості розраховувати на досягнення такого рівня здоров'я, принаймні, у робочий час. Цю тезу ми ґрунтуємо на тому, що здоров'я особи залежить від наступних чинників [212, с. 90-94]:

- спосіб життя – на 50-55%;
- спадковість – на 15-20%;
- екологічні чинники – на 20-25%;

- охорона здоров'я – 8-10%.

На нашу думку, здоровий спосіб життя представлений оптимально-виваженим стилем поведінки людини, спрямованим на збереження та покращення здоров'я, метою якого є найбільш повне задоволення соціальних та біологічних потреб і прагнень особистості.

Сучасна юридична психологія особливу значущість надає розробкам щодо визначення професійно обумовлених чинників впливу на здоров'я та спосіб життя працівників Національної поліції України. Проведений нами аналіз показав, що останніми роками науковцями запропоновано перелік небажаних чинників, які чинять визначний вплив на професійну діяльність досліджуваних нами осіб – своєрідних «супутників» професійної діяльності [243, с. 315-319]:

- значні психічні і фізичні навантаження, обумовлені впливом робочого оточення на спосіб життя працівників поліції;
- періодичні зміни ритму життя, робочого графіку, законодавства, яке захищає представники правничого фаху;
- діяльність деяких підрозділів передбачає часті чи тривалі розлуки з домівками та родинами;
- статутний розклад дня, який через постійний контроль викликає психофізичне напруження;
- відсутність свободи пересування у робочий час через регламентований режим поведінки;
- жорсткі ієрархічні умови служби диктують необхідність підкорятися, що також створює дисонанс між прагненням до незалежності особистості дорослої людини;
- колегіальні умови праці та її, часто, небезпечний характер, що створює для співробітника неможливість усамітнитися, хоча наявність такої потреби вважається науковцями помітною ланкою у розвитку особистості;
- підвищена відповідальність, як складова правничого фаху, також може пригнічувати працівника поліції, який повинен постійно орієнтуватися

на значущі для суспільства результати своєї професійної діяльності (ефективність підтримки законодавства, громадського порядку та ін.);

- через умови праці працівники періодично відчують деякі побутові незручності (невпорядкований режим та сумнівна якість харчування, перепони у відправленні природних потреб організму під час довготривалого несення служби на вулицях);

- необхідність виконувати обов'язки за допомогою законного примусу та насильства. Звертання до насильства як інструментарію, на наш погляд, також накладає відбиток на самопочуття досліджуваних нами осіб та стає додатковим джерелом психологічної напруги.

Враховуючи таку специфіку діяльності Національної поліції України, ми вважаємо оптимальним науковий підхід представників гуманістичної психології А. Маслоу, Г. Оллпорта, К. Роджерса та ін., які наголошували, що впровадження принципів здорового способу життя та концепції збереження здоров'я особистості полягає в усвідомленні респондентами цінності здоров'я та прагнення до його зміцнення й удосконалення. Наприклад, мотив збереження власного здоров'я у працівників поліції може формуватися тоді, коли в їх свідомості є набір цінностей, що відповідає соціально обумовленим потребам людини – з одного боку, та представника правоохоронної системи – з іншого.

Розгляд здорового способу життя працівників Національної поліції України неможливий без аналізу того, у якій екології живуть ці працівники, як й інші наші співгромадяни. Як ми вказували раніше, на спосіб життя та якість здоров'я людей впливає навколишнє середовище та рівень його забруднення.

Це значуще питання хоча б тому, що в Україні середня тривалість життя людини низька (для чоловіків – у середньому 65 років) та характеризується тенденцією до зменшення. При цьому в територіально близькій Польщі ці показники сягають – 75 років, у Швеції – 80 років, а в Японії – 85. Отже, за висновками спеціалістів, наша країна має помітні

екологічні проблеми [70, с. 109]. Серед них найбільш значущі наступні.

Забруднення водних ресурсів. Стандарти питної води, якими зараз користується Україна, були розроблені в 80- рр. ХХ ст. Фахівці вказують, що з тих часів з'явилася велика кількість речовин, що не контролюються державними стандартами. Вода, яка надходить у водопроводи крани, очищається за застарілими технологіями, тобто якість її сумнівна. Екологи зазначають, що на сьогоднішній день Україна посідає 105-е місце з 120 країн світу за забрудненням води [85, с. 89].

Забруднення повітря. Щорічно в атмосферу України потрапляє понад 6 млн. т шкідливих речовин і вуглекислого газу. Традиційно основними забруднювачами залишаються промислові підприємства. Однак збільшення кількості автомобілів на дорогах спричинило й зростання шкідливих викидів в атмосферу. За останні кілька років кількість відпрацьованих газів, що надходять у повітря на території великих міст, зросла на 50-70%.

Скорочення тваринного і рослинного світу. За висновками екологів, в Україні спостерігається різке скорочення багатьох видів тварин і рослин, багато з них вже занесені в Червону книгу або зовсім зникли. Ліси покривають лише шосту частину території України. Але при цьому експорт деревини з України в 2,5 рази перевищує імпорту. Споживче ведення лісового господарства призводить до того, що ліси не відновлюються і втрачають біологічну стійкість (площа лісів, уражених шкідниками і хворобами, постійно збільшується).

Проблема сміття та побутових відходів. В нашій країні сміття не переробляється, а просто складається або спалюється. Для порівняння: в Європі переробляється 95% сміття, а в Україні тільки близько 10%. В нашій країні діє близько 800 офіційних звалищ, загальна кількість сміття на яких перевищила позначку в 35 млрд. т. Щорічно ця цифра зростає ще на 700-800 тис. тон. За інформацією Міністерства екології та природних ресурсів, загальна площа всіх полігонів з відходами вже займає більше 1% площі України [70, с. 64]. Речовини, які виділяються в результаті хімічних реакцій

на полігонах твердих побутових відходів здатні перетворити територію України в одну суцільну зону екологічного лиха.

Складний стан земельних ресурсів України обумовлено тим, що 71% всього агроландшафту країни використовується для господарської діяльності. Але через надмірне й часто неправильне використання родючості землі з кожним роком падає. Екосистема ґрунту руйнується, в основному, через інтенсивний розвиток ерозії: останнім часом їй піддалося більше 35% сільськогосподарських угідь України. Майже 40% загальної площі земельних ресурсів України належать до забруднених. При збереженні нинішніх темпів деградації ґрунту (ерозія, затоплення, зміни клімату та ін.) критичні значення рівня родючості можуть бути досягнуті через 20-30 років, а в окремих регіонах – і раніше.

Наслідки Чорнобильської катастрофи. За час, що минув після катастрофи на ЧАЕС, зросла кількість психоневрологічних захворювань, патології серцево-судинної системи. Дослідники вказують на те, що територія нашої країни через цю катастрофу буде забрудненою ще тисячоліттями: період розпаду багатьох частинок і елементів радіації складає сотні тисяч років.

Враховуючи, що за результатами тематичних досліджень [276, с. 204], екологічні та соціально-економічні умови життя визначають рівень здоров'я особи приблизно на 20%, наведені показники екології доволі тривожні. Показники *соціального благополуччя* також невтішні. Зокрема, наші співгромадяни характеризуються масовими схильностями щодо шкідливих звичок.

Паління цигарок. Україна посідає перше місце у світі за кількістю чоловіків, які палять. Між тим, 25% захворювань, які призводять до передчасної смерті, пов'язані з палінням. Так, з палінням у світі щороку пов'язують більше 5 млн. смертей, що значно перевищує кількість померлих від, наприклад, бойових дій. Станом на початок 2014 р. в Україні нараховується [84, с. 201]:

- понад 9 млн. споживачів тютюну, які складають третину всього працездатного населення;

- за рік вживається в середньому 1500–1800 цигарок (45 на день на одну людину), у Європі цей показник складає, приблизно, 870 цигарок.

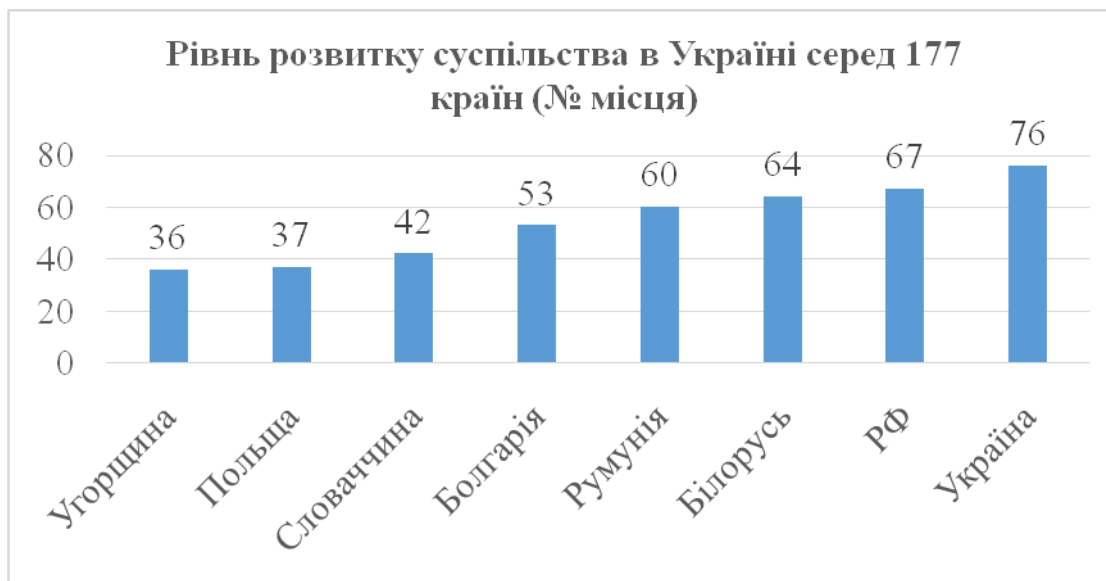
Надмірне вживання алкогольних напоїв. Україна знаходиться на третьому місці в світі за середнім споживанням горілки на людину, причому на одного українця припадає 7,7 л горілки в рік. Перше місце в даному рейтингу належить Російській Федерації (13,9 л), друге – Білорусі (11,3 л), четверте – Польщі (7,0 л), п'яте – Казахстану (5,9 л). Щороку в нашій країні ставлять на облік 100 тис. алкоголіків-дорослих, хоча дослідники вказують на значно більші показники латентного алкоголізму; від алкоголю та інших речовин, що змінюють свідомість, гине майже 380 тис. осіб. За статистикою ВООЗ [231, с. 122-127], Україна знаходиться на першому місці серед чотирьох десятків країн за показниками вживання спиртних напоїв підлітками¹².

Наркоманія. Згідно даних МВС України, на початок 2014 р. зареєстровано 173 тис. наркозалежних осіб і 99,8 тис. наркоманів. Безумовно, що ці дані не відображають реального стану, при цьому кількість наркоманів щорічно збільшується приблизно на 8-10%. Експерти відзначають, що через наркоманію та пов'язані з нею хвороби в нашій країні помирає приблизно 120 тис. осіб на рік. Щодо останнього зазначимо, що через поширений ін'єкційний шлях вживання наркотичних речовин відбувається зараження наркоманів ВІЛ/СНІД.

Через наведене та інші чинники, за даними ООН [276, с. 239], Україна знаходиться на 76-му місці у світі серед 177 країн за *рівнем розвитку суспільства*, суттєво відстаючи від країн-сусідів: Угорщина – 36-те місце, Польща – 37-ме, Словаччина – 42-ге, Болгарія – 53-тє, Румунія – 60-те, Білорусь – 64-те і на РФ – 67-ме (див. діаграму 4.2.1).

¹²Однією з причин поширення алкоголізму серед юнацтва, на думку експертів, є реклама у ЗМІ, де пивні напої пропагують відомі спортсмени та інші популярні особи.

Діаграма 4.2.1



Тому, екологічне самозбереження кожної особи є надзвичайно актуальним як майже єдиний доступний шлях до збереження здоров'я. Між тим, на основі проведеного дослідження вважаємо, що зниження потенціалу здоров'я наших співгромадян значною мірою зумовлюється порушенням принципів здорового способу життя. Повною мірою ця проблема стосується й працівників Національної поліції України.

На основі проведеного узагальнення наукових першоджерел [40; 54; 84; 276 та ін.], вважаємо, що мотивацію на засвоєння принципів здорового способу життя у працівників поліції доцільно будувати як систему ціннісних орієнтацій, внутрішніх спонукань до збереження, відновлення і зміцнення свого здоров'я. На наш погляд, бажаним та специфічним для правоохоронця тут може виступати прагнення мати психофізичні сили не лише для самого себе, а й для захисту від беззаконня інших членів суспільства.

У зв'язку з цим, розглянемо, що саме може бути представлено як *принципи здорового способу життя та концепція збереження здоров'я особистості в діяльності* Національної поліції України. Вважаємо, що оптимальною для працівників поліції є система організаційно-методичних та психолого-педагогічних заходів, спрямована на психофізичне загартовування особистості з використанням сукупності підходів.

Ми адаптували наявні в наукових джерелах принципи здорового способу життя відносно специфіки професійної діяльності працівників Національної поліції України – як певні норми, дотримання яких сприяє збереженню здоров'я та професійному довголіттю.

1. Загальноприйняті правила здорового способу життя та інтересу до збереження здоров'я представлені:

- правильним харчуванням;
- відмовою від шкідливих звичок та від вживання речовин, що змінюють свідомість або шкодять здоров'ю (алкоголю, куріння, наркотичної або іншої залежності);
- повноцінним сном;
- чергуванням активного й пасивного відпочинку.

Як зазначає відомий фахівець у галузі управління стресом Д. Грінберг, взаємозв'язок між харчуванням, сном і станами психологічної напруженості – безумовний [57, с. 74-83]. Певні харчові речовини викликають стресоутворюючу реакцію, під впливом інших дія стресора зменшується, а психосоматичні розлади можуть загострюватися через дієтичні уподобання.

Збалансована дієта – така, що забезпечує організм комплексом необхідних поживних речовин (білками, вуглеводами, жирами, мінеральними речовинами, вітамінами та водою). При цьому потрібно контролювати свою вагу, але не прагнучи до ідеальних пропорцій, пропагованих ЗМІ, оскільки нереалізоване бажання зменшити свою вагу також може стати джерелом стресу.

Основними поведінковими установками, спрямованими на підтримання оптимальної ваги та цілком прийнятними для умов професійної діяльності працівників поліції, ми вважаємо наступні: 1) уникайте закладів швидкого харчування; 2) вставайте з-за столу відразу, як поїли; 3) вживайте на вечерю низькокалорійні продукти, не їжте прямо перед сном; 4) під час їжі не займайтесь іншими справами (читати газету, дивитися телевізор тощо).

Паралельно з вищезазначеним слід звернути увагу на необхідність

збільшення фізичної активності, причому особливо це стосується представників служб Національної поліції України, які значну частку робочого часу проводять у службових приміщеннях. Психологічне напруження та переживання стресу спричиняють відчуття фізичної втоми, між тим, рівень їх фізичної активності залишається недостатнім.

Прагнення до правильного харчування не повинне ставати додатковим стресогенним чинником через невиконані зобов'язання. Позитивне мислення в таких випадках передбачає: 1) уникнення нереальних цілей; 2) налаштування на успіх, а не на поразку; 3) уникнення слів-максималістів наказового ухилу («завжди», «ніколи» та ін.); 4) протиставлення негативним думкам раціональних тверджень.

При проведенні занять в системі службової та професійно-психологічної підготовки, а також під час індивідуальної роботи з працівниками поліції, схильними до психосоматичних розладів, важливо повідомляти їм про наявність зв'язку між харчовими речовинами та переживанням стресу. Зокрема, йдеться про так звані симпатоміметики (псевдостресори), що імітують стимуляцію симпатичної нервової системи завдяки підсиленню метаболізму (кава, чай, шоколад, нікотин та ін.). Цей процес провокує тривожність, оскільки під їх впливом зростає ритм серцевих скорочень і артеріальний тиск, підсилюється реагування нервової системи, відповідно, підвищується ймовірність виникнення стресової реакції.

Стан стресу залежить також від балансу вітамінів в організмі, оскільки виділення кортизолу – гормону стресу потребує використання вітамінів. Тому при хронічному стресі може виникнути дефіцит вітамінів, зокрема, комплексу вітамінів В (тіаміну, рибофлавіну, пантотенової кислоти та гідрохлориду пірідоксину) і вітаміну С. Дефіцит цих вітамінів викликає занепокоєння, депресію, безсоння, м'язову слабкість та послаблення шлунку; знижує здатність людини адекватно реагувати на стрес. Таким чином, утворюється замкнене коло. Вітамін В поступає в організм разом із злаками, зеленими овочами, печінкою та рибою; вітамін С міститься в цитрусових,

помідорах, капусті і картоплі.

Ще одним стресовим «провокатором» є цукор. Засвоєння цукру потребує підвищеного використання вітамінів групи В. Вживання значної кількості цукру за короткий проміжок часу або ж пропуск чергової їжі та «заморювання» голоду цукром здатне спричинити стан гіпоглікемії, що супроводжується занепокоєнням, головним болем, запамороченням, тремтінням, тремором, страхом і дратівливістю. На цьому тлі стресори можуть викликати незвично інтенсивну стресову реакцію, а хронічний стрес – призводити до розвитку сахарного діабету.

2. Загартування і тренування організму передбачає:

- регулярні водні процедури не лише для особистої гігієни, але й для загартування (контрастний душ, тонізуючі «моржеві» купання тощо). Емпіричний досвід засвідчує, що це допомагає запобігти різним захворюванням, позитивно впливає не тільки на стан організму, але й на діяльність нервової та ендокринної системи;

- заняття фізичними вправами покращує стан здоров'я працівника та гармонізує його психосоматичний стан.

Фізичні вправи є способом активізації стресових проявів – підсиленого серцебиття, пришвидшеного дихання, м'язової напруги та ін., що дозволяє нівелювати їх вплив на організм. До того ж, вони переключають увагу зі стресорів на фізичне навантаження. На нашу думку, для працівників Національної поліції України, схильних до психосоматичних розладів, більш прийнятними є вправи аеробічного циклу: вони не потребують спеціального обладнання, спеціальної підготовленості та задіюють практично всі групи м'язів (ходьба, біг, стрибки через скакалку, їзда на велосипеді, плавання тощо). В медичному сенсі вони сприяють фізичній активації, підвищують витривалість кардіоваскулярної системи, в психосоматичному – нейтралізують стресові продукти, підвищують опірність організму та відволікають увагу від стресорів.

Регулярні вправи покращують фізичну форму, тобто здатність

здійснювати певну роботу й залишати енергію для відновлення. Фізична форма складається з декількох компонентів [57].

1. М'язова сила – абсолютний максимум сили, на який здатен той чи інший м'яз, максимум ваги, яку можна підняти за один раз.

2. М'язова витривалість – здатність до тривалого фізичного навантаження, обсяг роботи, котрий може бути виконаний понад норму.

3. Витривалість кровоносної і дихальної систем – здатність циркулярної системи (серця, легенів і кровоносних судів) поставлять кисень до м'язів і видаляти продукти розпаду м'язових скорочень.

4. Гнучкість – здатність суглобів рухатися в максимальній амплітуді.

5. Статура – співвідношення маси тіла (кістки та м'язи) до маси жиру.

6. Спритність – здатність рухатися швидко і координовано.

Слід зазначити, що фізичні вправи позитивно впливають і на психологічне здоров'я та професійну мотивацію працівників поліції, схильних до психосоматичних розладів, зокрема, вони: 1) підвищують самооцінку за рахунок фізичної тренуваності та покращення відчуття свого тіла; 2) сприяють більш доброзичливому ставленню до людей; 3) підвищують життєвий тонус та працездатність; 4) зменшують тривожність та нейтралізують депресивні стани; 5) удосконалюють здатність керувати власним життям, внаслідок чого зникають ознаки стресової поведінки.

Корисність фізичних вправ для регулювання психосоматичного статусу працівників поліції полягає також у вивільненні в організмі в процесі занять нейромедіаторів, зокрема, ендоморфінів та дофамінів, дія яких подібна до дії опіатів – вони заглушають больові відчуття та викликають стан умиротворення.

3. *Дотримання психогігієни* полягає в:

- відмові від негативної внутрішньої мови та травмуючих думок (про хвороби, нездужання, смерть тощо);

- відмові від віктимної поведінки, надмірної агресії та ін.

4. *Займатися улюбленою справою* – плідна праця як засіб обмінюватися

енергією та інформацією з навколишнім середовищем.

На наш погляд, останній принцип особливо важливий у професійній діяльності Національної поліції України. Перефразовуючи О. М. Леонтьєва [131, с. 74], наголосимо, що вважаємо діяльність, особливо таку насичену та необхідну суспільству як правоохоронна, такою, що надає особі відчуття цінності свого існування та статус повноцінного члена суспільства. Тобто повноцінна (повна віддача психофізичних сил особи без шкоди для здоров'я) професійна діяльність надає можливість особі реалізувати свої потенціали.

На основі викладеного можемо сформулювати один із основних принципів здорового способу життя: для гармонійного розвитку в особи мають бути збалансовані всі системи її організму, фізичний розвиток та інтелектуальний потенціал. Цей принцип можна назвати *принципом рівноваги здорового способу життя*. Наприклад, щодо здорового відпочинку він відображається у тому, що:

- якщо професійна діяльність працівника поліції пов'язана з інтенсивною руховою активністю та фізичним навантаженням (патрульна служба, підрозділи швидкого реагування тощо), доцільно рекомендувати пасивний відпочинок для можливості розслабити стомлене тіло;

- якщо професійна діяльність передбачає складні інтелектуальні зусилля (працівники оперативних підрозділів, слідчі), фізичні вправи як активний відпочинок нададуть можливість поповнити потрібний ресурс організму.

Щодо їжі, принцип рівноваги вказує на те, що надзвичайно важливо збалансувати свій раціон. Ми погоджуємося з фахівцями [212; 276 та ін.], які зазначають, що здорове харчування підпорядковується наступним правилам: воно помірне, відповідне фізіологічним особливостям конкретної людини, яка інформована про якість вживаних продуктів.

Регулярні фізичні вправи та збалансоване харчування дозволяють адаптувати психосоматичний статус працівника поліції до щоденних інтенсивних навантажень на робочому місці. Накопичений потенціал

здорового способу життя забезпечує можливість працювати ефективно і злагоджено, що визначає як успішне виконання професійних завдань, так і позитивне самопочуття фахівця.

Фізичні навантаження активізують окислювально-відновні реакції, забезпечують організм необхідним для нього киснем та іншими поживними речовинами. Особа отримує можливість збільшити свою життєву енергію і працездатність. На наш погляд, це сприяє успіху у вирішенні як службових, так і домашніх справ. Таким чином досягається загальна фізична підготовленість організму: витривалість серцево-судинної системи, гнучкість, м'язова стійкість, сила, потужність, розвиненість почуття рівноваги, хороша координація рухів, швидкість реакції.

На противагу зазначеному, відсутність дієвого прагнення дотримуватися принципів здорового способу життя та відмова від фізичних навантажень прискорює процес старіння організму та небажано позначається на загальному психосоматичному стані особи. Зокрема, з віком в організмі спостерігається:

- поступове погіршення серцево-судинної діяльності;
- зниження окислювально-відновних процесів;
- накопичення дефіциту кисню та інших важливих для організму поживних речовин.

Як наслідок, порушується сон, підвищується потреба в їжі, що, в свою чергу, викликає надмірну вагу тіла; погіршуються такі важливі життєві показники як імунітет, стійкість до стресових ситуацій, витривалість і працездатність, накопичується втома і хворобливі стани, що поступово трансформуються в хронічні форми. В сукупності це призводить до загального скорочення тривалості життя.

Для з'ясування ступеня прихильності працівників Національної поліції України Національної поліції України до здорового способу життя, ми провели опитування раніше визначених 275 осіб за наступними запитаннями:

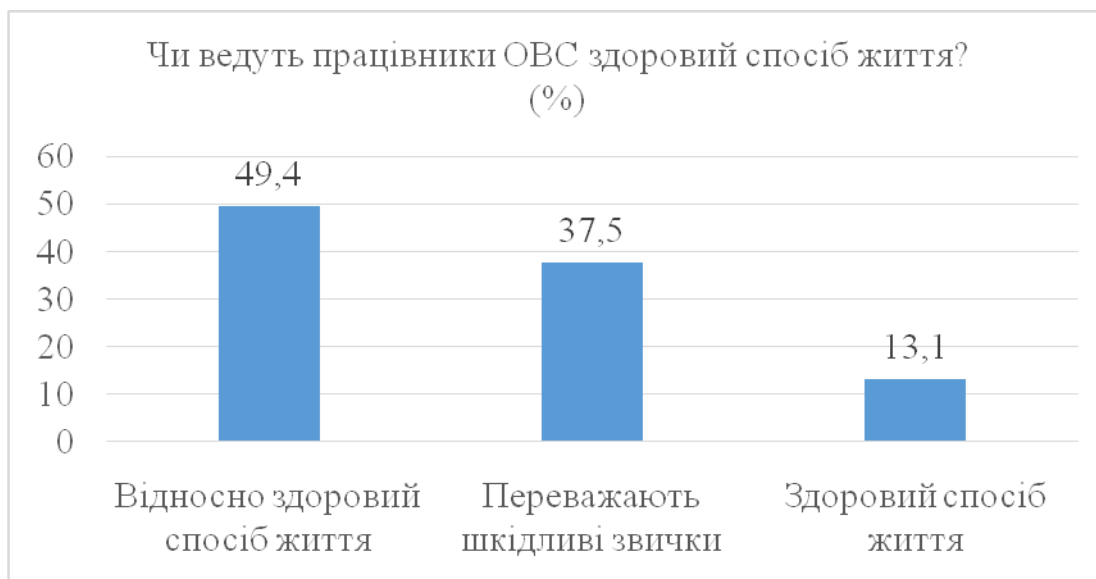
- чи дотримуєтеся Ви здорового способу життя;

- що заважає Вам вести активний спосіб життя.

Зауважимо, що відповіді респондентів викликають деякі сумніви через усвідомлене чи неусвідомлене бажання виглядати здоровими, відповідно, більш соціально бажаними. Між тим, отримані результати доволі цікаві й, вважаємо, можуть бути прийняті до уваги (див. діаграму 4.2.1):

Діаграма 4.2.1

Узагальнені результати опитування щодо здорового способу життя



- 49,4% опитаних стверджують, що ведуть відносно здоровий спосіб життя, слідкують за їжею та фізичною формою тіла, проте інколи вживають спиртні напої та палять цигарки;

- 37,5% опитаних висловлюють доволі слабкий інтерес до оздоровчих процедур, збалансованої їжі та фізкультури, мають шкідливі звички;

- 13,1% вказали, що не палять взагалі, дуже рідко вживають спиртні напої, проте регулярно займаються фізичними тренуваннями, схильні до здорового харчування та саморозвитку як особистості та фахівця своєї справи.

На наш погляд, ці результати доволі невтішні. Ми вважаємо, що представники Національної поліції України повинні бути певним стандартом для суспільства, носіями законності та правопорядку, а їх психофізичне здоров'я та психосоматичний статус – взірцем для інших. Між тим,

пояснення, які опитані давали на друге запитання, засвідчують, що самі вони не вважають свою психофізичну форму та здоровий спосіб життя невід'ємною характеристикою особистості працівника поліції.

Зокрема, опитані перших двох категорій (49,4% та 37,5% від загальної кількості) посилялися на наступні обставини:

- ненормований робочий день та виснажливий характер роботи не дозволяють виділити час для заняття фізичними вправами;
- вільний час, коли він знаходиться, більш важливо приділити сім'ї та домашнім справам;
- дотримання збалансованої дієти потребує часу та коштів, тому доводиться їсти те, що доступне, аби вгамувати голод;
- дотримання здорового способу життя у нашому суспільстві не є пріоритетним;
- фізичні та психологічні навантаження є складовою виконання професійних обов'язків, тому вільний час краще використати для відпочинку.

На основі узагальнення літературних джерел та одержаних емпіричних результатів можна дійти висновку, що основним чинником дотримання здорового способу життя працівниками Національної поліції України є відповідна мотивація, попри наявні об'єктивні та суб'єктивні перепони. Мотивація на самооздоровлення пов'язана з такими особистісними характеристиками, як: адекватна самооцінка, позитивне самовизначення, домінування соціальних цінностей, спрямованість на справу, креативність, соціальна адаптованість, саморегуляція [244, с. 224]. Проте рівень такої мотивації у працівників поліції допоки доволі низький, а якісний зміст їх спрямованості та властивостей особистості потребує певної корекції.

Отже, усвідомлення важливості дотримання принципів здорового способу життя та збереження власного здоров'я серед працівників Національної поліції України знаходиться на недостатньому рівні розвитку. Такий висновок засвідчує необхідність визначення відповідних

психокорекційних рекомендацій, сформульованих із урахуванням особливостей професійної діяльності та особливостей ставлення до гармонійності та цілісності психосоматичного статусу. Ми узагальнили найважливіші положення стосовно здорового способу життя, наявні в наукових першоджерелах [57; 212; 244 та ін.], та об'єднали їх у ***«Рекомендації щодо ведення здорового способу життя та збереження здоров'я»***.

Такі рекомендації повинні надаватися та активно обговорюватися в групах при проведенні занять із професійно-психологічної підготовки в системі службової підготовки, а також під час цільових зустрічей практичних психологів із особовим складом та в процесі індивідуального консультування осіб, схильних до психосоматичних розладів. Зазначимо, що під час доведення матеріалу важливо використовувати активні форми навчання: вирішення ситуаційних завдань, демонстрація слайдів, відеосюжетів, навчальних кінофільмів тощо.

Запропоновані нижче методичні рекомендації допоможуть розширити уявлення працівників Національної поліції України про свої можливості, спонукають їх до більш повного розкриття свого творчого потенціалу як особистості та професіонала-поліцейського. Окрім цього, виконання пропонованих рекомендацій, сподіваємося, має потенціал стосовно:

- появи впевненості у перевагах дотримання здорового способу життя;
- формування системи переконань і ціннісних орієнтацій на збереження здоров'я;
- бажання покращити своє здоров'я, вдосконалитися як особистість та фахівець;
- формування уявлення про себе як про здорову особистість;
- дотримання здорового способу життя та розвитку мотивації збереження здоров'я інших людей;
- зростання прагнення до саморозвитку та самовдосконалення;
- зникнення або зменшення симптомів тривожності, що детермінують

або є супутніми формуванню психосоматичних розладів.

Основними положеннями запропонованих рекомендацій є наступні.

I. Необхідність постійно підтримувати баланс тіла і розуму.

Важливо усвідомлювати, що особистість є складно структурованою цілісною та несуперечливою системою, тому фізичне здоров'я безпосередньо залежить від здоров'я ментального. Дотримання режиму та правил збалансованого харчування, посильні фізичні навантаження, регулярні м'язові тренування, відмова від шкідливих звичок забезпечує психологічну рівновагу особистості, її самопочуття як здорової, витривалої та повної сил особи, є важливим засобом профілактики психосоматичних захворювань. Це дозволить запропонувати суспільству образ працівника поліції як успішної, повної енергії, оптимістичної та бадьорої, незалежно від віку, особи.

Баланс розвитку фізичних та психологічних потенціалів особи стимулює фізіологічні процеси в організмі й підвищує його тонус. За таких умов при виконанні професійної діяльності працівник Національної поліції України стає більш упевненим, його здатність до швидкого та адекватного реагування на ситуацію зростає, а стійкість та якість антистресорних фізіологічних реакцій – збільшується.

Як вже згадувалося раніше, всі ці особливості фізичних навантажень найбільш добре проявляються при знаходженні певного оптимуму в дозуванні психофізичних навантажень, при якому розвиваються індивідуальні особливості організму. Таким чином, індивідуальне поєднання різних підходів до особи сприяє збереженню здоров'я та підтриманню його на належному рівні.

Також вважаємо, що сам факт (усвідомлення його) приставання на бік здорового способу життя виступає в якості загального позитивного впливу на організм працівника.

II. Обов'язкові фізичні тренування – як цілеспрямована рухова діяльність, спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичного потенціалу високого рівня фізичної підготовки для ефективної реалізації професійних

завдань із урахуванням особистісної мотивації і соціальних потреб.

Не потребує додаткових аргументів благотворний вплив рухової активності на рівень обмінних процесів організмі людини, функції її внутрішніх органів, обсяг м'язової тканини, збільшення життєвої ємності легень, стан серцево-судинної системи. Позитивні показники за цими характеристиками є необхідними для повноцінно функціонуючого працівника поліції.

Окрім того, раціональна фізична активність сприяє:

- збільшенню потужності і стабільності механізму загальної адаптації за рахунок вдосконалення реагування з боку центральної нервової системи;
- відновлювальним процесам щодо підтримання стану здоров'я та працездатності особи на високому рівні.

Це особливо важливо через те, що після 25-ти річного віку максимальне споживання кисню людиною знижується кожні 10 років на 8%, що обумовлено, переважно, обмеженням фізичної активності. У фізично активних людей цей показник може обмежитися 4%, тобто гальмуються процеси старіння [85].

Також, для працівників поліції корисним є регулярне культивування методів підтримки свого організму за допомогою фізичної культури із метою суто медичної профілактики. Як вже зазначалося, під час виконання службових обов'язків вони вступають у безпосередній, в тому числі – фізичний, контакт із особами, які належать до «групи ризику» стосовно наявності у них інфекційних та інших небезпечних хвороб. Профілактичні заходи у вигляді загартовування організму дозволять мінімізувати шкоду від таких контактів.

З іншого боку, доцільно враховувати й *психологічний аспект* питання рухової активності працівника Національної поліції України: свідома рухова активність оздоровчого характеру є неспецифічним різновидом діяльності людини, тому необхідність контролю за цим процесом задіює багато уваги та ресурсів нервової системи, що через активізацію уваги до оздоровчої сфери

життя, само по собі, чинить позитивний вплив.

III. Формування потенціалу соціально-підтримуючого здоровий спосіб життя середовища за допомогою психолого-соціального супроводження професійної діяльності.

Зокрема, йдеться про формування засобами ЗМІ бажаних цінностей суспільства: забезпечення добробуту, нормального розвитку всіх членів громади, взаємодопомоги та підтримки. На наш погляд, структура Національної поліції України, як соціальний інститут, володіє низкою переваг для організації активної психопрофілактики психосоматичних розладів:

- оскільки працівники поліції знаходяться у межах своїх структурних підрозділів впродовж тривалого часу, їм можна запропонувати виконувати фізичні вправи та відмовитися від паління цигарок в процесі роботи. Досягнуті успіхи документально фіксувати та належним чином заохочувати;

- практичні психологи Національної поліції України є кваліфікованими фахівцями, які здатні надавати допомогу правоохоронцям не тільки при вирішенні професійних завдань (мотивувати, вчити рефлексії та релаксації між етапами виконання роботи), але й сприяти підвищенню рівня домагань, формуванню цінностей здорового способу життя тощо;

- існує можливість активного залучення централізованих директив керівництва та задіяння ресурсів матеріально-технічної бази Національної поліції України;

- можливий розвиток системи соціального партнерства в інтересах суспільства та ін.

На нашу думку, кваліфіковане психолого-соціальне супроводження професійної діяльності з метою створення зберігаючого середовища є вкрай доцільним кроком. Технічний бік питання може бути вирішений через створення відповідних комісій, які б періодично встановлювати відповідність працівника критеріями фізичного, психічного і соціального здоров'я. В якості таких критеріїв слід використовувати об'єктивні та суб'єктивні показники:

- офіційні показники ефективності професійної діяльності (стан

громадського порядку на обслуговуваній території, кількість та якість проведених профілактичних заходів, кількість розкритих та розслідуваних злочинів та ін.);

- самопочуття до/під час/після реалізації службових завдань;
- залучення до громадянських процесів розбудови правової держави.

До критеріїв оцінки рівня дотримання здорового способу життя працівників поліції вважаємо доцільним віднести й наступне:

- які саме фізичні потреби є у особи: у лікуванні чи у заняттях спортом;
- показники зони найближчого розвитку: наскільки особа відчуває себе реалізованою як особистість та професіонал;
- показники цінностей: які особа має ціннісні та особистісні орієнтації (прагнення до саморозвитку чи тенденція до деградації);
- особистісні установки: показники провідних тенденцій спрямованості особистості;
- поведінкові особливості: наявність вмінь та навичок організовувати свою професійну діяльність таким чином, щоб дотримуватися здорового способу життя.

IV. Матеріальне преміювання за здоровий спосіб життя.

Серед працівників Національної поліції України зусилля щодо впровадження здорового способу життя мають спиратися на ідею створення стійкої мотивації на самовдосконалення як фізичне, так і психологічне. Вважаємо, що фундамент цього – переконати правоохоронця, що здоровим бути вигідно. Саме цьому ми зазначали раніше про доцільність врахування в якості показників здорового способу життя ефективність реалізації професійних завдань. Згідно з цим, доцільним є залучення критерію «здоровий спосіб життя» до системи матеріального преміювання працівників поліції за виконану роботу. Грошова винагорода за здоровий спосіб життя, яка широко використовується в розвинених зарубіжних країнах, здатна не лише підняти престиж збереження здоров'я, але й позитивно впливатиме на імідж Національної поліції України як структури, що дбайливо ставиться до своїх

співробітників.

До того ж, вважаємо, що жодні заходи не будуть ефективними, допоки у працівника не сформується усвідомлене прагнення вести здоровий спосіб життя. Давно доведено, що матеріальна стимуляція – це один із найбільш дієвих чинників впливу на корекцію поведінки дорослої людини, тобто преміювання за показники збереження здоров'я є ефективним мотиваційним стимулом.

V. Адресна оздоровча робота.

При виборі конкретної профілактичної програми необхідно враховувати й вік, стать, культурний розвиток й соціально-економічний статус кожного окремого працівника поліції, на якого спрямовані корекційні заходи. Узагальнення наукових першоджерел [84; 212; 239 та ін.] дозволяє стверджувати, що чинити такий психологічний вплив доцільно, реалізуючи наступні стратегії:

- робота у визначеному оздоровчому напрямі з окремим працівником;
- групові психологічні тренінги;
- тренінги з запрошенням членів родини.

Кожен із означених підходів має свої специфічні особливості: форми, методи, тривалість, орієнтовний результат роботи. Тому найбільш доцільно запроваджувати профілактичні програми засвоєння та закріплення принципів здорового способу життя в межах структурних підрозділів Національної поліції України.

Вважаємо, що дане завдання є важливим у контексті формування ціннісно-змістової мотивації здорового способу життя. Безумовно, що працівникам поліції має бути притаманним бажання зберегти та покращити даний природою потенціал через збереження та укріплення свого здоров'я. В свою чергу, це дозволить позитивно вплинути на все суспільство, правова складова якого повною мірою залежить від діяльності правоохоронців.

Концепція збереження здоров'я та дотримання принципів здорового способу життя, на нашу думку, є здоров'язберігаючим механізмом поведінки

особи, що передбачає послідовну систему активних дій усіх учасників процесу, спрямованого на:

- створення здорового середовища для формування таких життєвих навичок, які призводять до збереження, зміцнення й відтворення здоров'я;
- орієнтування на розвиток мотивації збереження здоров'я: розвиток духовно, психічно, фізично і соціально здорової особистості.

VI. *Регулярне проведення психотренінгових оздоровчих програм* – лекційні та навчально-активні заняття, що мають на меті інформування респондентів про особливості та труднощі дотримання здорового способу життя, а також надання працівникам поліції можливості розповісти про свої успіхи у цій сфері. Це сприяє психологічній корекції та формуванню уявлення про себе як про здорову особистість.

Ми вважаємо за необхідне цілеспрямоване моделювання і впровадження в суспільну свідомість престижу здорового способу життя та образу «Я – здорова людина» як альтернативи майже традиційного для нашого соціокультурного простору образу особи, яка вживає алкоголь та палить. Регулярне проведення психотренінгових оздоровчих програм для працівників поліції відкриває можливості для:

- стимулювання прагнення дотримуватися здорового способу життя;
- розвитку мотивації збереження свого здоров'я;
- зростання рівня домагань щодо саморозвитку, самовдосконалення, самоактуалізації та усвідомлення власного вибору стилю життя;
- розвитку емоційної стійкості;
- позитивного самосприйняття та ціннісних орієнтацій;
- об'єктивування актуальних проблем з психофізичним здоров'ям з метою визначення планів щодо відновлення та збереження його.

У результаті проведеного узагальнення ми дійшли висновку, що мотив збереження здоров'я формується, якщо у розпорядженні працівника є необхідний набір цінностей, що відповідає соціально обумовленим потребам особи. Отже, мотивація збереження здоров'я працівників Національної поліції

України – це система ціннісних орієнтацій, внутрішніх спонукань до збереження, відновлення і зміцнення здоров'я. Вона відображає бажання самого працівника зберегти та покращити даний йому природою потенціал через дотримання норм здорового способу життя. Світовий і вітчизняний досвід свідчить про те, що така мотивація сприяє оптимально-виваженому стилю поведінки особи, спрямованому на збереження та покращення свого здоров'я, метою якого є задоволення психологічних, соціальних та біологічних потреб і прагнень особистості.

VII. Протидія алкоголізації працівників Національної поліції України.

Незважаючи на те, що вживання спиртних напоїв на робочому місці вважається грубим порушенням службової дисципліни, понад третина всіх правопорушень працівників поліції припадає на тих, хто вживав спиртні напої. Цей різновид девіантної поведінки спричиняє також низьку ефективність діяльності, неналежне виконання професійних обов'язків, нетолерантне ставлення до громадян та інші негативні явища.

Тому, на наш погляд, розвиток у працівників поліції мотивації на дотримання принципів здорового способу життя у контексті боротьби з надмірним вживанням алкоголю можливий завдяки:

- достатній поінформованості щодо особливостей побутового п'янства та алкоголізму;
- закладанню засад свідомого, сумлінного виконання законів України, яке спирається на прагнення зміцнювати як службову дисципліну в Національній поліції України, так і громадський порядок в суспільстві, що і нетверезому стані неможливо;
- відмові від порушень робочого режиму через те, що окрім іншого, це призводить до вживання алкоголю як засобу «зняття страху»;
- виявленні та усуненні (за можливості) всіх причин, що породжують вживання алкоголю;
- пропаганді дотримання здорового способу життя як у підрозділах, так і в позаробочий час;

- індивідуальній роботі з особовим складом, врахуванні при цьому індивідуальних особливостей працівників, їх настроїв, звичок, потреб, запитів, взаємовідносин у колективі;
- використанні з профілактичною метою загальних зборів, атестацій, звітів самих працівників поліції щодо порушеної проблематики, тощо;
- ретельному плануванні роботи по вдосконаленню трудових процесів;
- організації дозвілля;
- вивченню, узагальненню та розповсюдженню передового досвіду ведення здорового способу життя правоохоронцями в інших країнах;
- практичному контролю та перевірці виконання поставлених завдань.

Щоб перелічені вище положення набули не лише теоретичної, а й практичної ваги, необхідно проводити психокорекційні бесіди, лекції, доповіді для різних категорій працівників Національної поліції України. Також, вважаємо доцільним пропонувати респондентам виступи психологів, медиків та інших авторитетних осіб. Досягти успіху у виконанні пропонованих нами рекомендацій можливо лише при *створенні відповідних умов* для цього, якими є сукупність супутніх чинників:

- формування адекватної самооцінки власного здоров'я та позитивного самосприйняття працівників поліції, які ведуть здоровий спосіб життя на противагу нібито «традиційній» практиці шкідливих звичок;
- подолання психологічних захистів та бар'єрів щодо відмови від групових оман про образ «справжніх чоловіків» та уявлень на кшталт, що сила полягає в «подужанні великої кількості алкоголю»;
- формування системи знань, умінь та навичок як базису для розвитку мотивації збереження здоров'я;
- формування системи переконань і ціннісних орієнтацій стосовно здорового способу життя;
- сприяння самоактуалізації як основній передумові розвитку мотивації збереження здоров'я.

Висновки до розділу 4

Таким чином, профілактика психосоматичних розладів працівників Національної поліції України повинна бути представлена багатоступеневою системою організаційно-правових та науково-методичні заходів, що в найбільш загальному вигляді передбачають: забезпечення соціального захисту та впровадження в професійну діяльність принципів здорового способу життя та збереження здоров'я особистості.

На основі проведеного теоретичного узагальнення та емпіричного дослідження ми дійшли наступних висновків:

1) аналіз нормативно-правової бази дозволяє стверджувати, що українським законодавцем створені базові соціальні умови для забезпечення працівників Національної поліції України необхідними заходами суспільного співіснування. Зокрема, вони перебувають на державній службі, а їх діяльність регулюється низкою законодавчих актів (Закони України «Про поліцію», «Про державний захист працівників суду і правоохоронних органів», «Про статус ветеранів військової служби та їх соціальний захист», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», «Про пенсійне забезпечення військовослужбовців та осіб начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ» та ін.). Загалом існуюча система соціального захисту працівників відповідає уявленням про соціальний захист у розвиненому громадянському суспільстві;

2) держава декларує для працівників Національної поліції України значно більше заходів соціального захисту, ніж для пересічних громадян. Але реально такі права не реалізуються повною мірою, зокрема, це стосується права на першочергове одержання житла, 50% знижки оплати за житло й комунальні послуги, грошової компенсації за використання у службових цілях особистого транспорту;

3) рівень оплати праці в системі Національної поліції України значно нижчий, аніж у приватних структурах, що реалізують подібні функції.

Більшість опитаних нами працівників поліції оцінюють ситуацію з рівнем своїх доходів як незадовільну, що здатне породжувати почуття відсутності сенсу професійної діяльності та появу психосоматичної симптоматики;

4) здоровий спосіб життя представлений оптимально-виваженим стилем поведінки людини, спрямованим на збереження та покращення здоров'я, метою якого є найбільш повне задоволення соціальних та біологічних потреб і прагнень особистості. Визначальний вплив на професійну діяльність працівників поліції чинять наступні негативні чинники: значні психічні і фізичні навантаження, обумовлені впливом робочого оточення; періодичні зміни ритму життя та робочого графіку; підвищена відповідальність; побутові незручності; необхідність виконувати обов'язки за допомогою законного примусу і насильства та ін.;

5) мотивацію на засвоєння принципів здорового способу життя у працівників Національної поліції України доцільно будувати як систему ціннісних орієнтацій, внутрішніх спонукань до збереження, відновлення і зміцнення свого здоров'я. Бажаним та специфічним для правоохоронця тут може виступати прагнення мати психофізичні сили не лише для самого себе, а й для захисту від беззаконня інших членів суспільства;

6) загальноприйняті правила здорового способу життя та інтересу до збереження здоров'я представлені: правильним харчуванням; відмовою від шкідливих звичок та від вживання речовин, що змінюють свідомість або шкодять здоров'ю; повноцінним сном; чергуванням активного й пасивного відпочинку. До них слід додати загартування організму і заняття фізичними вправами, а також дотримання правил психогігієни, що позитивно впливають також на психологічне здоров'я працівників поліції (підвищують самооцінку, сприяють більш доброзичливому ставленню до людей, зменшують тривожність та нейтралізують депресивні стани, удосконалюють здатність керувати власним життям, внаслідок чого зникають ознаки стресової поведінки;

7) згідно з результатами проведеного опитування, стан усвідомлення

важливості дотримання принципів здорового способу життя та збереження власного здоров'я серед працівників Національної поліції України знаходиться на недостатньому рівні розвитку. Це зумовлює необхідність формулювання психокорекційних рекомендацій, що враховували б особливості професійної діяльності та особливості ставлення конкретного фахівця до гармонійності та цілісності власного психосоматичного статусу.

РОЗДІЛ 5

НАПРЯМИ ТА ЗАСОБИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ

Кожен працівник Національної поліції України проходить власний, унікальний шлях у межах професійного становлення. При цьому слід зважати, що на особливості та специфіку цього шляху, окрім індивідуально-психологічних особливостей особистості, впливає низка чинників – соціальних, соціально-психологічних та професійно-психологічних.

Як аргументовано вище, діяльність Національної поліції України відрізняється від інших видів професійної діяльності специфікою завдань та умовами їх виконання, що спричиняє підвищені вимоги до фізичного та психічного здоров'я особистості. Аналіз наукової літератури та узагальнення практичного досвіду засвідчує, що ефективне здійснення діяльності значною мірою залежить від якості кадрового потенціалу. Початковим етапом професійного становлення є професійно-психологічний відбір, основним завданням якого є визначення ступеня придатності кожного претендента на службу та навчання до виконання посадових обов'язків. З точки зору профілактики психосоматичних розладів та психосоматичних захворювань, важливим аспектом професійного відбору є оцінка та прогнозування динаміки стану здоров'я – фізичного і психологічного – кандидатів.

На наступних етапах завданнями служби психологічного забезпечення МВС України у контексті нашого дослідження стає психологічна підготовка працівників до дій у стресогенних умовах, психологічна корекція негативних емоційних станів особистості, спричинених умовами професійної діяльності, а за необхідності – психологічна реабілітація осіб, що постраждали внаслідок виконання професійних обов'язків.

5.1. Удосконалення критеріїв професійного психологічного відбору та психологічна підготовка працівників Національної поліції України

Про вплив соматичних захворювань на психіку людству відомо з давніх часів. В художній літературі та наукових працях лікарів ми можемо знайти згадування чи більш-менш повний опис змін психіки, характерних для осіб із різними соматичними хворобами (кардіологічними, опірнорухового апарату, органів дихання, шкірно-венеричними тощо). При цьому спектр можливих змін психіки знаходиться в широких межах: негативні емоційні реакції (страх, тривога, дратівливість), астенічні і невротичні стани, аномальні егоцентричні установки, захисні й компенсаторні особистісні новоутворення, зміна всієї життєвої спрямованості й «Я-образу» людини.

Поряд із цим, у класичній медицині з давен і дотепер люди поділяються на хворих та здорових; якщо людина хвора, її потрібно лікувати, тобто усувати, нейтралізувати чи мінімізувати певні симптоми та синдроми. Першопричина захворювання залишається поза полем уваги лікарів (у кращому випадку з'ясовується наявність спадкових її передумов). Спостерігається також явне домінування в цій галузі психіатричних напрацювань, що використовують теоретичний і методичний арсенал сучасної медицини та орієнтованих на суто клінічну кваліфікацію вищезазначених змін психіки.

Життєва практика засвідчує, що певна категорія хворих роками лікуються за усталеними медичними схемами, але це не приносить бажаного результату. Акцентуючи увагу на самій хворобі, ми оминаємо психічні стани, що розвиваються у континуумі нормою і патологією, та не враховуємо найважливішого чинника, що визначає його розвиток – психологічних особливостей самої людини.

Окрім того, психосоматичне захворювання закономірно інвалідизує людину та змінює соціальну ситуацію її розвитку: а) зменшуються операціональні та енергетичні можливості здійснення діяльності, що

негативно впливає на її ефективність; б) обмежується коло спілкування, змінюється ставлення до оточуючих та професійної діяльності в цілому; в) змінюється характер орієнтації на майбутнє («ескіз майбутнього»).

Можемо стверджувати, що розвиток психопрофілактичного напрямку в системі психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності Національної поліції України актуалізує завдання вивчення сутності психосоматичних розладів. На сучасному етапі розвитку психології стає все більш очевидним, що науково обґрунтоване й ефективне проведення психопрофілактики можливе лише за умови врахування знань про психологічні закономірності динаміки психіки у осіб, схильних до психосоматичних розладів, особливостей формування тих чи інших змін психіки.

Дещо перефразовуючи давню істину, зазначимо: своєчасна профілактика є більш дієвим засобом попередження будь-яких розладів, аніж лікування вже наявних хронічних захворювань. Тому психосоматичний статус працівника поліції повинен бути об'єктом ретельної уваги, насамперед, фахівців-психологів, оскільки саме профілактика психосоматичних розладів – це не тільки досконале вивчення соматичної й психічної норми та патології в усьому різноманітті, але й визначення основних завдань служби психологічного забезпечення МВС України з метою збереження кадрового потенціалу.

Вважаємо, що складність вирішення означених завдань потребує створення єдиної концептуальної теорії профілактики психосоматичних розладів в Національній поліції України. В її основу слід покласти наступні принципи [300].

1. *Принцип превентивності.* Психопрофілактична діяльність повинна розпочинатися вже на перших етапах підготовки фахівців для Національної поліції України – проходження професійного психологічного відбору, адаптація до умов навчання у ВНЗ, проходження первинної початкової підготовки працівників поліції. Зокрема, в процесі навчально-службової

діяльності майбутні працівники можуть набувати спеціальних психологічних знань, зокрема, щодо сутності стресу та змін, що відбуваються в їхньому організмі під дією стресорів, а також навчатися їх розпізнавати, оволодівати вміннями й навичками психічної саморегуляції.

2. *Принцип своєчасності і наближеності* – активна психологічна допомога повинна надаватися особі якомога швидше після припинення впливу стресора чи завершення дії екстремальних чинників. Це означає, що відповідними вміннями та навичками (хоча б мінімальним їх переліком) повинен володіти кожен працівник поліції.

3. *Принцип вибірковості* – при плануванні, визначенні методів і засобів психопрофілактики необхідно враховувати індивідуально-особистісні особливості працівників поліції, їх спеціалізацію та специфіку вирішуваних оперативно-службових завдань, структуру і зміст психотравмуючої ситуації та пов'язаних із нею переживань.

4. *Принцип повної участі особового складу підрозділу* – при проведенні загальних психопрофілактичних заходів слід прагнути до якомога більш повної участі в них сталого робочого колективу, зв'язків і взаємин, що сформувалися в ньому.

5. *Принцип збереження службового стереотипу* – проведення психопрофілактики не повинне вносити суттєвих змін в усталений уклад життя і порядок повсякденної професійної діяльності. Її заходи слід проводити паралельно з виконанням основних службових завдань. Лише у виключних випадках працівник може бути звільнений від виконання службових обов'язків у встановленому порядку.

6. *Принцип розумної достатності* – обсяг психологічної допомоги на кожному з етапів психопрофілактики повинен бути раціональним, тобто з використанням наявних засобів і сил, а також мінімально достатнім; її методи і засоби – максимально простими та доступними для використання.

На сьогодні у доступній нам науковій та навчально-методичній літературі ми не знайшли логічно несуперечливої і повною мірою придатної

для практичного використання програми дій посадових осіб, що безпосередньо відповідають за збереження і підтримання на належному рівні психофізіологічних та індивідуально-психологічних параметрів всіх категорій працівників. В кращому випадку йдеться про психологічну корекцію особистості тих співробітників, які були задіяні в виконанні оперативно-бойових завдань чи оперативно-службових завдань екстремального характеру. Таким чином, проблема створення доступної, надійної й уніфікованої системи психопрофілактики психосоматичних розладів працівників Національної поліції України залишається актуальною.

На нашу думку, психопрофілактика психосоматичних розладів повинна передбачати, насамперед, комплексне використання методів і засобів, спрямованих на зниження інтенсивності впливу на особистість психотравмуючих чинників професійної діяльності. Такі методи і засоби складають сутність наступних заходів:

1) професійний психологічний відбір кандидатів на службу в Національну поліцію України (навчання у закладах освіти системи МВС України), зорієнтований на вирішення двох основних завдань: а) встановлення наявності та ступеня розвиненості професійно значущих якостей, необхідних для оволодіння конкретними спеціальностями; б) визначення рівня розвиненості властивостей, що визначають стресостійкість особистості, та відсутності протипоказань до зайнятості в екстремальних видах діяльності;

2) професійна психологічна підготовка особового складу до дій в стресогенних умовах, що полягає в одержанні знань про сутність та основні прояви стресу, розумінні змін, що відбуваються в організмі та психіці внаслідок його дії), багаторазових тренуваннях та відпрацюваннях стресогенних ситуацій із метою вироблення алгоритмів реагування на певні небезпечні зміни навколишнього середовища, проведенні тактичних навчань із наближенням до реальних умов оперативно-службової діяльності;

3) психологічне супроводження, що полягає в адаптації працівників до

умов професійної діяльності і своєчасному виявленні на ранніх етапах психологічних типів реагування окремих осіб, які зазнали впливу екстремального психотравмуючого чинника, працюють в умовах значної нервово-психічної напруженості, перебувають у конфліктних відносинах чи під впливом фрустрації, тощо. В останньому випадку виникає необхідність психологічної корекції або медико-психологічної реабілітації працівників поліції, схильних до психосоматичних розладів;

4) психологічна підтримка оперативно-службових заходів, сутність якої в площині нашого дослідження полягає в формуванні безпосередньої психологічної готовності до дій у конкретних стресогенних умовах та наданні рекомендацій щодо виявлення і нейтралізації симптомів стресу.

Від психологічної підготовки такі заходи відрізняються наближеністю до процесу вирішення оперативно-службових завдань, коли обговорюються можливі варіанти розвитку напружених ситуацій, їх сутність та адекватні варіанти реагування, набуваються відповідні вміння та навички, моделюються умови майбутньої діяльності, аналізуються причини помилок у минулому, формується так званий «передстартовий стан», обговорюються оптимальні дії та їх послідовність. Особливої значущості набуває своєчасна і якісна (несуперечлива) інформація про перебіг подій, яка в подальшому надасть змогу обрати правильний варіант поведінки [293, с. 167-171].

Як бачимо, профілактика психосоматичних розладів повинна бути невід'ємною складовою кожного з напрямів психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності Національної поліції України [209], втім, в сучасних нормативно-правових документах, що регламентують діяльність відповідної служби, таке завдання відсутнє [167; 168; 200 та ін.]. Тому видається доцільним поєднати заходи психопрофілактики в єдиний комплекс, поділяючи її на 3 етапи: первинну, вторинну та третинну.

Відразу зазначимо, що такий поділ профілактичних заходів є традиційним для кримінології та юридичної психології, тобто за своєю формою не містить ознак наукової новизни. Новим є змістове наповнення

означених етапів.

Отже, *первинна психопрофілактика психосоматичних розладів* – комплекс заходів, спрямованих на попередження психотравмуючих впливів на психіку працівника Національної поліції України та виділення «групи схильності до психосоматичних розладів». На цьому етапі основне завдання психопрофілактики полягає у вивченні витривалості психіки кожного працівника до впливу несприятливих об'єктивних і суб'єктивних чинників і можливості підвищення такої витривалості. Основними складовими первинної профілактики є перераховані вище професійний психологічний відбір та психологічна підготовка до оперативно-службової діяльності.

Вторинна психопрофілактика – виявлення у працівників емоційних станів, які проявляються функціональними соматичними симптомами, та психологічна корекція психосоматичних розладів. Вона реалізується в контексті таких напрямів психологічного забезпечення, як психологічне супроводження та психологічна підтримка оперативно-службових заходів.

Третинна психопрофілактика – медико-психологічне супроводження осіб, схильних до психосоматичних розладів, спрямоване на попередження розвитку у них психосоматичних захворювань. Комплекс заходів тут повинен забезпечуватися не лише фахівцями-психологами, але й представниками підрозділів медичного забезпечення охорони здоров'я ГУМВС, УМВС України. Психологічна сутність третинної профілактики представлена психологічною реабілітацією.

Повертаючись до первинної психопрофілактики психосоматичних розладів, зазначимо, що згідно з положеннями міжнародно-правових норм [196] та з урахуванням актуальних потреб громадянського суспільства загалом та МВС України, зокрема, одним із основних елементів формування кадрового потенціалу повинна стати науково обґрунтована система професійно-психологічного відбору кандидатів на службу в Національну поліцію України.

Додамо, що приписи міжнародної поліцейської етики надають

професійному відбору, професійному навчанню і підготовці працівників правоохоронних органів пріоритетне значення. Так, Європейський Кодекс поліцейської етики [73], відповідно до ст. 15b Статуту Ради Європи, визначає, що поліція повинна діяти таким чином, щоб її працівники користувалися повагою з боку населення саме як *професіонали*, на яких покладено велику відповідальність. Тому їх слід відбирати на основі оцінки компетентності, професійних здібностей і досвіду, зорієнтованості безпосередньо на мету професійної діяльності поліції. Вони повинні бути справедливими, а за своїм професійним рівнем – здатними виявляти розсудливість, зрілість, комунікативні здібності, гуманізм і толерантність. Окрім цього, їм належить добре розумітися на соціальних, культурних і суспільних проблемах.

Одним із основних завдань відбору на службу в поліцію є формування образу її співробітника як професіонала, зорієнтованого на служіння суспільству і здатного захищати його інтереси. Такий відбір повинен бути заснований на об'єктивних і недискримінаційних критеріях [160; 196].

Зазначене повною мірою стосується працівників Національної поліції України, до яких висуваються вимоги не лише суто ділового характеру (володіння необхідними знаннями, вміннями й навичками), але й морально-психологічного, а саме [20]: ввічливість, що повинна проявлятися в поважному ставленні до людини; доброзичливість як побажання добра будь-якій людині; коректність та уміння тримати себе в рамках пристойності; тактовність і почуття міри; скромність і стриманість в оцінці своїх достоїнств, знань і соціального статусу; спроможність діяти безкорисливо; обов'язковість і відповідальність при виконанні взятих зобов'язань.

Соматичний стан кандидатів на службу в Національну поліцію України оцінюється згідно з «Порядком проведення військово-лікарської експертизи і медичного огляду військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу в системі МВС України», затвердженим наказом МВС України від 06.02.2001 р. № 85. Медичний огляд проводиться відповідно до «Положення

про діяльність військово-лікарської комісії (ВЛК) в системі МВС України». Його метою є визначення придатності кандидатів за станом здоров'я, фізичним розвитком, а для окремих видів службової діяльності – за індивідуальними психофізіологічними особливостями до служби в поліції на посадах рядового й начальницького складу [166]. Якщо у висновку ВЛК зазначається, що особа фізично та психічно здорова, вона має право бути зарахованою на службу в Національну поліцію України.

Психологічне обстеження кандидатів на службу з числа цивільних осіб було введене Наказом МВС України «Про затвердження Інструкції про відбір кандидатів на службу в органи внутрішніх справ України» від 31.01.1996 р. № 60. В загальному вигляді становило собою конкретизовану та поліпшену форму системи відбору, що застосовувалася в СРСР. Будучи безумовно позитивним кроком, таке дослідження має й свої недоліки, основним із яких є, на нашу думку, загальність вимог та відсутність чітко визначених норм професійно-психологічної придатності (професіографічного опису, професіограми та психограми).

Тому одним із першочергових завдань системи психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності стало створення професіограм та психограм основних фахових напрямів МВС України. До числа таких напрацювань належать, зокрема, кандидатські дисертації Т. С. Бичкової, Н. Л. Ковальської, Я. Ю. Кондратьєва, О. М. Корнєва, О. М. Кретчак, А. П. Павліченка, Ю. П. Тимошенка та ін., виконані у межах науково-дослідницької роботи кафедри юридичної психології НАВС за темою «Розробка професіограм та кваліфікаційних характеристик спеціалістів основних фахових напрямів».

Можемо констатувати, що в теперішній час завдання створення психограм в основному вирішене, що дозволяє здійснювати науково обгрунтовану процедуру професійного відбору до лав Національної поліції України.

За визначенням Н. В. Макаренка, професійний психологічний відбір –

система заходів, за допомогою якої можна виявити осіб, котрі за своїми індивідуальними якостями є найбільш придатними до навчання та подальшої професійної діяльності за конкретною спеціальністю [143, с. 5]. В. О. Бодров сутність професійного психологічного відбору вбачає в комплексній оцінці фізичних і психічних якостей кандидата, а також його освітнього рівня за допомогою системи заходів медичного, психологічного, освітнього та соціального відбору [34, с. 23-28]. За А. Г. Маклаковим, професійний психологічний відбір – це визначення певних вимог, які пред'являє конкретна професія, та оцінка наявності індивідуально-психологічних професійно важливих якостей, за допомогою яких конкретна людина буде успішно освоювати та здійснювати цю діяльність [205, с. 196]. І. І. Приходько під професійним психологічним відбором розуміє безперервний керований процес, що включає комплекс психодіагностичних заходів щодо виявлення рівня розвитку сукупності професійно важливих якостей особистості й наступного визначення професійної придатності до навчання, а також прогнозування подальшої ефективної професійної діяльності за вибраною спеціальністю [200, с. 8].

Як бачимо, науковці розуміють мету, завдання та процедуру професійного психологічного відбору несуперечливо. З позицій обраного нами особистісного підходу під таким відбором у системі МВС України слід розуміти спеціалізовану процедуру вивчення особистості та оцінки придатності кандидата до оволодіння спеціальністю, успішного виконання обов'язків як у звичайних, так і в екстремальних умовах. Тому найбільш наближеним до предметного поля нашого дослідження нам видається визначення, надане авторським колективом кафедри юридичної психології НАВС: професійний психологічний відбір – це комплекс заходів, який забезпечує визначення відповідності індивідуально-психологічних властивостей працівника вимогам професійної діяльності і спрямований на підвищення якості комплектування особовим складом практичних органів та навчальних закладів МВС України [203]. Згідно з концепцією авторського

колективу, професійний психологічний відбір повинен включати: соціально-психологічне вивчення, психологічне і психофізіологічне обстеження.

Як зазначає Л. М. Собчик, « ... правильно зроблений вибір стосовно роботи – дійсна запорука отримання задоволення від життя. Якщо діяльність з її характеристиками співпадає з особливостями людини, то сам процес трудової активності приносить задоволення чи, принаймні, менше стомлює та не викликає негативних емоцій. Це тісно пов'язане з ефективністю праці та має першочергове значення як для людини, так і для суспільства загалом» [233, с. 352].

Однією з важливих складових професійного психологічного відбору є професійна придатність – властивість суб'єкта діяльності та характеристика його функціонального ресурсу і практичної готовності до діяльності; міра реалізації можливостей організму і психіки, що виражається через результат діяльності [100, с. 30]. Її формування залежить як від вроджених якостей організму, так і набутих властивостей людини – її індивідуально-психологічних особливостей, професійної мотивації та професійної і професійно-психологічної підготовленості.

В теорії виділяють два типи професійної придатності: абсолютну та відносну. Абсолютної придатності вимагають професії, що характеризуються високим ступенем екстремальності; відносна – придатність, за допомогою якої практично будь-яка здорова людина може оволодіти професією [198].

У теперішній час професійний відбір до Національної поліції України складається з 4-х ланок, що передбачають: соціально-правова – підтвердження соціальної лояльності кандидата (відсутність адикцій, делінквентності та інших фактів, що його компрометують); медична – констатація фізичного та психічного статусу у межах норми; освітня – встановлення належного рівня знань загального профілю; психологічна – вивчення особливостей особистості та рівня інтелектуального розвитку. При цьому висновки перших є обов'язковими («придатний – не придатний»), останньої – рекомендаційними, тобто йдеться про розподіл претендентів на 3

групи за ступенем імовірності прогнозу наступних успіхів у навчанні та діяльності: «придатний», «умовно придатний», «не придатний».

На недостатню ефективність психологічного відбору до ВНЗ МВС України впливає також його багатоетапність та відсутність спадкоємності. Так, на першому етапі він проводиться психодіагностичними центрами та лабораторіями при військово-лікарських комісіях і має на меті відсів осіб із межовими психічними аномаліями особистості та межовим рівнем розвитку інтелекту. Метою другого етапу психологічного відбору, що здійснюється працівниками служби психологічного забезпечення апаратів УМВС України в областях, є відбір кандидатів, придатних саме до навчання, тобто на відповідність статусу студента. Третій етап психологічного відбору проводиться психологами вузів і зорієнтований на виділення «групи посиленої психологічної уваги» та визначення кандидатів на посади молодших командирів із числа осіб, зарахованих на навчання. Відсутність взаємозв'язку між вказаними етапами створює громіздкість у процедурі відбору та негативно впливає на його кінцевий результат [164].

Відповідно, на необхідності трансформації методологічних, парадигмальних, методичних та організаційних підходів до професійного психологічного відбору наголошує низка науковців [60; 92; 153, с. 180-194 та ін.], причому їх бачення коливається в широких межах – від удосконалення існуючої системи до радикальних змін, тобто повної перебудови.

Безумовно, що найбільш важливим етапом вивчення особистості кандидата на службу є складання відповідної програми: залежно від конкретних завдань, із усього різноманіття ймовірних характеристик і якостей людини для вивчення виділяються тільки певні характеристики [21; 159; 187 та ін.]. Такі програми різняться між собою, але, як правило, представлені наступними елементами [22, с. 27-31; 34; 301 та ін.]: 1) психологічний аналіз конкретного виду діяльності та виявлення вимог цієї діяльності до працівника; 2) визначення професійно важливих якостей, що відповідають вимогам діяльності і забезпечують успішність її виконання

в конкретних умовах; 3) вибір методів і складання комплексу методик для виявлення наявності і рівня розвитку цих якостей у працівника; 4) розробка оптимальної процедури (технології) проведення вивчення та оцінювання якостей і характеристик особистості; 5) складання висновку, що містить в собі характеристику та оцінку професійно важливих якостей кандидата, а також рекомендації з його подальшого використання в службовій діяльності.

На завершення огляду проблеми професійного психологічного відбору надамо перелік обмежень та протипоказань до професійної діяльності, що визначені в наукових першоджерелах [21; 159; 182; 194; 202]: слабкий тип нервової системи; наявність невротизації і психопатизації особистості; низький рівень інтелектуального розвитку, підвищена тривожність; емоційна неврівноваженість, імпульсивність, низька стресостійкість; низькі показники розподілу й концентрації уваги; домінування установок на застосування фізичної та вербальної агресії; надмірна довірливість, необережність, плаксивість, легкодумність і легкодухість, агресивність, запальність, завищений рівень домагань, жорстокість, кримінальні стереотипи поведінки, недисциплінованість, самовпевненість, безвідповідальність та ін.

Наукові дослідження засвідчують також, що здійснення професійної діяльності при певному поєднанні об'єктивних і суб'єктивних чинників може спричинити виникнення у працівників поліції різноманітних розладів психіки, а також соматичних захворювань різного генезу [9; 25; 30, с. 15-33; 115, с. 33-38; 163].

Вищезазначене вимагає внесення необхідних коректив у модель особистості працівника Національної поліції України та перелік психодіагностичних методик, що застосовуються при професійному психологічному відборі, аби схильність до психосоматичних розладів могла бути встановлена вже на початкових етапах професійного становлення. Представлені нами у р. 3 дисертації емпіричні результати цілком дозволяють це зробити.

Ми свідомо уникаємо дискусій щодо поняття та складових моделі особистості, обираючи найбільш просте з них: *модель особистості* – науково обґрунтована система особистісних критеріїв (образ особистості), що найбільшою мірою відповідає вимогам професійної діяльності. Відповідно, психодіагностичні методики повинні обиратися з врахуванням вимоги найбільш повної презентації цих критеріїв.

В попередніх розділах роботи нами обґрунтовано, що основними складовими моделі особистості працівника поліції, схильного до психосоматичних розладів, є особливості емоційно-вольової сфери, темпераментальні та характерологічні особливості, а також особливості «Я-образу».

Як встановлено в пілотажному дослідженні, схильність до психосоматичних розладів притаманна 37,1% працівників поліції зі стажем роботи понад 5 років. Вони вказували на скоріше незадовільне самопочуття та наявність проблем зі здоров'ям (болі в шлунково-кишковому тракті, головний біль, болі в серці та різкі коливання артеріального тиску, негаразди статевого життя, ускладнення в органах дихання).

Узагальнення результатів психодіагностичного опитування дозволяє виділити декілька домінуючих показників у структурі особистості працівників Національної поліції України, схильних до психосоматичних розладів:

1) дискомфортне самопочуття через знижений настрій, активність, енергійність та піддатність ситуативній тривожності;

2) низький загальний рівень емоційного інтелекту, що більшою мірою стосується проблемних зон внутрішньоособистісного емоційного інтелекту, аніж міжособистісного емоційного інтелекту; алекситимічний тип особистості; низький рівень емоційної обізнаності, суперечливі (низькі або високі) рівні розпізнавання емоцій інших людей та управління своїми емоціями, що визначає схильність до маніпулювання оточенням; низькі значення емоційної відкритості, самоаналізу та самозахисту;

3) домінування холерично-меланхолічного темпераменту та його взаємозв'язки зі шкалами індивідуалістичності, імпульсивності, соматизації тривоги та емоційної лабільності за ММРІ;

4) значні відмінності між реальним та ідеальним «Я-образами», що свідчить про незадоволеність наявним станом речей;

5) занижена самооцінка, переживання ситуації зтяжкого внутрішньоособистісного конфлікту, суперечливості між прагненням до визнання групою та ворожістю щодо її учасників;

6) переважання в структурі особистості якостей, що свідчать про боязкість, невміння проявити супротив, страх неуспіху як основи мотиваційної спрямованості, що визначає конформну поведінку;

7) домінування інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування на ймовірний хворобливий стан, що зумовлює порушення соціальної та професійної адаптації та проявляється в емоційно-вольових розладах, зокрема, реакціях подразливої слабкості, тривожності та пригніченості, «втечі» в хворобу.

Таким чином, у моделі особистості працівника Національної поліції України, схильного до психосоматичних розладів, провідного значення набувають ознаки, пов'язані з особливостями емоційно-вольового реагування на психотравмуючі ситуації. Відповідно, ця обставина повинна враховуватися як при проведенні професійного психологічного відбору, так і в процесі психологічного та медико-психологічного (у формі щорічних диспансеризацій особового складу) супроводження. Колірний тест М. Люшера, що використовується в обох випадках, дозволяє з достатнім ступенем об'єктивності зафіксувати актуальний емоційний стан людини, нюанси її настрою та рівень стресостійкості у конкретному проміжку часу; що ж стосується сталих особливостей особистості, то науковці вважають його методом функціональної, а не прогностичної діагностики [232].

Це означає, що до переліку психодіагностичних методик, які застосовуються при проведенні професійного психологічного відбору, слід

включити інструментарій, здатний максимально повно зафіксувати особливості та рівень розвитку емоційного інтелекту. Безумовно, що з числа використаних нами методик найбільш інформативним та релевантним завданням дослідження є тест Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0). Але відповіді на всі його позиції потребують від респондента значного часу, а від дослідника – спеціальної підготовленості в частині інтерпретації одержаних результатів. Оскільки психодіагностична діяльність практичних психологів Національної поліції України має певну специфіку щодо її обсягу та часу, більш доцільним, на нашу думку, є використання опитувальника емоційного інтелекту (ЕmІn) Д. В. Люсіна, що дозволяє вимірювати різні аспекти міжособистісного та внутрішньоособистісного емоційного інтелекту (загалом – 10 критеріїв, результати представляються в сирих балах або стенайнах).

Методика складається з 46 стверджень, стосовно яких опитуваний повинен визначити ступінь своєї згоди, використовуючи 4-х-бальну шкалу («зовсім не згоден», «швидше не згоден», «швидше згоден», «повністю згоден»). Якість її валідізації є достатньою: в пілотажному дослідженні брали участь 745 осіб у віці 16 – 67 років (середнє значення 28,1; стандартне відхилення 11,6), вибірка сформована в рахуванням вимоги територіальності, внутрішня узгодженість основних шкал складала від 0,75 до 0,79; внутрішня узгодженість субшкал перебувала у межах не нижче 0,7 [141; 142]. Аналіз гендерних і вікових відмінностей засвідчив відсутність значущих відмінностей між дисперсією у чоловіків і жінок, а також респондентів різного віку.

Потребують уваги та є важливими у площині нашого дослідження результати валідізації щодо середніх значень у чоловіків – вони вищі за всіма шкалами, причому ці відмінності високо значущі для шкал «Внутрішньоособистісний емоційний інтелект» та «Управління емоціями», і перебувають на межі традиційно прийнятого рівня значущості 0,05 для шкал «Міжособистісний емоційний інтелект» та «Розуміння емоцій».

Відзначимо, що такі результати суперечать загальноприйнятому уявленню (часто підтверджуваному емпірично), що жінки загалом володіють більш високим емоційним інтелектом. Можливе пояснення полягає в тому, що чоловіки демонструють більшу впевненість у своїй компетентності і більш високу самоефективність, менше сумніваються у своїх можливостях. Причому найбільші відмінності спостерігаються за тими шкалами, де перевага чоловіків відповідає гендерним стереотипам, наприклад, що чоловіки краще контролюють власну поведінку і власні емоції [141; 142].

В контексті зазначеного стає зрозумілим, чому результати за опитувальником ЕмІн Д. В. Люсіна (як і за іншими методиками оціночного характеру) у наших респондентів вищі, ніж за тестом Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0), де підсумкова оцінка залежить від якості виконання невербальних завдань. Також це ще раз підтверджує, що самопочуття осіб, схильних до психосоматичних розладів, швидше залежить від їх ставлення до власного здоров'я, ніж від об'єктивних його параметрів.

Між тим, встановлена закономірність є, на нашу думку, вагомим аргументом на користь доповнення батареї психодіагностичних методик, що використовуються при професійному психологічному відборі, саме опитувальником ЕмІн Д. В. Люсіна, а не тестом Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо (MSCEIT v 2.0), оскільки встановлений за його допомогою загальний рівень емоційного інтелекту також перебуває у межах низьких значень.

Серед інших показників у структурі особистості працівників поліції, схильних до психосоматичних розладів, слід звернути увагу на домінування холерично-меланхолічного темпераменту та його взаємозв'язки зі шкалами індивідуалістичності, імпульсивності, соматизації тривоги та емоційної лабільності за ММРІ, а також значні відмінності між реальним та ідеальним «Я-образами», що свідчить про незадоволеність респондентів наявним станом речей.

Перший із цих показників може бути встановлений за допомогою

опитувальника ЕРІ Г. Айзенка, обов'язкового при професійному психологічному відборі та щорічних диспансерних оглядах працівників Національної поліції України, що надає, окрім іншого, можливість характеризувати динаміку їх особистості в лонгітюдному вимірі. Проблема незадоволеності собою, що відображається відмінностями між реальним та ідеальним «Я-образами», на наше переконання, виникає вже в процесі професійної діяльності та є не причиною, а наслідком загостреного індивідуального ставлення до її змісту та умов.

Що стосується другої складової первинної профілактики – психологічної підготовки до оперативно-службової діяльності, то вона повинна бути представлена цільовими заняттями в системі службової підготовки та індивідуальним консультуванням працівників щодо природи стресу, наданні прикладів професійних та побутових стресорів, визначенні способів, якими тіло реагує на стресори, а також інформуванням про можливі стани психологічного дискомфорту, нездужання та хвороби, пов'язані зі стресом.

На нашу думку, роль психолога у первинній психопрофілактиці повинна бути також спрямована на розробку психологічних основ пропаганди і впровадження здорового способу життя, формування психологічної культури здоров'я (розробка напрямів подолання безвідповідальності працівників поліції щодо власного здоров'я). При розробці заходів первинної профілактики необхідне вивчення психотравмуючих факторів, що діють на працівника, та стійкості психіки щодо їх впливу.

Поряд із цим, первинна психопрофілактика дозволяє мінімізувати упередженість щодо звертання за допомогою до психолога чи психотерапевта, яка є досить типовою для працівників Національної поліції України.

Метою зустрічей практичного психолога з особовим складом повинне стати розуміння, що готових рецептів подолання стресу не існує і не може

існувати в принципі. Але можливе напрацювання індивідуальної системи управління стресом, яка дозволяє контролювати стрес і зменшувати рівень напруженості організму.

У зв'язку з зазначеним у процесі професійної психологічної підготовки кожен працівник повинен засвоїти декілька основних позицій, а саме:

1) стрес може викликатися будь-якою життєвою ситуацією, котра (поступово або неочікувано) виводить особу з стану рівноваги; з'являється певний чинник, що з більшою чи меншою мірою інтенсивності позбавляє її стабільності і вимагає нейтралізації або усунення дисбалансу, який виник. Такий дестабілізуючий чинник може коливатися в широких межах: зміна температури повітря, загроза від дій іншої особи (групи осіб), смерть дорогої людини або будь-яка інша зміна, до якої потрібно адаптуватися;

2) на одну й ту ж ситуацію різні люди реагують по-різному, оскільки інтерпретують її неоднаково. Така інтерпретація має назву *когнітивної оцінки* і нею можна керувати (наприклад, смерть дорогої людини – завжди трагічна подія, але на ній можна або ж непродуктивно застрягати, або ж із вдячністю згадувати прекрасний час, прожитий разом). Тому життєва ситуація, що потребує адаптації, становить собою необхідний, але не єдиний компонент стресу;

3) для особи більш важливою є не скільки сама життєва ситуація, стільки її сприйняття як стресової. Слідом за її сприйманням настає емоційна реакція на подію (страх, гнів, відчуття небезпеки, стани потрясіння, фрустрації, безпомічності). Така реакція призводить до фізіологічного збудження, відповідно, до підвищення рівня холестерину в крові, артеріального тиску та м'язового напруження, пришвидшення дихальних і серцевих ритмів, поряд із зниженням ефективності імунної системи, травлення, сили серцевого м'яза. Якщо фізіологічне збудження тривале або хронічне, воно може спричинити нездужання чи хворобу. Окрім того, стрес може мати й інші наслідки: низьку працездатність, міжособистісні конфлікти тощо;

4) основні ознаки стресового напруження: неможливість зосередитися на будь-чому («розпорошеність думок»), збільшення кількості помилок під час здійснення роботи, погіршення пам'яті, часте почуття втоми, збудливість, втрата радості від роботи, зростання потреби в палінні (збільшення кількості сигарет, що викурюються) та алкогольних напоях, деформація почуття насичення їжею (відчуття постійного недоїдання або зниження апетиту), поява болів (голови, спини, шлунка);

5) зміна когнітивної ситуації (переоцінка цінностей) здатна встановити бар'єр між сприйняттям реальності та її переживанням («Все можна виправити, допоки ми живемо»). Якщо цього не відбувається, особа переходить до «групи ризику» стосовно розвитку психосоматичних розладів;

6) такі бар'єри можуть бути як непродуктивними – вживання седативних препаратів, транквілізаторів, антидепресантів), звертання до алкоголю чи наркотиків, так і продуктивними – пригнічення фізіологічного та психологічного збудження за допомогою *вольових зусиль*, *звертання до позитивних аспектів ситуації* (вони є завжди, оскільки могло трапитися щось набагато гірше), використання *методів релаксації*. Ефективним засобом протидії стресовим переживанням є також *фізична активність*, що нейтралізує створені стресом продукти (наприклад, підвищений рівень адреналіну в крові), мобілізує організм на захист свого потенціалу та попереджує розвиток психосоматичних розладів внаслідок фізіологічного збудження.

Таким чином, здійснення професійної діяльності при певному поєднанні об'єктивних і суб'єктивних чинників може спричинити виникнення у працівників поліції різноманітних психосоматичних розладів, що потребує внесення корективів у перелік психодіагностичних методик, що застосовуються при професійному психологічному відборі.

Психологічна підготовка до оперативно-службової діяльності повинна бути представлена цільовими заняттями в системі службової підготовки та індивідуальним консультуванням працівників щодо природи стресу, наданні

прикладів професійних та побутових стресорів, визначенні способів, якими тіло реагує на стресори, а також інформуванням про можливі стани психологічного дискомфорту, нездужання та хвороби, пов'язані зі стресом.

5.2. Можливості психологічного супроводження та психологічної корекції станів особистості, що спричиняють психосоматичні розлади

Збереження й укріплення здоров'я людини — одне з центральних завдань, що повинне вирішуватися суспільством, оскільки людина була й залишається основною виробничою силою, а її фізичне й психічне здоров'я є передумовою успішності досягнення поставлених суспільством цілей. Професійна діяльність може нормально здійснюватися лише за умови, коли працівник здатен діяти з належним ступенем сили і здоров'я. Захворювання, що послаблюють фізичні й духовні здібності людини, сприяють зниженню продуктивності праці і, тим самим, до втрат суспільства. Психосоматичні розлади належать до числа тих чинників, що спричиняють виникнення психосоматичних захворювань та здатні призвести до стійкого зниження працездатності та передчасної інвалідизації. Особливо актуальним це положення слід вважати для осіб, які здійснюють професійну діяльність в психологічно напружених умовах та повсякденно піддаються впливу стресогенних чинників.

Як зазначалося вище, *вторинна психопрофілактика* психосоматичних розладів — виявлення у працівників емоційних станів, які проявляються функціональними соматичними симптомами, та психологічна корекція психосоматичних розладів. Вона реалізується в контексті такого наряду психологічного забезпечення як психологічне супроводження оперативно-службових заходів.

Стосовно конкретної особистості психологічне супроводження дозволяє більш повно задовольняти не лише суспільні, але й власні інтереси:

підвищує комфортність професійної діяльності та соціального оточення; стабілізує рівень напруженості праці та мінімізує кількість стресових ситуацій (відповідно – зменшує рівень тривожності, емоційної напруги тощо); збільшує ступінь задоволеності результатами праці та можливості професійного становлення; зрештою – зменшує ймовірність виникнення психосоматичних розладів, професійних захворювань психогенної природи, сприяє не лише професійному, але й біологічному довголіттю.

Психологічне супроводження оперативно-службової діяльності в Національній поліції України – комплекс психологічно обґрунтованих заходів, який забезпечує підвищення ефективності службової діяльності, працездатності та кваліфікаційного зростання особового складу.

Незважаючи на беззаперечну актуальність цього напряму психологічного забезпечення, його складові, обсяг та межі дотепер залишаються предметом дискусій. В найбільш загальному вигляді існує два підходи щодо його сутності. У межах першого підходу процес психологічного супроводження розглядається як допомога у пристосуванні особи (працівника поліції) до умов соціального (професійного) середовища. Основним змістом першого підходу є зміна динамічних стереотипів [1; 11; 61; 264], другий – передбачає активну взаємодію об'єкта психологічного супроводження з оточуючим середовищем [46; 76; 118; 260, с. 187-196].

В контексті зазначеного не дивує розмаїття та дискусійність визначень поняття «психологічне супроводження». Так, Ю. В. Слюсарев визначає його як комплекс психологічного впливу на особистість, завданням якого є активізація саморозвитку людини, що досягається впливом на структури самопізнання, котрі виступають в ролі механізмів саморозвитку [230, с. 10]. На нашу думку, визначення психологічного супроводження через психологічний вплив некоректне: воно не просто звужує обсяг останнього, але й зводить його до «структур самопізнання», ігноруючи когнітивну та мотиваційну сфери особистості; до того ж, активізація саморозвитку – це завдання не стільки психологічного супроводження, скільки навчання та

виховання.

К.О. Тютіна розглядає психологічне супроводження як метод, сукупність послідовних дій, що забезпечують створення умов для прийняття суб'єктом оптимальних рішень в різноманітних ситуаціях життєвого вибору та дозволяють нести відповідальність за них. Під методом супроводження розуміється спосіб практичного здійснення процесу супроводження, в основі якого лежить єдність чотирьох функцій: діагностика суті проблеми, що виникла; інформація про суть проблеми та шляхи її вирішення; консультації на етапі прийняття рішення та розробка плану вирішення проблеми; первинна допомога на етапі реалізації плану рішення [259, с. 12]. Видається, що визначені функції є етапами психологічного супроводження, яке за своєю сутністю не може бути методом: це процес, тобто сукупність методів і засобів.

П. Я. Пригунов вважає психологічне супроводження професійною діяльністю фахівця-психолога щодо застосування знань психологічної науки та надання на їх основі науково обґрунтованих психологічних рекомендацій працівникам з метою максимально повного, успішного та ефективного виконання професійних задач, що стоять перед ним [201, с. 223]. Таке трактування не лише звужує саме поняття, але й відводить працівникові роль пасивного об'єкта впливу.

Звужено розуміє психологічне супроводження й В. В. Журавльов – як «комплекс заходів, що проводяться під час несення служби і спрямовані на підтримку високої готовності прикордонників, стійкості до стресогенних факторів, попередження негативних індивідуальних і групових психологічних станів та міжособистісних зіткнень» [76, с. 60]. За такого підходу його метою стає фіксація того, що вже сформоване, і попередження виникнення негативних особистісних новоутворень та соціально-психологічних явищ.

На нашу думку, одне з найбільш вдалих визначень психологічного супроводження належить А. П. Журавлю, хоча воно й стосується

військовослужбовців-прикордонників: це процес організації та проведення комплексу заходів із метою подолання ускладнень прикордонників, підвищення рівня їх загальної та ситуативної психологічної стійкості і сприяння ефективному виконанню завдань з охорони державного кордону в різних умовах діяльності. Іншими словами, йдеться про соціально-психологічний процес, який полягає в узгодженні взаємних очікувань військовослужбовця та соціальної групи (головним чином, прикордонної застави), коли він без тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів продуктивно здійснює оперативно-службову діяльність, задовольняє свої соціальні потреби, повною мірою йде назустріч тим рольовим очікуванням, що висуває для нього соціальна група й умови прикордонної служби, переживає стан самоствердження та творчого самовираження [75, с. 17].

Відповідно, авторами визначаються й різні чинники, що обумовлюють сутність психологічного супроводження. Так, на важливість суб'єктивного чинника вказують В. В. Журавльов [76], А. Г. Караяні [95] та О. М. Лісняк [135]. Важливість самоусвідомлення, самоосмислення, переосмислення та формування нового сенсу «Я» підкреслює П. І. Сергеюк [223], який звертає увагу на наявність при психологічному супроводженні таких психологічних феноменів, як комфортна інтерпретація «несприятливих умов досвіду», відмова від оптимальних очікувань стосовно себе, «селективна увага» до менш значущих аспектів несприятливого досвіду, що дають змогу змістити акценти в інтерпретації неуспіху. Особливості змін у самосвідомості й емоційно-вольовій сфері в процесі психологічного супроводження досліджував В. В. Дев'ятко [63].

Ми не вважаємо визначення поняття «психологічне супроводження» суто теоретичним завданням, оскільки від авторської концепції залежить і бачення його місця в системі психологічного забезпечення, отже – мети та завдань, суб'єктів та об'єктів, принципів, методів та засобів, а також його відмежування від близьких за змістом: «психологічна допомога», «психологічна корекція», «психологічна реабілітація» тощо.

Найбільш загальною *метою* психологічного супроводження є, безумовно, позитивна динаміка особистості протягом усього терміну служби. Основними *завданнями* психологічного супроводження проходження служби слід вважати: 1) психологічну підтримку адаптації працівників поліції до умов служби відповідно до їх фаху та особистісних особливостей, проведення профілактичної та коригуючої роботи; 2) формування гармонійно розвиненої особистості з активною життєвою позицією, здатної до саморозвитку, самовираження, самоактуалізації; 3) оцінку можливостей кваліфікаційного зростання з врахуванням їх психологічних даних; 4) проведення первинної психопрофілактики відхилень у поведінці працівників поліції, своєчасне виявлення ознак девіантної поведінки, порушень соматичного та психічного здоров'я, проведення психокорекції і, за необхідності, направлення працівників до центру психіатричної допомоги для здійснення вторинної психопрофілактики. Підставами для проведення такої роботи є: підвищена нервово-психічна й емоційна вразливість; отримання психотравми; 5) надання працівникам психологічної допомоги після перебування в екстремальних ситуаціях, пов'язаних із виконанням службових обов'язків, застосування вогнепальної зброї і спецзасобів, отримання психогенних навантажень, зниження працездатності та ін.; 6) індивідуальну психологічну допомогу, основними підставами для надання якої є: конфліктність і труднощі у взаєминах з колегами, громадянами, членами сім'ї; нервово-психічна перевтома і неврівноваженість, спричинена умовами службової діяльності та побуту; необхідність нейтралізації негативних психологічних впливів, зняття постстресових станів та ін. [203].

Як вже зазначалося, психологічне супроводження оперативно-службової діяльності передбачене п. 2.6 наказу МВС України «Про подальший розвиток служби психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України» від 28.07.2004 р. та наступними нормативно-правовими документами і покладене на службу психологічного забезпечення.

При цьому слід зважати на те, що психологічне супроводження оперативно-службової діяльності є специфічним напрямом психологічного забезпечення. Ця специфіка визначається фаховою спрямованістю в системі Національної поліції України, ретельністю професійно-психологічного відбору кандидатів на службу, наявністю і жорсткістю офіційної та неформальної регламентації поведінки працівників та ін.

Експериментальними дослідженнями доведено, що умови адаптації до служби в Національній поліції України є функціонально-критичними та потребують руйнування минулих і побудови нових поведінкових стереотипів. Така адаптація супроводжується необхідністю оцінювати відповідність власних якостей і здібностей обраному фаховому напрямку діяльності, формуванням здатності витримувати значні психологічні й, часто, фізичні навантаження. Вона ускладнюється тим, що реальне занурення в професійну діяльність може супроводжуватися негативними враженнями та руйнуванням попередніх уявлень про неї. Як правило, це призводить до когнітивного дисонансу, формування інтрапсихічного конфлікту, необхідності зміни установок тощо [88, с. 345-351].

Зазначене тим більш важливо, що сучасній молоді притаманні наступні соціально-психологічні особливості: підвищений рівень агресивності; поширення алкогольної та наркотичної залежності; відсутність суттєвої спрямованості на служіння власному народу, на створення загальнолюдських цінностей, на опікування формуванням вектору майбутнього своєї країни; утилітарний акцент процесу соціалізації та низький рівень розвитку загальнолюдських цінностей внаслідок недостатнього опанування культурним надбанням попередніх поколінь; знижений престиж такої цінності як робота; основними джерелами для побудови образу професіонала-правоохоронця є телевізійні програми та кінофільми [122].

На рівні теоретичного обґрунтування процедури психологічного супроводження у площині нашого дослідження можемо стверджувати, що

вона передбачає реалізацію двох невід'ємних та взаємопов'язаних етапів: психодіагностичного та корекційного. На діагностичному етапі здійснюється: 1) визначення загальних особистісних особливостей працівників поліції, рівня їх стресостійкості та здатності до дій в умовах із різним рівнем екстремальності; 2) оцінювання актуального психосоматичного статусу; 3) визначення вектору та прогнозування інтенсивності негативних особистісних змін і станів, що можуть спричинятися умовами професійної діяльності. Орієнтовна батарея таких психодіагностичних методик надана нами в розділі 3.

Сутність корекційного етапу полягає в: 1) формуванні професійно значущих якостей працівників, зокрема, стосовно їх емоційно-вольової сфери; 2) формуванні вмінь і навичок безконфліктного оцінювання життєвих ситуацій (контроль ситуації, захист своїх прав, визначення пріоритетів, цілісне й вибіркове сприймання, управління тривожністю та ін.), 3) формуванні стресостійкості та корекції негативних психічних станів; 4) навчанні технікам і методам саморегуляції. Його *метою* в найбільш загальному вигляді слід вважати *зниження інтенсивності індивідуальних стресових реакцій та їх впливу на психосоматичний статус особистості працівника Національної поліції України*.

Вирішення зазначених завдань доцільно поєднувати з комплексом психопрофілактичних заходів у «зовнішньому контурі» життєдіяльності працівника (створення оптимальних умов професійної діяльності та забезпечення належних матеріально-побутових умов, формування сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі, просвітницька робота представників медичних служб щодо ведення здорового способу життя, попередження впливу психотравмуючих чинників тощо).

Зазначимо, що вивчення особливостей адаптації працівників до умов професійної діяльності засвідчує, що найбільш виражені функціональні зрушення мають місце на першому році служби. Вони супроводжуються «ламанням» старого і формуванням нового динамічного стереотипу і

пов'язаною з цим нервово-психічною напругою. При налагодженні психологічного супроводження ознаки нервово-психічної напруженості зникають [204, с. 15]. Певний рівень адаптованості до служби відбувається наприкінці першого року, причому одним із інформативних показників цього виступає усталеність структури офіційних та неофіційних взаємин [107].

Як відомо, адаптація до інтелектуально та емоційно напружених видів діяльності триває впродовж 3-5 років. При цьому тривала дія притаманних цій діяльності несприятливих чинників здатна обумовлювати виникнення у працівника високого рівня нервово-психічної напруженості та різноманітні негативні прояви поведінки, що залежить від індивідуально-психологічних особливостей особи [204, с. 5]. В свою чергу, працівники намагаються захистити себе від впливу психотравмуючих чинників, вдаючись як до конструктивних, так і до неконструктивних засобів. Відповідно, особа або ж інтеріоризує специфіку діяльності як певну цілісність, тобто адаптується до неї, або ж «дозволяє собі» появу негативних особистісних новоутворень, до яких належать і психосоматичні розлади.

Такі висновки суперечать, на перший погляд, результатам дослідження Л. С. Криворучко, згідно з якими найвищий рівень травматизму серед особового складу МВС України має місце серед працівників зі стажем служби 3-10 років [120]. Між тим, вважаємо, що в даному випадку спостерігається явище дещо іншої психологічної природи: незавершеність адаптації та професійна незрілість особистості призводять до недооцінки небезпеки ситуації, в якій вони знаходяться. Молоді працівники ставляться до ситуацій з більшою обережністю; їх колеги зі стажем роботи понад 10 років, по-перше, частіше вже перебувають на посадах із меншим рівнем ризиконебезпечності, по-друге, наявність значного професійного досвіду дозволяє їм приймати виважені рішення та уникати помилкових дій.

Після завершення першого етапу професійного становлення – професійної адаптації – виникнення стану емоційного дискомфорту та надмірне професійне перенапруження можуть спричинятися

незадоволеністю умовами праці та власним професійним статусом. Якщо фахівець не одержує реального підтвердження своїх професійних досягнень, цілком можливе виникнення так званої «кризи професіонала» [100, с. 19-21]. В цей час у працівників поліції починають формуватися різноманітні психічні новоутворення – професійна деформація, професійне вигорання, а також психосоматичні розлади. Останнім сприяє ненормований робочий день, неможливість забезпечити раціональний режим харчування та відпочинку, накопичення втоми, тобто умови для виникнення стресу на фізіологічному рівні, що суб'єктивно переживаються як погіршення самопочуття.

Основним діагностичним симптомом формування психосоматичних розладів є суб'єктивні скарги, так звані «темні відчуття» (за І. М. Сеченовим), зокрема: змінене самопочуття, фізичний дискомфорт, відчуття незрозумілого хвилювання і занепокоєння станом здоров'я, що необхідно розцінювати як симптоматику, на яку слід звертати особливу увагу та піддавати ретельній психофізіологічній діагностиці (діагностика стану функціональних систем) [183, с. 192].

Тому значення вторинної психопрофілактики на цьому етапі професійного становлення є вкрай актуальним, причому вона повинна поєднуватися з періодичними медичними оглядами (щорічною диспансеризацією особового складу), нормативно-правовою основою для яких слід вважати Закон України «Про охорону праці» та «Інструкцію про організацію проведення періодичних медичних оглядів та диспансеризації в лікувально-профілактичних закладах МВС України», затверджену Наказом МВС України від 04.11.2003 р. № 1296.

Насправді науковці сьогодні досить мало знають про сутність та прояви межових станів між здоров'ям та хворобою. Між тим, для виникнення будь-якої хвороби необхідне певне співвідношення суб'єктивних та об'єктивних чинників. Важкі життєві обставини зустрічаються в житті кожної людини, а стресогенні ситуації – в професійній діяльності кожного

працівника поліції, але далеко не в кожного з них розвивається психосоматичне захворювання. Вважаємо, що вирішальним тут є схильність до психосоматичних розладів, коли особа не здатна раціонально переосмислити ситуацію або відмовитися від досягнення суб'єктивно недоступних для неї цілей. Іншими словами, детермінантою психосоматичних розладів є не складні об'єктивні обставини, а ставлення до них.

Тому своєчасна психопрофілактична робота зі зміцнення захисних механізмів у працівника Національної поліції України, який перебуває в стресогенних ситуаціях, може сприяти запобіганню негативній трансформації особистості фахівця. В іншому разі виникає «зачароване коло», при якому певні хворобливі симптоми зумовлюють появу нових чи посилюють вже наявні. Ми вважаємо, що саме після завершення процесу професійної адаптації, тобто на другому етапі професійного становлення психологічна підтримка та психологічна корекція особистості є особливо необхідними: ресурс молодості, коли на стан здоров'я не звертають уваги, починає вичерпуватися, а стресогенні умови діяльності все більше даються взнаки. Психопрофілактична та психокорекційна робота може повернути особу до межі оптимальної психосоматичної норми та запобігти подальшій деформації її психосоматичного статусу.

Узагальнення наукових першоджерел та авторського практичного досвіду дозволяє нам сформулювати наступні основні положення, на яких повинна базуватися психокорекційна робота з особами, схильними до психосоматичних розладів.

1. Психотравмуючі обставини дійсно можуть сприяти розвитку психосоматичних розладів. Між тим, серед психічних травм у теперішній час провідне місце обіймають ті, що породжені конфліктними стосунками; катастрофічні та екстремальні ситуації (стихійні та техногенні лиха, локальні бойові дії, масові безпорядки тощо) мають значно менший вплив. В теоретичному сенсі це суперечить усталеним уявленням, в практичному –

переорієнтовує увагу особи на пошуки зовнішнього стресора і заважає їй об'єктивно оцінювати свій стан.

Тому при встановленні витоків негативних психосоматичних переживань практичному психологові Національної поліції України, разом із клієнтом¹³, слід докладати зусиль у напрямі встановлення реального, а не уявного психотравмуючого чинника.

2. Декомпенсація в системі міжособистісних стосунків та необхідність вирішення життєво важливих проблем здатні спричинити суттєве психофізичне напруження («психосоматична позиція»). Бажання відтермінувати небезпеку чи неприємність породжує парадоксальне в звичайних умовах прагнення до фіксації напруження, яке й створює передумови для «старту» гострого психосоматичного розладу.

3. Реакції особи на стресори визначаються особливостями її установок і мотивів, життєвого досвіду, специфікою професійної діяльності, а також тим, наскільки сімейне життя компенсує напруженість життя професійного. Тому за аналогічних умов резистентність до професійних стресорів у різних осіб буде різною.

У зв'язку з цим провідними завданнями стають: 1) встановлення і класифікація стресорів, типових для певного фахового напрямку професійної діяльності працівників Національної поліції України; 2) систематизація знань про психічні та психосоматичні реакції, що ними викликаються; 3) розробка заходів, спрямованих на усунення патогенних наслідків дій стресорів.

4. Сучасна людина здатна виживати й нормально функціонувати в умовах, нерідко ворожих її біологічній і психологічній природі. Тому причиною психосоматичних розладів та психосоматичних захворювань працівників поліції стають не самі по собі зовнішні обставини, а певні типи адаптації, які уявляються особі цілком прийнятними, але насправді такими не є – це псевдоадаптація. Фактично вона досягається ціною порушення засад

¹³ Тут і далі цим поняттям позначається особа, яка потребує психокорекційної роботи у зв'язку з діагнованими проблемами психосоматичного характеру.

нормальної життєдіяльності.

5. Як вже зазначалося, помірний стрес мобілізує психічну діяльність, а надто сильний вплив здатен призвести до протилежного ефекту. Людина реагує не тільки на дійсну небезпеку, але й на її загрозу чи згадування про загрозу. Стрес може бути викликаний як надто сильним, так і надто слабким монотонним подразником, а також актуальними для особистості над швидкими змінами оточуючого середовища. Отже, в «адекватних дозах» стрес підвищує життєвий потенціал особи; психосоматичний розлад виникає лише тоді, коли стресові впливи надлишкові, недостатні або ж незвично спрямовані. Професійний стрес становить собою порушення рівноваги між вимогами діяльності та працездатністю особистості.

6. Можна виділити: 1) загальні стресори – неадекватні стосунки між працівниками і професійними обставинами; ступень відповідності між очікуваним і дійсним в праці; почуття задоволення; 2) специфічні стресори – обсяг роботи, надлишок інформації, оплата праці, статус у колективі, визначення власної ролі, самосвідомість і свобода вибору, відносини з керівництвом, надмірна відповідальність, розуміння недоцільності та безперспективності діяльності; 3) категорію осіб, які піддатні найбільшому ризику виникнення психосоматичних розладів.

При проведенні вторинної психопрофілактики у працівників Національної поліції України діагностично значущими є особливості перебігу аномальних емоційних і поведінкових реакцій – первісних форм психосоматичних розладів, що свідчать про розвиток аномалій індивідуальності [263, с. 107-109]. Якість таких індивідуальних реакцій залежить від особистості – її генотипу і фенотипу. Нормальним видам реакцій, на думку Г. К. Ушакова, відповідає широкий, але строго обмежений діапазон кількісних та якісних особливостей, адекватних даному стимулу (достатньо згадати, що основні особливості реакцій протягом багатьох тисячоліть у людини не змінили своєї принципової структури).

При психосоматичних розладах найбільш ранніми проявами стають

зміни форм реакцій на стимул, набуваючи властивостей аномальних реакцій. Типовою для них стає неадекватність стимулу як за силою, так і за змістом. Така неадекватність може бути систематизована залежно від особливостей тих нових якостей, яких набуває відповідь на цей стимул [263, с. 107-109]:

- 1) тривалість кожної з них незначна, і вважати її станом можна лише умовно;
- 2) їх поява й повторюваність можуть бути різними: від рідких, епізодичних до частих, систематичних, від одиничних до серійних;
- 3) в одних випадках вони виникають і зберігаються лише як суб'єктивно зафіксовані, в інших – проявляються зовні;
- 4) ступінь суб'єктивної їх важливості та зовнішньої виразності максимальна в юності та зрілому віці;
- 5) вони можуть проявлятися як повною мірою, так і в редукованому вигляді;
- 6) як правило, вони прості за формою прояву і можуть мати вигляд психомоторних, психосенсорних, психовегетативних та психосоматичних;
- 7) по мірі повторення і розвитку вони можуть набувати характеру складних реакцій, в структурі яких сполучаються різні компоненти;
- 8) особливості індивідуальності визначають якість реакцій та впливають на подальшу динаміку психосоматичного розладу.

Безумовно, що зміст таких аномальних реакцій різноманітний та індивідуальний. Але це не означає, що безмежна різноманітність особистостей породжує й безмежну множинність реакцій, котрі не піддаються узагальненню. Зазначене дозволяє говорити й про загальні підстави для проведення психологічної корекції станів особистості, що спричиняють психосоматичні розлади, та наступні основні її структурні компоненти.

1. Формування вміння усвідомлювати не лише негативні, але й позитивні аспекти психотравмуючої ситуації.

Одна з особливостей професійної діяльності працівників Національної

поліції України полягає в наявності численних та достатньо жорстких критеріїв оцінки їх роботи. При цьому для їх досягнення не завжди достатньо ефективної роботи самого працівника, оскільки і стан громадського порядку, і показники розкриття та розслідування злочинів, і якість попередження аварійності дорожнього руху – значною мірою залежать від чинників, що заходяться поза межами його компетенції. Відповідно, критика і покарання працівників для системи Національної поліції України є правилом, схвалення і заохочення – винятком. Як наслідок, в процесі професійного становлення формується звичка до сприйняття дійсності в негативному світлі.

Тому в процесі психокорекційної роботи слід, найперше, навчитися усвідомлювати, що в будь-якій ситуації є як позитивні, так і негативні сторони: працівник не вільний у виборі ситуацій професійної діяльності, але він здатен обирати, як до них ставитися (іншими словами, підвищувати свій артеріальний тиск, вміст холестерину в крові, частоту серцевих скорочень і м'язове напруження чи утримувати їх у нормі).

2. Формування вміння цінувати свої досягнення.

В процесі проведення психологічної корекції клієнт повинен навчитися розуміти, що щось він може змінити, а щось – ні. Але при цьому він повинен бути здатен вибірково усвідомлювати позитивні аспекти ситуацій і знижувати значущість (але не відкидати) негативних. Наступний крок – наприкінці кожного дня нагадувати собі про все хороше, що відбулося за вашою участю, та заохочувати себе (спосіб заохочення обирається індивідуально).

Зазначене тим більш важливо, що професійна діяльність працівників поліції містить у собі передумови для розвитку трудоголізму: як тільки фахівець досягає поставленої мети, перед ним відразу ж виникає інша, і він рідко дозволяє собі насолодитися успіхом. При цьому завершеність важливої справи не одержує належного емоційного підкріплення, відповідно, не чинить впливу на позитивну динаміку «образу-Я».

3. Формування вміння цілісного усвідомлення.

Могутній спонукальний потенціал негативних емоцій призводить до того, що вони починають домінувати в цілісній картині світу та жити самі себе: так одна неприємна подія здатна надати негативного забарвлення значному проміжку часу. Це визначає необхідність відходу від селективного сприймання ситуації на користь її цілісного усвідомлення. Коли людина навчається бути вдячною за те, що було в її житті і цінувати те, чого в неї немає, кожен окремий епізод життя втрачає свою над цінність.

4. *Формування вмінь нейтралізації несприятливих особливостей поведінкової активності.*

Як доведено численними науковими дослідженнями, схильність до психосоматичних розладів найтіснішим чином пов'язана з типом А поведінкової активності (моделлю поведінкової активності типу А) [57; 89, с. 66-68 та ін.]. Таким особам притаманна певна сукупність характеристик та рис, тобто поведінковий симптомокомплекс, що проявляються в спілкуванні та діяльності: відповідальність, зануреність у роботу, конкурентність, прагнення до досягнень, перфекціонізм, агресивність, ворожість, поспіх, нетерпіння, тривожність, відчуття постійного цейтноту. Вони ставлять перед собою складні цілі, чим продукують стресогенні умови життєдіяльності та емоційну напруженість. Така напруженість, відповідно, супроводжується високими показниками фізіологічного збудження різних систем організму.

При цьому встановлено, що поведінковий паттерн А складається з двох протилежних одиниць: *нетерпимість/подразливість (НП)* та *прагнення до досягнень (ПД)*. Перша характеризується нетерпінням, ворожістю, озлобленістю і гнівливістю, друга – цілеспрямованістю і рішучістю. При цьому лише перша пов'язана зі скаргами на фізичне нездужання, депресію, незадоволеність роботою й сімейним життям, тобто є «токсичною» [57].

Надана нами вище характеристика професійної діяльності дозволяє стверджувати, що поведінкова модель А заохочується та, навіть, культивується в системі МВС України, оскільки саме такі працівники є більш продуктивними, їм притаманний високий рівень досягнення цілей, вони

прагнуть до конкуренції. Втім, з позицій психології, «вони ставляться до себе гірше, ніж до власних ворогів» (Д. Грінберг).

Нейтралізація особливостей поведінки типу А може здійснюватися двома основними способами: 1) проблемно-орієнтоване подолання – зосередження на конкретній проблемі чи ситуації, щоб змінити її чи уникнути в майбутньому; 2) емоційно-орієнтоване подолання – послаблення пов'язаних із стресовою ситуацією емоцій.

5. *Формування самоповаги* – адекватна самооцінка дозволяє особі бути менш залежною від думки оточуючих, відповідно, впливає на кількість стресогенних чинників у професійній діяльності. Щоб «твердо стояти на ногах», витримувати контакт очима, говорити чітко і впевнено, необхідно володіти високим рівнем впевненості в собі. Сама сутність управління стресом полягає у впевненості в своїх рішеннях, що дозволяє успішно контролювати власне життя або ж, принаймні, менш емоційно ставитися до того, на що не можна впливати. Особи з низькою самооцінкою значною мірою піддатні стресу, оскільки не впевнені в собі, не довіряють собі і сумніваються в правильності своїх дій.

6. *Формування вмінь визначення меж та переорієнтації локусу контролю.*

Локус контролю – оцінка особистістю здатністю контролю над подіями власного життя. Екстернали, на відміну від інтерналів, менше схильні контролювати своє життя, оскільки не вірять, що від цього є якась користь. При цьому важливо розуміти, що людина здатна контролювати якусь певну частину свого життя, тобто бути його автором, але абсолютно не здатна контролювати все. Відчуття контролю породжує почуття відповідальності.

Одна з специфічних особливостей професійної діяльності в Національній поліції України полягає в жорсткій субординації та підпорядкуванні принципу єдиноначальності. Для попередження негативних наслідків стресу важливе вміння розмежування меж власної відповідальності та відповідальності інших людей (колег, керівників) за наслідки перебігу

професійних ситуацій: наслідки, що перебувають поза межами компетенції конкретного фахівця, не повинні спричиняти глибоких та тривалих емоційних переживань.

7. Формування рішучості.

Як засвідчують результати експериментальних досліджень у площині психосоматики, існує три основних властивості особистості, що впливають на схильність до психосоматичних розладів: *обов'язковість*, *контроль*, *витривалість* [217; 304, с. 1-11]. *Обов'язковість* – тенденція повністю віддаватися своїй справі, якою б вона не була; *контроль* – тенденція думати і діяти так, начебто особа здатна радикально впливати на перебіг подій; *витривалість* – впевненість у тому, що життю властиво змінюватися і що ці зміни є рушійною силою прогресу загалом і особистісного розвитку, зокрема.

Основний висновок дослідників полягає в тому, що такі зміни слід сприймати як виклик, але не як загрозу. Людей, яким властиві вищезазначені якості, називають *рішучими*, оскільки вони можуть протистояти стресорам та володіють буферним ефектом для гармонії психіки і здоров'я тіла (соми) людини. Рішучість здатна зменшувати ступінь психологічного дистресу та підвищує адаптивність, вона надає людині відчуття щастя в сімейному житті та професійній діяльності.

Загалом рішучість є особливою організацією існування особистості як системи, що забезпечує максимально ефективне функціонування більш складної системи «людина – середовище» в конкретній ситуації. Грунтуючись на цьому визначенні, можна встановлювати межі психологічної стабільності конкретної особи, що зумовлюються взаємодією потенціальних можливостей людини та об'єктивних вимог ситуації.

Актуальність встановлення таких взаємозв'язків передбачає необхідність вивчення та врахування психологічної складової в практику відбору та підготовки осіб до психологічно напружених і ризиконебезпечених видів професійної діяльності, до яких належить і правоохоронна. В іншому разі вроджена (на рівні типологічних властивостей

нервової системи) та набута в процесі первісної соціалізації (внаслідок особливостей навчання і виховання в дитячому та підлітковому віці) схильність до психосоматичних розладів стає непереборною перепорою на шляху успішного професійного становлення. На індивідуально-психологічному рівні вона проявляється як відсутність гнучкості поведінки, сенситивності до себе, спонтанності, самоповаги та самоприйняття, що й визначає психологічну стабільність фахівця.

Іншими словами, людина в процесі самореалізації може бути «господарем своєї долі» і володіти ситуацією завдяки знанням своїх особливостей і можливостей, в тому числі й індивідуально-типологічних. Стабільність такої особи і успіх діяльності в стресогенних умовах прямо залежить від максимального використання переваг своєї психічної організації та нейтралізації її недоліків, що сприяє збереженню психічного і соматичного здоров'я.

Таким чином, психологічне супроводження дозволяє більш повно задовольняти не лише суспільні, але й інтереси особистості працівника поліції: підвищує комфортність професійної діяльності та соціального оточення; стабілізує рівень напруженості праці та мінімізує кількість стресових ситуацій (відповідно – зменшує рівень тривожності, емоційної напруги тощо); збільшує ступінь задоволеності результатами праці та можливості професійного становлення; зрештою – зменшує ймовірність виникнення психосоматичних розладів, професійних захворювань психогенної природи, сприяє не лише професійному, але й особистому довголіттю.

5.3. Медико-психологічна реабілітація осіб, які страждають на психосоматичні розлади

Стресогенні умови професійної діяльності Національної поліції України не залишаються без наслідків на всіх рівнях особистості: соціальному, соціально-психологічному, індивідуально-психологічному та психосоматичному. В останньому випадку стає цілком ймовірною поява негативної тенденції накопичення психосоматичних переживань (формування психосоматичних розладів) та їх трансформація в психосоматичні захворювання.

Оскільки особистість становить собою складно організовану ієрархічну систему, такий розвиток подій спричиняє зміни в психіці, особистісному статусі людини та його соціальній поведінці. Це можуть бути порушення когнітивних процесів (вибірковість та послаблення пам'яті, уваги, зниження концентрації мислення тощо); зміни в емоційній сфері (переживання, тривоги, депресії, безпомічності, озлобленості, дратівливої слабкості та ін.); втрата чи деформація ціннісних орієнтацій, інтересу до професійної діяльності. Чим далі видозмінюється психосоматичний статус особистості, тим сильніший його вплив на стан психічного і соціального здоров'я.

Як вже зазначалося (див. розділ 1), сучасна офіційна медицина визнає, що до 70% захворювань мають психосоматичні витоки, тобто спричиняються психічною дисгармонією особистості. Давня індійська та китайська медицина, чий унікальний досвід все ширше застосовується в практиці сучасного лікування західних країн, ґрунтується на кардинальній тезі: духовне здоров'я є основою здорового тіла; в основі здорової психіки лежить рівновага духу, яку, в сполученні зі здоров'ям тіла, потрібно цінувати й охороняти понад усе. Активне сприяння людині в досягненні гармонії психічного і соматичного благополуччя стає одним із основних завдань, які ставить перед собою сучасна психологія здоров'я.

Особи, які страждають на психосоматичні розлади, є об'єктом

третинної психопрофілактики. Як зазначалося вище, третинна профілактика становить собою медико-психологічне супроводження таких осіб, спрямоване на попередження розвитку у них психосоматичних захворювань. Комплекс заходів тут повинен забезпечуватися не лише фахівцями-психологами, але й представниками підрозділів медичного забезпечення охорони здоров'я ГУМВС, УМВС України. Психологічна сутність третинної профілактики представлена психологічною реабілітацією.

Аналіз першоджерел із зазначеної проблеми свідчить, що перші спроби медико-психологічної реабілітації припадають на часи Російсько-японської війни 1904-1905 рр., під час якої вперше яскраво визначилася проблема психічних захворювань військовослужбовців як наслідку ведення бойових дій. Досвід війни засвідчив, що основним принципом організації психолого-психіатричної допомоги є наближеність сил і засобів допомоги до передових етапів її надання [74, с. 143-147; 175, с. 262-271; 238, с. 556-561; 287-290; 298, с. 856-875].

Загалом кількість психічно хворих за час війни виявилася в 1,5 рази більшою, ніж у мирний час. Так, із дня відкриття Центрального психіатричного госпіталю в м. Харбіні, тобто з 15 грудня 1904 р. по 1 січня 1906 р., в ньому пройшли лікування психічно хворих офіцерів – 266, рядових – 986; середні втрати впродовж війни у зв'язку з психічними розладами склали 2-3 особи на 1000 осіб, причому в другий рік війни їх кількість зросла приблизно на 41%. Таку динаміку пояснювали посиленням виснаженості бійців, все більшим їх розчаруванням у війні, а також відсутністю належного догляду за хворими. Значущим стало також те, що воєнні дії велися на зовсім незнайомій території, з незнайомим противником, а багатьом військовим не були зрозумілі причини Російсько-японської війни.

Основним психозом був алкоголізм, але він лише частково залежав від умов воєнного часу: в більшості випадків цей психоз був пов'язаний із призовом на службу відставних військовослужбовців або ж із алкоголізмом представників діючої армії. Розповсюдженим став також психоз виснаження,

котрий розвивався виключно через складності військово-похідного життя.

Найбільший внесок у розвиток військової психології та психосоматичної медицини вніс військовий лікар, психіатр і психолог Г. Є. Шумков («Психика бойцов во время сражений», «Душевное состояние воинов после боев», «Чувство тревоги как доминирующая эмоция в период ожидания боя», «Эмоции страха, печали, радости и гнева в период ожидания боя», а також В. М. Бехтерев, який розробив основи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців.

Оцінюючи уроки поразки в Російсько-японській війні 1904-1905 рр., газета «Російський інвалід» зазначала, що в майбутніх війнах перемогу будуть визначати не снаряди і картеч, не смерть і рани, а нерви. Узагальнення досвіду дозволило спеціалістам напрацювати принципи медико-психологічного забезпечення військ під час бойових дій, уніфікувати діагностику, розробити методику лікування психозів війни [145].

У Західній Європі до Першої світової війни емоційні реакції учасників воєнних дій розглядалися, як правило, у площині понять героїзму і боягузтва. Під впливом психоаналізу, котрий починає в ті роки ставати все більш популярним, центром уваги науковців стає інтрапсихічний конфлікт. Основні принципи медико-психологічної реабілітації вперше були сформульовані вже в роки Першої світової війни: наближеність, негайність, очікуваність (PIE – proximity, immediacy, expectancy). Подальша розробка і доповнення принципів реабілітації осіб із ознаками стресових реакцій склали мнемоніки BICEPS – Brevity (нетривалість), Immediacy (безпосередність), Centrality (централізованість), Expectancy (очікуваність), Proximity (наближеність), Simplicity (простота) та IMPRESS – Immediacy (безпосередність), Military Milieu (захист), Proximity (наближеність), Rest Replenishment (відпочинок), Expectancy (очікуваність), Simplicity (простота), Supervision (нагляд) [305, с. 989-995].

На важливості медико-психологічного супроводження осіб із психосоматичними розладами наголошують всі науковці та практики, які

опікуються цією проблематикою. Його ефективність представлена декількома аспектами: 1) найбільш дієвим є зменшення ступеня стресу за рахунок прийняття особою на себе відповідальності за адекватну поведінку в стресогенній ситуації, запобігання або зменшення впливу стресорів, а також зміни свого до них ставлення; 2) вплив на поведінкові стереотипи особи. Така модифікація надає їй можливість свідомо знижувати ступінь піддатності стресорам ще до того, як вони спричинять стресове реагування.

Зазначимо, що здійснення медико-психологічного супроводження працівників Національної поліції України, схильних до психосоматичних розладів, потребує, насамперед, визначення методологічної парадигми, згідно з якою буде реалізовуватися взаємодія в діаді «психолог – клієнт/група осіб». Як відомо, у теперішній час до найбільш популярних належать сугестивна та раціональна психотерапія, аутогенне тренування, нервово-м'язова релаксація, біхевіоральна терапія, сімейна психотерапія, психоаналіз та глибинно-психологічний підхід та ін.

В найбільш загальному вигляді таке супроводження може бути представлене: а) короткочасною психотерапією, спрямованою на подолання працівником поліції травматичних спогадів і хворобливих переживань шляхом їх перетворення в контрольований зміст людського життєвого досвіду; б) довготривалою психотерапією, що передбачає реалізацію комплексу заходів у формі психотерапевтичного навчання, який складається з наступних компонентів:

- 1) корекція хибних уявлень щодо стресової реакції;
- 2) надання працівникові інформації про загальну природу стресової реакції;
- 3) фокусування на ролі надмірного стресу в розвитку психосоматичного розладу;
- 4) допомога працівникові в самотійному усвідомленні проявів стресової реакції та її характерних симптомів;
- 5) розвиток здатності до самоаналізу для ідентифікації характерних для

нього стресорів;

б) повідомлення психологом працівника поліції про активну роль, яку останній відіграє в подоланні надмірних стресових переживань [309, с. 91-102].

Як вже зазначалося, перший варіант реалізується в разі невідкладного реагування у зв'язку з одержанням психічної травми і передбачає застосування простих психокорекційних методів відновлення життєдіяльності, зокрема, групової співбесіди (debriefing). Його метою є активне подолання афективного компонента психотравми, вербалізація почуттів і переживань, звільнення від емоційної напруженості і відновлення самовладання [115, с. 33-38]. Цей метод активно використовується в психокорекційній роботі служб психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності Національної поліції України [173].

Що стосується довготривалої психотерапії психосоматичних розладів, то в науковій літературі представлений широкий набір психотерапевтичних методів: когнітивно-поведінкові, сімейні і групові методи, кризово-орієнтована психотерапія, гештальт-терапія та ін. [173; 302, с. 165-189; 305, с. 989-995]. На практиці використовується досвід психотерапевтичних співтовариств типу «Анонімні Алкоголіки» та програма реабілітації ветеранів «Дванадцять кроків», що застосовувалася в США та була адаптована російською мовою для колишніх учасників афганської війни [50], а також програма психопрофілактичних і корекційних заходів стосовно працівників МВС України, які пережили посттравматичний стресовий розлад та схильні до психосоматичних розладів, запропонована І. М. Слюсар [229].

Доведено, що проведення психопрофілактичних заходів дозволяє зменшити кількість працівників поліції, які переживають симптоми гострих стресових реакцій після перебування в екстремальних ситуаціях чи хронічного стресу внаслідок специфічних умов професійної діяльності, відповідно, зменшити ризик виникнення у них психосоматичних розладів. Вони передбачають комплексне застосування як групових, так і

індивідуальних методів психокорекції: аутогенне тренування, прогресивна релаксація, психогігієнічний комплекс, індивідуальні консультації з застосовуванням прийомів когнітивної або раціональної психокорекції.

Такий комплекс заходів третинної психопрофілактики, на нашу думку, повинен забезпечуватися психологами спільно з працівниками відомчих медично-реабілітаційних установ МВС України. У зв'язку з вищезазначеним актуальними стають відповіді на запитання: що це за фахівці-психологи і кому вони підпорядковуються?

Безумовно, якщо працівник поліції, який належить до групи підвищеної уваги («групи ризику») через схильність до психосоматичних розладів, перебуває на службі і виконує свої професійні обов'язки, комплекс психопрофілактичних і корекційних (за необхідності) заходів повинен здійснюватися практичними психологами Національної поліції України. Основними напрямками їх впливу є 1) особи, у яких наявна стійка психосоматична симптоматика при відсутності органічних передумов, 2) особи, у яких спостерігаються ознаки гострої психологічної травми чи психологічної кризи; 3) особи, які перенесли декілька малоінтенсивних психотравм; 4) особи з наявними тривалими конфліктними ситуаціями в родині і на роботі; 5) особи з акцентуаціями характеру, переважно, демонстративного та застрягаючого типів; 6) особи з високим рівнем тривожності.

Основними симптомами, встановленими нами за результатами проведеного опитування та підтвердженими за допомогою узагальнення наукових першоджерел, за наявності яких необхідно здійснювати психокорекційну роботу стосовно психосоматичних розладів, є: головні болі та головокружіння, загальна слабкість чи слабкість у різних частинах тіла, болі в області серця та утруднене дихання, розлади діяльності шлунково-кишкового тракту, болі в попереку чи м'язах, тяжкість у кінцівках, напади жару чи ознобу, оніміння чи поколювання в різних частинах тіла, відчуття «клубка в горлі» [9; 140; 184; 221; 226; 240].

Для визначення психогенної природи розладу доцільно використовувати критерії, запропоновані В. Д. Менделевичем: 1) виникнення вищезазначеної симптоматики відразу після психотравми; 2) зміст переживань відображає сюжет психотравмуючої події та не виходить за її межі; 3) в міру часового віддалення від моменту психотравми інтенсивність переживань поступово вгасає [156, с. 325].

В разі, якщо працівник поліції вже перебуває на лікуванні (амбулаторно чи стаціонарно), але результати клінічних досліджень не відповідають змісту та інтенсивності суб'єктивних скарг, а етіологія й патогенез захворювання викликають сумніви лікаря та не цілком відповідають клінічній картині хвороби, вибір стратегії застосування лікувально-реабілітаційних та психокорекційних заходів повинен здійснюватися спільно – клінічним лікарем та медичним психологом, який є штатним співробітником відповідної установи.

Таким чином, ми відповіли на поставлені вище запитання: заходи третинної профілактики повинні здійснюватися або практичним психологом Національної поліції України або медичним психологом поліклініки, госпіталю чи санаторію МВС України – залежно від місця знаходження працівника, схильного до психосоматичних розладів. Заперечення, що посади медичних психологів у теперішній час відсутні або ж їх кількість недостатня, вважаємо суттєвим, але зверненим у минуле: якщо держава та система МВС України дійсно зацікавлена у збереженні працездатності осіб, які перебували/перебувають в стані гострого чи хронічного стресу, внаслідок чого має місце несприятлива динаміка їх психосоматичного статусу, вони повинні знайти належні ресурси для попередження інвалідизації значної кількості працівників (як нами було доведено в р. 3, на наявність симптомів психосоматичного генезу вказали 37,1% осіб із стажем служби в МВС України понад 5 років), які на момент зарахування на службу були цілком здоровими соматично і психічно.

При цьому безумовно також, що проблема збереження здоров'я

правоохоронців повинна вирішуватися на всіх рівнях функціонування – Міністерства внутрішніх справ, обласних, районних УВС, навчальних закладів та ін. Провідна роль тут належить психологам і керівникам всіх рівнів. Разом із цим, активними суб'єктами збереження й зміцнення власного здоров'я повинні бути самі працівники поліції. Тільки за цієї умови можна очікувати належних результатів – адже відомо, що жодні вчителі, вихователі, лікарі, психологи не можуть навчити, виховати, вилікувати, відкорегувати своїх учнів, вихованців, пацієнтів, клієнтів без активної, відповідним чином цілеспрямованої співучасті останніх. Лише активно й наполегливо цілеспрямований суб'єкт, зазвичай, досягає поставленої мети, досягає успіху всупереч несприятливим умовам, перешкодам і протидіям. Отже, в ідеальній перспективі кожен працівник поліції повинен бути не лише об'єктом (для психологів і керівників), але й активним кваліфікованим суб'єктом збереження і зміцнення власного психічного здоров'я, а відтак, і психосоматичного статусу [165, с. 338-357].

Після визначення теоретичних засад медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади, звернемося до практичних аспектів цієї проблеми. Наш досвід надання психологічної допомоги засвідчує, що позитивний ефект може мати застосування комплексу різних технологій і методів, зорієнтованих на найбільш вразливі осередки психосоматичного статусу: подолання тривожності і профілактику та протидію стресовим станам. Ефективне втручання психолога дозволяє не лише зупинити негативну динаміку та нейтралізувати вплив негативних чинників, але й збільшити діапазон адаптивних можливостей людини.

Такий ефект значно зростає при перебуванні працівників Національної поліції України в умовах медичного профілакторію чи денного стаціонару, що має відповідний медико-психологічний комплекс, впродовж 10-14 діб. Це надає можливість спеціального підбору групи осіб, які працюють в подібних умовах професійної діяльності та мають схожі психолого-соматичні проблеми. В таких випадках вони стають «групою підтримки», оскільки

можуть ділитися своїми переживаннями один із одним з вищим рівнем довіри, аніж із іншими людьми. На базі медико-психологічного комплексу стає можливим організація як індивідуальних занять, так і групових сеансів.

Оскільки в системі лікувально-реабілітаційних закладів МВС України категорія осіб із психосоматичною симптоматикою не виділяється і спеціалізована медико-психологічна допомога їм не надається (сказане стосується закладів МОЗ України в цілому), ми впродовж 2010-2014 рр. здійснили спробу медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади, на базі приватного Психологічного центру ЛСК (м. Київ). Вважаємо, що одержані стосовно цивільних осіб результати цілком можуть бути екстрапольовані й на працівників Національної поліції України через тотожність скарг психологічного характеру та вектору динаміки психосоматичного статусу особистості. Відмінності, як засвідчує проведений нами вище психологічний аналіз професійної діяльності, полягають лише в приналежності професії правоохоронця до групи «критичних, екстремальних», тобто більш інтенсивному впливі її психологічно напружених та стресогенних умов на особистість.

Впродовж означеного часу нами було сформовано 14 психотерапевтичних груп загальною кількістю 62 особи (по 4-5 осіб), у віці 34-44 роки, з них чоловіків – 24, жінок – 38; соціальний статус учасників – не піддається узагальненню через нечисленність вибірки, втім, всі вони мають рівень доходів вищий, аніж в середньому по Україні, що відображає загальну тенденцію звертання до платних послуг психологів – консультантів та психотерапевтів. Типовим для всіх клієнтів мотивом звертання до Психологічного центру ЛСК була низька ефективність лікування засобами традиційної медицини та загострення симптомів захворювання у зв'язку з психотравмуючими обставинами (переважно, сімейного та виробничого характеру), хронічна втома та погіршення внаслідок цього стосунків із оточуючими.

Робота з психотерапевтичними групами та окремими особами

здійснювалася в приміщенні Центру, в часовому інтервалі 17-20 год. двічі на тиждень (такий графік був найбільш зручним для працюючих, які складали більшість учасників). Її алгоритм: 1) визначення лікарем поточного функціонального пацієнта та надання йому рекомендацій (за необхідності – призначення медичних засобів чи зміна протоколу їх застосування); 2) групова робота; 3) індивідуальне консультування; 4) виконання учасниками «домашніх завдань» (поза межами означеного вище часу).

Етапами медико-психологічної реабілітації осіб із психосоматичними розладами визначено:

- I – підготовчий (діагностичний);
- II – основний (психотерапевтичний);
- III – заключний (рекомендаційний).

Оскільки така робота здійснювалася на засадах конфіденційності, в подальшому ми будемо звертатися лише до узагальнених її результатів.

На **діагностичному етапі** лікар аналізував результати клінічних аналізів та історію хвороби пацієнта; психолог – здійснював психодіагностичне дослідження, зорієнтоване, переважно, на встановлення актуального психічного стану особи. В психодіагностичний комплекс були включені наступні психологічні методики:

- діагностична бесіда;
- колірний тест М. Люшера, на основі якого встановлювався показник сумарного відхилення від аутогенної норми (СВ) та вегетативний коефіцієнт (КВ);
- методика діагностики самопочуття, активності, настрою (САН);
- методика Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна для оцінки ситуативної та особистісної тривожності;
- тест Т. Лірі для дослідження уявлень суб'єкта про себе та ідеальне «Я», а також встановлення домінуючого типу ставлення до людей;
- стандартні фізіологічні проби Штанге і Генча, спрямовані на вивчення функціонального стану і резервних можливостей організму [180].

При проведенні діагностичної бесіди важливо здійснювати її на засадах активного слухання, а саме: всю увагу приділяти лише клієнту, сидіти зручно і без напруги; переповторювати сказане, щоб він переконався, що його дійсно зрозуміли і нічого не пропустили; не перебивати співрозмовника і починати говорити лише тоді, коли він замовкне; говорити безоціночно; вимовляти лише позитивно-конструктивні фрази. Слід також звертати увагу на особливості невербальної комунікації, аби в подальшому адекватно розуміти прояви психоемоційних станів клієнта.

Узагальнені результати за тестом М. Люшера, методикою САН, опитувальником Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна та тестом Т. Лірі загалом співпадають із одержаними нами на психодіагностичному етапі дисертаційної роботи (див. розділ 3), тому ми не будемо на них тут зупинятися (а якщо точніше, то їх релевантність завданням дослідження стала одним із аргументів для залучення до обраної нами пізніше батареї методик). Що ж стосується проб Штанге і Генча, то узагальнений результат за першою з них – задовільний (40-49 сек.), за другою – також задовільний (35-39 сек.).

На **психотерапевтичному етапі** проводилося психологічне консультування та сеанси психотерапії.

Ми вважаємо *психологічне консультування* одним із різновидів психологічної допомоги, що змістовно є відносинами допомоги між психологом і особою, у якої наявні ознаки психосоматичних розладів, надання їй допомоги в оптимізації своєї психічної активності, в подоланні несприятливих психічних станів, в розвитку специфічних життєвих умінь, в організації самовиховання та ін.

Основними етичними принципами психологічного консультування є наступні [6; 117; 172 та ін.].

1. *Доброзичливе і безоціночне ставлення до клієнта* – професійна поведінка, спрямована на те, щоб клієнт почувався спокійно та комфортно.
2. *Орієнтація психолога на норми і цінності клієнта* – психолог

орієнтується на норми і цінності клієнта, а не на соціально прийнятні вимоги і правила, що дозволяє йому бути щирим і відкритим. Прийняття цінностей клієнта та повага до них є не тільки можливістю підтримати його, але дозволяють також впливати на них у майбутньому, якщо з'ясується, що вони заважають нормальній життєдіяльності людини.

3. *Заборона надавати поради* – психолог, попри наявність професійного і життєвого досвіду, не може надати гарантовано правильну пораду клієнту хоча б тому, що життя клієнта унікальне й непередбачуване, і лише він сам є основною діючою особою та експертом у ньому. Окрім того, надати пораду – це прийняти відповідальність на себе, що не сприяє розвитку особистості, навпаки, спричинює пасивність та поверхове ставлення до проблеми. Психолог повинен бути експертом в інших сферах, зокрема, в побудуванні стосунків із клієнтом.

4. *Анонімність* – жодна інформація не може бути повідомлена іншим особам, в тому числі близьким родичам і друзям, без згоди клієнта. Існують лише виключення, обумовлені законодавчо, про які його потрібно завчасно попереджувати.

5. *Розмежування професійних і особистих стосунків* – вимога, пов'язана з наявністю певних психологічних феноменів, що впливають на процес психологічної допомоги, зокрема, йдеться про феномени переносу та контрпереносу. Необхідність дотримання цієї вимоги безумовна, і якщо особисті стосунки все ж виникають, слід якомога швидше (так, щоб не нанести клієнту додаткової психологічної травми) припинити надання психологічної допомоги.

Основними критеріями досягнення цілей психологічного консультування ми вважаємо:

1) *задоволеність клієнта*, тобто поява в нього відчуття полегшення, зменшення інтенсивності негативних емоційних переживань, стабілізація психосоматичного статусу;

2) *прийняття клієнтом відповідальності* за те, що відбувається з ним.

В науковій літературі можна зустріти точку зору, що цілі консультиування поділяються на:

- цілі, пов'язані з виправленням чогось (корекція);
- цілі, що сприяють особистісному зростанню та розвитку [171; 180 та ін.].

Ми цілком згодні з такою позицією. Дійсно, межа між виправленням (корекція) і розвитком (консультиування) досить умовна: в процесі виправлення особливостей психологічного розвитку, що не відповідають оптимальній моделі адаптації до умов життєдіяльності, відбувається формування властивостей і якостей, необхідних для підвищення рівня соціалізованості та адаптованості особистості; і навпаки, консультанти, фокусуючи свою увагу на вирішенні завдань розвитку, сприяють нейтралізації негативних рис та підсиленню позитивних, тобто корегують особистість. Загалом корекція та консультиування спрямовані на реалізацію профілактичних функцій, тобто досягнення клієнтом стану психологічного комфорту.

Втім, відмінність між цими двома різновидами психологічної допомоги все ж існує: при консультиуванні особливе значення надається підвищенню особистої відповідальності клієнтів за власне життя. Для цього створюється ситуація вибору, котрий надає їм можливість відчувати, мислити й діяти найбільш ефективно для досягнення своїх цілей. Кінцева мета консультиування – навчити людину допомагати самій собі, тобто стати власним консультантом.

Психотерапія – комплексне використання репертуару методів і засобів психологічного впливу задля задіяння глибинних особистісних механізмів та кардинальної перебудови особистості.

Ми вбачаємо наступні відмінності між психологічним консультиуванням і психотерапією:

- консультанти прагнуть допомогти людині в використанні наявних ресурсів для поліпшення якості їх життя за рахунок інформування і

пояснення;

- психотерапевти акцентують увагу на особистісних змінах. Вони мають справу з більш глибокими психологічними проблемами, що потребують інтенсивного психологічного втручання.

Як зазначають фахівці, відмінності між психологічним консультуванням і психотерапевтичною допомогою проявляються в специфіці скарг і очікувань від співпраці з психологом, а також у локусі контролю цих скарг: потенційні клієнти консультантів, звичайно, підкреслюють негативну роль інших людей у виникненні їх проблем, клієнти психотерапевтів – власну нездатність контролювати і регулювати свої внутрішні стани, потреби, бажання та деякі форми поведінки [6; 172 та ін.].

Отже, з певним ступенем умовності можна стверджувати, що консультанти працюють із свідомістю клієнта, а психотерапевти – із його підсвідомістю. Це дозволяє нам аргументувати необхідність їх комплексного та послідовного в часі застосування у процесі надання психологічної допомоги особам із психосоматичними розладами.

Ми вважаємо беззмістовною дискусію з приводу того, хто є суб'єктом психотерапії – лікар чи психолог (як варіант – чи може особа без медичної освіти практикувати в площині психотерапії). Важливо розуміти, що психотерапія поділяється на клінічно-орієнтовану – спрямовану на пом'якшення чи ліквідацію негативної психічної симптоматики та особистісно-орієнтовану – зорієнтовану на зміну особою свого ставлення до соціального оточення і самої себе. В першому випадку процедура психотерапії здійснюється лікарем-психотерапевтом та передбачає супутнє психофармакологічне супроводження; в другому – психологом-психотерапевтом, який використовує одну чи декілька психологічних парадигм (психоаналіз, гештальт-терапія, інтерперсональна психотерапія, клієнт-центрована терапія, тілесно-орієнтована психотерапія, раціонально-емоційно-поведінкова терапія, когнітивна психотерапія, екзистенціальна психотерапія та ін.).

Особистісно-орієнтована терапія найчастіше звернена до особистісних проблем, що межують із порушеннями психіки, з чим пов'язані внутрішньоособистісні конфлікти, тяжкі переживання, порушення спілкування та соціальної поведінки, зміни свідомості і самосвідомості тощо.

Втім, в обох випадках можуть використовуватися традиційні методи психологічної саморегуляції (аутогенне тренування, медитація тощо) та різні види і техніки навіювання (в тому числі гіпноз, недирективний гіпноз М. Еріксона, нейролінгвістичне програмування), але з відмінними цілями: для зняття чи полегшення симптомів хвороби або ж для створення умов оптимального функціонування особистості та покращення стосунків із оточуючими.

Оскільки наші клієнти висловлювали скарги стосовно більш чи менш розгорнутої психосоматичної симптоматики, процедура індивідуального психологічного консультування і психотерапії передбачала медичне супроводження у формі фізіотерапії (вплив кольору та музики, ароматерапія та фітотерапія) та рефлексопрофілактики (масаж, точковий масаж, акупресурний масаж – шіацу) з реєстрацією біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ). Як зазначається в спеціальній літературі, використання цих методів покращує психоемоційний стан та вегетативне забезпечення діяльності організму, оскільки дозволяє знаходити енергетично більш вигідні варіанти підтримання гомеостазу внутрішнього середовища, в загальному вигляді – протидіє професійному стресу шляхом підвищення адаптивних можливостей організму, зняття втоми та відновлення працездатності [54; 152; 216 та ін.].

Ми надаємо особливого значення рефлексопрофілактиці при корекції психосоматичних розладів: масаж чи будь-який інший тілесний контакт, окрім безпосереднього впливу на психофізіологічний стан людини, активізує глибинні рівні свідомості. На наше переконання, психічна травматизація настає саме в тих випадках, коли зовнішнього відреагування на екстремальну для людини ситуацію виявилось недостатньо для нейтралізації супроводжуючої її емоційного стану. Внаслідок таких глибинних переживань

втрачається почуття захищеності (почуття «базової довіри до світу»), основа якого закладається в дитинстві завдяки позитивним тілесним контактам із дорослими. Психотерапевтичний тілесний контакт допомагає «повернути» первісний онтогенетичний досвід та відновити відчуття надійності та підтримки, долає емоційну відчуженість та нездатність до емоційно-близьких стосунків із оточуючими.

Біологічний зворотний зв'язок (БЗЗ) – використання певного інструментарію для одержання інформації про стан організму та динаміку різних функціональних його систем. В якості такого інструментарію може бути використаний електроенцефалограф, електрокардіограф, електроміограф, прилад для виміру шкірно-гальванічного рефлексу, тобто фактично будь-який прилад із арсеналу сучасної медицини та психофізіології. Виміри об'єктивних показників створюють можливість реалізації механізму саморегуляції, забезпечують контроль над такими фізіологічними процесами, які не піддаються довільній перевірці. БЗЗ є методом накопичення інформації про відповідність паттернів певних функцій нормотипу функціональних станів.

БЗЗ складається з трьох етапів: вимір фізіологічних параметрів, переведення цих результатів у доступну форму і повідомлення про них людину, яка навчається контролювати процеси свого організму.

Хоча досі не існує достатніх аргументів для пояснення, як люди контролюють фізіологічні параметри, сама можливість такого контролю вже не є приводом для дискусій. Але якщо людина здатна збільшувати та зменшувати частоту серцебиття чи артеріальний тиск, вона, тим більше, здатна контролювати й власну поведінку та самопочуття: важливо лише прийняти на себе відповідальність за вибір того чи іншого способу дій. Експериментально доведено, що застосування БЗЗ ефективно при наданні психологічної допомоги у випадках високої тривожності, синдрому вигорання, кашлю психогенного походження, при корекції локусу контролю, регуляції психічного стану та афективних розладів [57, с. 253]. Як бачимо,

цей ряд цілком можна несуперечливо доповнити психосоматичними розладами.

Другий (основний, психотерапевтичний) етап медико-психологічної реабілітації осіб із психосоматичними розладами передбачав, окрім індивідуальної роботи, проведення групових занять. Ми свідомо уникаємо популярного в сучасній психологічній літературі поняття «тренінгу», оскільки специфічна категорія клієнтів потребує, на наше переконання, й особливих підходів, в той час як тренінгова процедура передбачає розгортання процесу навчання учасників у межах досить жорсткого алгоритму.

Мета проведення таких групових занять визначалася необхідністю вирішення декількох завдань:

- 1) оволодіння вміннями управління тривожністю;
- 2) оволодіння вміннями релаксації;
- 3) оволодіння вміннями самомасажу.

У межах означеного вище часу кожне завдання вирішувалося впродовж 2 днів занять, тобто одного тижня; кожен день завершувався розгорнутими самозвітами учасників стосовно свого психоемоційного стану на початку, впродовж та по завершенню занять, а також груповим обговоренням одержаних результатів. Таким чином, вся процедура медико-психологічної реабілітації осіб із психосоматичними розладами, включно з діагностичним та рекомендаційним етапами, завершувалася впродовж одного місяця.

1. *Оволодіння вміннями управління тривожністю* – до найбільш ефективних технік подолання особистісної тривожності, на нашу думку, належать «пристосування до ситуації», «переіменування», «розмова з самим собою», «зупинка думок» та систематична десенситизація. При цьому під особистісною тривожністю ми розуміємо наявність схильності до ірраціональних страхів, що супроводжується станом напруженості, занепокоєнням, прагненням уникнути чогось неприємного а також активацією автономної нервової системи.

Пристосування до ситуації – полягає в завчасному ознайомленні з особливостями оточуючого середовища та з'ясуванні його дійсної, а не уявної небезпечності; переіменування – фокусування на позитивних аспектах події; розмова з самим собою – встановлення ступеня ймовірності розвитку ситуації в негативному напрямі та настання небажаних наслідків; зупинка думок – застосування прийомів релаксації при виникненні негативних думок; систематична десенситизація – визначення ієрархії ситуацій, що призводять до виникнення тривожності, та послідовне їх подолання в стані релаксації.

2. *Техніки релаксації* в нашому медико-психологічному реабілітаційному комплексі представлені:

- діафрагмальним диханням;
- «мисленнєвим скануванням тіла»;
- рефлексом заспокоєння;
- станом усвідомлення.

Це не означає, що ми недооцінюємо значущість традиційних методів аутогенного тренування (АТ І. Шульца, комплекс активної релаксації Дж. Еверлі та Р. Розенфельда, методика прогресивної релаксації Е. Джекобсона, психорегулююче тренування Л. Д. Гіссена, релаксуюче тренування Г. Д. Горбунова, психом'язове тренування А. В. Алексєєва та ін.). Вони представлені в науковій літературі і, за необхідності, можуть бути застосовані при наданні психологічної допомоги особам із психосоматичними розладами. Критерієм обрання саме цих технік була простота їх засвоєння та застосування. Окрім того, наші клієнти вже пройшли певний шлях спроб позбавлення від негативних переживань, в тому числі й ознайомлення з вищезазначеними методами. Обрані нами техніки їм не були відомі, отже, не викликали небажаних асоціацій.

Сутність діафрагмального дихання – активне включення в процес дихання діафрагми та м'язів живота; «мисленнєве сканування тіла» – визначення відносно розслабленої частини тіла та перенесення цього відчуття на найбільш напружені ділянки тіла [57, с. 256].

Рефлекс заспокоєння – передбачає послідовне проходження наступних кроків: 1) підтримання рівного і глибокого дихання; 2) позитивний вираз обличчя; 3) баланс осанки; 4) «хвиля релаксації»; 5) свідомий контроль.

Стан усвідомлення – фокусування уваги на актуальному моменті буття («тут і тепер»): замість думати, «що буде, якщо...», слід фокусуватися на тому, «що є». Як зазначає Д. Грінберг, деякі люди доходять до кінця життя, так і не переживаючи по справжньому свій життєвий шлях [57, с. 259].

Ідея усвідомлення присутня не лише в психології, але також у всіх релігійних доктринах та філософських теоріях. Зокрема, А. Камю стверджує: *те, хто ми є, набагато важливе того, що ми робимо* [94]. Оскільки психосоматичний розлад завжди пов'язаний із переживаннями минулого, усвідомлення теперішнього є дієвим засобом його нейтралізації.

3. *Оволодіння вміннями самомасажу* – є корисним для будь-якої людини, оскільки покращує постачання органів киснем і поживними речовинами, прискорює виведення з організму продуктів розпаду.

Особам із схильністю до психосоматичних розладів бажано щоденно проводити загальний масаж кінцівок (від кінчиків пальців до центру, оминаючи лімфатичні вузли) та грудну клітину (від центру до пахової западини), шию (від межі волосся до спини). Для відновлення функціонального стану можна також здійснювати точковий масаж, впливаючи таким чином на біологічно активні точки.

Ми вважаємо, що в своїй сукупності оволодіння вміннями управління тривожністю, релаксації та самомасаж є ефективною технікою протидії стресу, тобто здатні впливати на глибинні структури особистості, що породжують схильність до психосоматичних розладів.

Рекомендаційний етап медико-психологічної реабілітації розпочинається зі здійснення підсумкової діагностики соматичного стану (згідно з результатами попередніх та заключних клінічних аналізів, оглядів лікаря та порівняння наявних скарг клієнтів та їх оцінки свого стану здоров'я). Суттєві позитивні зміни психосоматичного статусу мали місце у

22 із 62 осіб (10 чоловіків та 12 жінок), певні позитивні зміни – у 25 осіб (6 чоловіків та 19 жінок), відсутність змін при загальному покращенні самовідчуття – у 15 осіб (8 чоловіків та 7 жінок); не зафіксовано жодного випадку погіршення стану здоров'я.

Згідно з результатами підсумкового психодіагностичного дослідження, констатована суттєва позитивна динаміка результатів за колірним тестом М. Люшера (особливо виразна за виборами зеленого та коричневого кольорів – +1,5 та +1,6 відповідно) та методикою САН (середні бали за шкалами «самооцінка», «активність», «настрій» зросли відповідно до 4,2, 4,8 та 4,8 балів), наявність певних змін за методикою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (динаміка за показником ситуативної тривожності – -7 балів, особистісної тривожності – -4 бали); результати за тестом Т. Лірі залишалися практично незмінними (середні значення «реального Я-образу» за I-IV октантами зросли на 0,4 бали, за V-VIII октантами – зменшилися на 0,9 бали).

Після завершення діагностичної частини зазначеного етапу проводилося обговорення досягнутих позитивних змін: спочатку при індивідуальній співбесіді (у форматі – психолог, лікар, клієнт), потім – у групі. З'ясовувалися найбільш вагомі здобутки здійсненої медико-психологічної реабілітації, її найскладніші та дискусійні моменти, побажання щодо вдосконалення процедури, після чого кожному з учасників надавалися рекомендації стосовно подальшої самостійної роботи.

В найбільш загальному вигляді такі рекомендації передбачали практикування самомасажу та певних елементів тілесно-орієнтованої психотерапії.

Ми вважаємо одержані результати достатньо переконливими для того, щоб рекомендувати апробований нами комплекс медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади, для впровадження на рівні МВС України.

Для профілактики психосоматичних розладів і з врахуванням специфіки професійної діяльності та професійної (професійно-психологічної) підготовки,

вважаємо за доцільне під час занять із фізичної підготовки використовувати по можливості більше число вправ, що передбачають тілесний контакт, виконуються вдвох чи більше особами. Корисним є оволодіння основними навичками масажу та самомасажу, оскільки він не лише чинить оздоровчий вплив на організм, але й сприяє процесам релаксації. Тілесний контакт між людьми формує емпатію, почуття емоційної спільності, долає відчуженість у спілкуванні. Таким чином, якщо масаж та інші різновиди тілесного контакту стануть звичними для підрозділів поліції, працівникам буде простіше розуміти один одного, ділитися своїми переживаннями, вони будуть відчувати більшу емоційну підтримку.

Найбільш ефективним буде такий комплексний вплив, коли після фізичних вправ виконується масаж, потім проводиться сеанс релаксації, а потім – групові вправи з арсеналу тілесно-орієнтованої психотерапії під керівництвом психолога чи спеціально навченого інструктора [18; 23; 59; 109; 132; 152; 216; 221; 240; 266].

Звернення практичних психологів Національної поліції України до можливостей тілесно-орієнтованої психотерапії у процесі психопрофілактики психосоматичних розладів працівників ми вважаємо особливо важливим: особливості професіогенезу цієї категорії осіб з великою ймовірністю спричиняють пригнічення відчуттів тіла (частіше негативних та руйнівних), втрату глибини переживань, зубожіння діапазону емоцій чи підсилення їх хаотичності. Емоційно значущі переживання «врастають у пам'ять тіла» і фіксуються в ньому, блокуючи життєву енергію та емоції; обмежують рухливість і ресурси життєздатності тіла; призводять до розвитку психосоматичних захворювань. Психологічно втрата контакту з тілом тотожна втраті контакту самим собою.

Вищезазначені техніки, методи і методики протидії стресогенним і психотравмуючим чинникам професійної діяльності можуть бути доповнені окремими прийомами, а саме: самоспостереження, самозвіт, самосповідь, самопереконання, самонаказ, самопідкріплення, самозаохочення та ін.

Безумовно, що науково-методичне забезпечення медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади, потребує подальшого опрацювання й удосконалення. Одна з основних проблем тут – визначення й уточнення взаємозв'язків тих психофізіологічних і індивідуально-психологічних механізмів, що відповідальні за довільну саморегуляцію психосоматичного стану особистості. Окрім того, така саморегуляція, на наше переконання, здатна призводити й до позитивної динаміки сталих типологічних та особистісних особливостей.

Вважаємо, що одержані нами результати щодо медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади, можуть бути екстрапольовані на працівників Національної поліції України через тотожність скарг психологічного характеру та вектору динаміки психосоматичного статусу особистості. Типовим для всіх клієнтів мотивом стала низька ефективність лікування засобами традиційної медицини та загострення симптомів захворювання у зв'язку з психотравмуючими обставинами (переважно, сімейного та виробничого характеру), хронічна втома та погіршення внаслідок цього стосунків із оточуючими.

Медико-психологічна реабілітація осіб із психосоматичними розладами здійснювалася нами впродовж трьох етапів: I – підготовчий (діагностичний); II – основний (психотерапевтичний); III – заключний (рекомендаційний).

На діагностичному етапі лікар аналізував результати клінічних аналізів та історію хвороби пацієнта; психолог – здійснював психодіагностичне дослідження, зорієнтоване, переважно, на встановлення актуального психічного стану особи. В психодіагностичний комплекс були включені наступні психологічні методики: діагностична бесіда; колірний тест М. Люшера для встановлення показника сумарного відхилення від аутогенної норми (СВ) та вегетативного коефіцієнту (КВ); методика діагностики самопочуття, активності, настрою (САН); методика Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна; тест Т. Лірі; стандартні фізіологічні проби Штанге і Генча, спрямовані на вивчення функціонального стану і резервних можливостей організму.

Висновки до розділу 5

Узагальнюючи вищезазначене, підкреслимо, що схильність до психосоматичних розладів є динамічним психологічним феноменом, що характеризується як здатністю мінімізуватися до нормотипового психосоматичного стану, так обтяжуватися та розвиватися у напрямі психосоматичного захворювання. Психосоматичне захворювання, в свою чергу, закономірно інвалідизує людину та змінює соціальну ситуацію її розвитку: а) зменшуються операціональні та енергетичні можливості здійснення діяльності, що негативно впливає на її ефективність; б) обмежується коло спілкування, деформується ставлення до оточуючих та професійної діяльності в цілому; в) змінюється характер орієнтації на майбутнє («ескіз майбутнього»). Тому розвиток психопрофілактичного напрямку в системі психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності Національної поліції України актуалізує завдання вивчення сутності психосоматичних розладів.

Звертаючись до напрямів та засобів психологічного забезпечення профілактики психосоматичних розладів працівників поліції, можемо сформулювати такі висновки.

1. Основою єдиної концептуальної теорії профілактики психосоматичних розладів в Національній поліції України є наступні принципи: принцип превентивності, принцип своєчасності і наближеності, принцип вибірковості, принцип повної участі особового складу підрозділу, принцип збереження службового стереотипу, принцип розумної достатності.

2. В моделі особистості працівника поліції, схильного до психосоматичних розладів, провідного значення набувають ознаки, пов'язані з особливостями емоційно-вольового реагування на психотравмуючі ситуації. Це означає, що до переліку психодіагностичних методик, які застосовуються при проведенні професійного психологічного відбору, слід включити інструментарій, здатний максимально повно зафіксувати

особливості та рівень розвитку емоційного інтелекту (тест Дж. Мейера – П. Селовея – Д. Карузо MSCEIT v 2.0, опитувальник емоційного інтелекту ЕмІн Д. В. Люсіна).

3. Психокорекційна робота з особами, схильними до психосоматичних розладів, повинна базуватися на наступних положеннях: 1) найбільш розповсюджені психотравмуючі обставини сьогодення представлені не екстремальними ситуаціями, а конфліктними стосунками; 2) бажання відтермінувати небезпеку чи неприємність породжує парадоксальне в звичайних умовах прагнення до фіксації напруження, яке й створює передумови для «старту» гострого психосоматичного розладу; 3) причиною психосоматичних розладів працівників поліції стають не самі по собі зовнішні обставини, а певні типи адаптації (псевдоадаптація).

4. Основними структурними компонентами психологічної корекції станів особистості, що спричиняють психосоматичні розлади, є: 1) формування вміння усвідомлювати не лише негативні, але й позитивні аспекти психотравмуючої ситуації; 2) формування вміння цінувати свої досягнення; 3) формування вміння цілісного усвідомлення; 4) формування вмінь нейтралізації несприятливих особливостей поведінкової активності; 5) формування самоповаги та рішучості.

5. На психотерапевтичному етапі медико-психологічного супроводження осіб, схильних до психосоматичних розладів, доцільно здійснювати психологічне консультування та проводити сеанси психотерапії. Основними критеріями досягнення їх цілей визначено: 1) задоволеність клієнта, тобто поява в нього відчуття полегшення, зменшення інтенсивності негативних емоційних переживань, стабілізація психосоматичного статусу; 2) прийняття клієнтом відповідальності за те, що відбувається з ним.

6. Процедура індивідуального психологічного консультування і психотерапії передбачає медичне супроводження у формі фізіотерапії (вплив кольору та музики, ароматерапія та фітотерапія) та рефлексопрофілактики (масаж, точковий масаж, акупресурний масаж – шіацу) з реєстрацією

біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ).

7. На психотерапевтичному етапі обов'язковими є групові заняття, мета яких визначається необхідністю оволодіння вміннями управління тривожністю; вміннями релаксації; вміннями самомасажу. В своїй сукупності такі вміння є ефективною технікою протидії стресу, тобто здатні впливати на глибинні структури особистості, що породжують схильність до психосоматичних розладів. При цьому кожен день завершується розгорнутими самозвітами учасників стосовно свого психоемоційного стану на початку, впродовж та по завершенню занять, а також груповим обговоренням одержаних результатів.

8. Рекомендаційний етап медико-психологічної реабілітації повинен розпочинатися зі здійснення підсумкової діагностики соматичного та психічного стану клієнтів. Лікар констатує наявність позитивних змін або ж загальне покращення самовідчуття; психолог – динаміку результатів за колірним тестом М. Люшера та методикою САН, наявність чи відсутність певних змін за методикою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна та тестом Т. Лірі.

На завершення проводиться обговорення досягнутих змін: спочатку при індивідуальній співбесіді (у форматі – психолог, лікар, клієнт), потім – у групі. З'ясовуються найбільш вагомі здобутки здійсненої медико-психологічної реабілітації, її найскладніші та дискусійні моменти, побажання щодо вдосконалення процедури, після чого кожному з учасників надаються рекомендації стосовно подальшої самостійної роботи.

ВИСНОВКИ

Одержані в процесі дослідження наукові результати підтверджують покладену в його основу гіпотезу, а реалізовані мета й задачі дають підстави для висновків і рекомендацій, що мають як теоретичне, так і прикладне значення. Найсуттєвішими з них є такі.

1. Історія становлення уявлень про психосоматичний статус особистості представлена такими основними етапами: 1) з давніх часів (Стародавній Китай та Стародавня Індія) до античної Греції (Гіппократ, Сократ, Аристотель, Цицерон), причому сам термін «психосоматика» має давньогрецьке походження, а першою спробою визначення психосоматичного статусу особистості слід вважати поняття «ентелехія», запроваджене Аристотелем; 2) XVII–XIX ст. (Р. Декарт, Б. Спіноза), коли вважалося, що душевні і фізичні сили об'єднані суто в божих руках, а стан душі визначає й гармонійність тіла і життя особи; 3) XIX ст. (І. Хайнрот, М. Якобі, Ф. Дойч, Н. Грот, Ф. Крюгер та ін.) – перші спроби наукового вивчення впливу емоційних змін на здоров'я людини та пояснення причин низки захворювань психогеніями; 4) перша половина XX ст. (Ш. Ференці, В. Вайцзаккер, Ф. Дойч, Ф. Александер, Ю. В. Каннабіх, В. М. Бехтерев та ін.) – становлення західноєвропейської, російської та американської шкіл психосоматики; 5) друга половина XX ст. – початок XXI ст.

2. Психосоматичні розлади – проміжна ланка між психосоматичною нормою (стан фізичного здоров'я та психологічного благополуччя) та психосоматичним захворюванням. Вони є результатом негативного впливу специфічних особливостей емоційного реагування особистості на стресогенну ситуацію, а також гострої чи хронічної психологічної травми на функціонування органів та їх систем.

3. Основні ознаки психосоматичних розладів: а) мають функціональний, а не органічний характер; б) викликаються надсильним для

конкретної особи стимулом, який слугує певним «спусковим гачком»; в) становлять собою неадекватну реакцію організму на стимул; г) ґрунтуються на механізмі фіксованих реакцій та характеризуються порушенням у свідомості (особа живе не сьогоденням, а переживаннями минулих подій).

4. Методологічні підходи в дослідженні психосоматичного статусу особистості повинні ґрунтуватися на загальних методологічних засадах наукового пошуку – фундаментальних принципах, за допомогою яких забезпечується єдність і цілісність методології дослідження (принципи об'єктивності, комплексності, конкретності, методологічного плюралізму та ін.); принципах, що визначають особливості наукового пошуку в межах психологічного знання (принципи детермінізму, єдності свідомості і діяльності, розвитку та ін.); сукупності методів, що забезпечували б релевантність одержаних результатів сформульованим завданням. Це дозволяє реалізувати ґносеологічну, рефлексивну, творчо-евристичну та праксеологічну функції наукового пізнання.

5. Особистість, схильну до психосоматичних розладів, слід розглядати як особливу відкриту систему, якій притаманні властивості різного рівня складності, що мають складну ієрархію та перебувають у стані динамічної рівноваги. Детермінантами розвитку такої особистості можуть виступати явища у площині як психічної, так і позапсихічної (природної, соціальної) взаємодії. Схильність до психосоматичних розладів має нелінійну системно-динамічну детермінованість, тобто передбачає постійні зміни у співвідношеннях між її чинниками, причинами та умовами. Динаміка особистості залежить не від окремих подій, а від їх сукупності – ситуацій професійної діяльності. При цьому ситуації постійно змінюються в результаті активності суб'єкта діяльності, що визначає необхідність застосування особистісно-діяльнісної парадигми при її дослідженні.

6. Соціальні детермінанти діяльності Національної поліції України в сучасній Україні є складним та суперечливим відображенням суспільних

макропроцесів, політичних та економічних перетворень, змін суспільної свідомості та вимог громадянського суспільства стосовно діяльності правоохоронних органів загалом та окремих її представників зокрема, подекуди – наслідком волюнтаристичних рішень можновладців, що декларуються як реформування, а насправді мають на меті якнайшвидше задоволення потреб певної соціальної групи чи прошарку.

7. Наявність правової регламентації діяльності, що передбачає підпорядкування суворо встановленим нормам закону й обов'язкове їх виконання, та владних повноважень, тобто наявність права та обов'язку застосовувати владу від імені закону, призводить до виникнення у працівника психологічного стану підвищеної відповідальності, а необхідність прийняття виважених рішень – стану психологічної напруженості. Такі емоційні стани є стресогенними чинниками, що детермінують розвиток хронічних стресових переживань.

8. Працівник Національної поліції України при здійсненні професійної комунікації повинен діяти відповідно до норм закону та у визначених межах. Ця обставина, позитивна в загальному сенсі, стає додатковим негативним стимулом, оскільки подолання відповідних емоцій потребує від особи значних вольових зусиль. Систематичні та інтенсивні негативні емоції призводять до виникнення стану емоційної напруженості та небажаних трансформацій особистості (переважання стереотипного реагування на ситуацію, втрата пильності тощо), а в подальшому – до переносу негативних новоутворень на неслужбову сферу і суперечностей у найближчому оточенні.

9. У сучасній Україні наявні вищі, порівняно з іншими видами діяльності, вимоги суспільства до особистісних властивостей працівників правоохоронних органів, що є екстраполяцією оцінки ступеня їх впливовості (потенційного чи актуального) на життєдіяльність кожної окремої людини та соціуму загалом. При цьому імідж фахівця зумовлює ставлення суспільства до змісту та результатів його діяльності й визначає ступінь готовності населення до взаємодії з правоохоронними органами загалом. Сучасний

імідж працівника Національної поліції України наділений низкою негативних рис, що прямо чи опосередковано визначає зниження престижності професійної діяльності, «розмивання» професійного ядра в службах і підрозділах унаслідок високої плинності кадрів.

10. При виконанні професійних обов'язків працівник Національної поліції України повинен спілкуватися з представниками різних вікових категорій та професій, з людьми, які мають різний соціальний і правовий статус у суспільстві. Це набуває особливого значення в сучасних умовах, за яких панує низький рівень довіри населення до правоохоронних органів загалом. Соціально-психологічними особливостями професійної взаємодії працівників є: а) необхідність співпраці з кримінально зараженими елементами, несумлінними потерпілими й свідками – особами, які дають свідомо неправдиві свідчення або відмовляються від дачі показань; б) часте виникнення гостро конфліктних ситуацій, що спричинюється протистоянням суб'єктів правоохоронної діяльності та представників злочинного світу у зв'язку з різноспрямованістю їх цілей, проекція конфліктних взаємовідносин злочинця із законом на конкретну особу – працівника Національної поліції України; в) наявність ситуацій службової діяльності, що характеризуються перманентним балансом власного уявлення про справедливість та рівноправність і соціальними, політичними, правовими реаліями.

11. У професійному середовищі Національної поліції України наявна низка соціально-професійних суперечностей: між динамікою професійних завдань, вимогами до професії та внутрішньою неготовністю співробітників до її здійснення; між невизначеністю законодавчої й правоохоронної політики в державі, морально-ідеологічними установками суспільства та прагненням співробітника займати чітку й визначену позицію; між природною особистісною потребою в самореалізації та неможливістю її реального досягнення в умовах, що склалися.

12. Найбільш загальним підходом до пояснення взаємозв'язку між стресогенними чинниками професійної діяльності та психосоматичним

статусом працівника є концепція адаптаційних механізмів людської психіки. Деадаптація стосується передусім емоційно-когнітивних процесів, що призводить до загального зниження адекватності функціонування психічної сфери та виникнення психічного напруження, далі – до зниження ефективності діяльності та її дезінтеграції. Зазначена дезінтеграція може виявлятися в таких формах: збудливій (метушливість, функціонально не виправдане звертання до раніше напрацьованих стереотипів дій), гальмівній (уповільнення психічної активності, почуття байдужості та приреченості). Подальша динаміка психічної деадаптації призводить до розладів психофізіологічної адаптації.

13. Тривале перебування в стані психоемоційного напруження, безвідносно до його усвідомлення, не лише виснажує адаптаційні механізми, а й поступово змінює світосприйняття загалом і, таким чином, збільшує схильність до психосоматичних розладів. Для їх виникнення необхідним є вплив додаткового чинника («останньої краплі»), яким може стати будь-яка об'єктивно незначна, але суб'єктивно значуща для особи подія чи враження.

14. Симптом психосоматичних розладів при емоційному вигоранні виявляється на рівні фізичного і психічного самопочуття. За його наявності навіть думка про професійну діяльність здатна викликати поганий настрій, негативні асоціації, безсоння, почуття страху, неприємні відчуття в області серця, судинні реакції, загострення хронічних захворювань. Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматики свідчить про те, що емоційний захист самостійно вже не справляється з навантаженнями, й енергія емоцій перерозподіляється між іншими підсистемами.

15. Підґрунтям виникнення психосоматичних розладів є відчуття браку підтримки в житті – недостатнє взаєморозуміння в родині та з оточенням; відсутність життестійкості; втрата віри у здатність реалізувати свій потенціал; схильність звинувачувати себе за негаразди у службовій діяльності та референтному оточенні; відчуття безпорадності та

беззахисності, нездатності протистояти професійним та життєвим труднощам.

16. Дисбаланс емоційної сфери осіб, схильних до психосоматичних розладів, є наслідком пересторог у зв'язку з упровадженням в правоохоронну діяльність різноманітних новацій, нав'язливих декларацій щодо необхідності реформування МВС України, належним чином не підкріплених ні в організаційно-правовому, ні в матеріально-технічному сенсі; браком відвертих стосунків, недовірою до надійності свого соціального становища, почуттям небезпеки та іншими емоціями, що підтримують організм у стані постійного мобілізаційного напруження; наявності «безвихідних» ситуацій, що виникають через колізії між нормами права та спробами третіх осіб вирішити певні проблеми із застосуванням методів і засобів, які перебувають поза межами правового поля.

17. Перша група взаємозв'язків у структурі психосоматичного статусу особистості представлена особливостями психоемоційних функціональних станів, що детермінують формування особистісної тривожності. Вона виявляється як схильність до дискомфорту самопочуття через знижений настрій, активність, енергійність та ситуативної тривожності. Відповідно, низький рівень позитивного настрою, активності та самопочуття спричиняє зниженню енергетичного потенціалу особистості, створюючи своєрідне «замкнене коло», в якому мотивація до професійної діяльності не має необхідного підкріплення, що сприяє зростанню ситуативної та особистісної тривожності й подальшому формуванню психосоматичного профілю особистості.

18. Високий рівень значущості кореляційних зв'язків між показниками застосованих методик дає змогу виділити такі діагностично значущі показники в структурі психосоматичного статусу особистості: а) низький загальний рівень емоційного інтелекту (ЗЕІ) за опитувальником Д. Люсіна, що конкретизується через низькі значення показників «розуміння чужих емоцій» (МП), «розуміння своїх емоцій» (ВП) та «управління своїми

емоціями» (ВУ) та стосується передусім проблемних зон внутрішньоособистісного емоційного інтелекту (ВЕІ), ніж міжособистісного емоційного інтелекту (МЕІ); б) алекситимічний тип особистості за психосоматичним профілем; в) низький рівень емоційної обізнаності, суперечливі (низькі або високі) рівні розпізнавання емоцій інших людей та управління своїми емоціями за опитувальником Н. Холла, що в останньому випадку визначає схильність до маніпулювання оточенням; г) низький загальний рівень емоційного інтелекту за опитувальником EmIQ-2, що конкретизується через низькі значення емоційної відкритості, самоаналізу та самозахисту; г) низький загальний рівень емоційного інтелекту за методикою MSCEIT v 2.0, що засвідчує низьку здатність до ідентифікації емоцій, розуміння й аналізу емоцій, свідоме управління емоціями та використання емоцій у вирішенні проблем, причому неоціночні результати виявилися нижчими, ніж самооцінка респондентів за аналогічними показниками.

19. Узагальнення одержаних за опитувальником MMPI результатів засвідчує, що досліджувані особи наділені сукупністю характерологічних особливостей, які сприяють виникненню психосоматичних розладів: у профілі особистості домінують показники імпульсивності, емоційної лабільності та соматизації тривожності, що в сукупності трактується як наявність психосоматичного конструкту (психосоматичне «V»); на межі норми зафіксовано показники песимістичності, тривожності, індивідуалістичності та соціальної інтроверсії. З урахуванням високих значень за шкалою К це визначає загальну зорієнтованість профілю за опитувальником MMPI як такого, що свідчить про схильність респондентів до психосоматичних розладів.

20. При меланхолічно-холеричному типу темпераменту високі значення за шкалою соматизації тривожності за опитувальником MMPI спричиняють такі поведінкові особливості: старанність, прагнення до дотримання чинних норм і правил, низька особистісна активність, відсутність потреби в широті соціальних контактів. Цей поведінковий комплекс не

узгоджується з вимогами професійної діяльності працівників, а отже, негативно впливає на її ефективність, що призводить до загострення психосоматичних тенденцій у розвитку особистості. Як захисний механізм така особа може вдаватися до маніпулювання оточенням, підкреслювання власної своєрідності та неповторності, зловживати перебуванням на лікарняних листах та профілактичних заходах і процедурах.

21. Наявність кореляційних зв'язків між меланхолічно-холеричним типом темпераменту та шкалою емоційної лабільності за опитувальником ММРІ відображає схильність особи до формування системи захисних механізмів «втечі у функціональні порушення», коли неможливість відповідати вимогам професійної діяльності пояснюється функціональною обмеженістю організму. Це призводить до таких форм поєднання бажаного стану хвороби та її реальних симптомів, коли втрачаються межі між «грою у хворобу» та конверсійною симптоматикою, і особа починає вірити в реальність захворювання.

22. Психологічна дезадаптація – процес невідповідності між «Я-структурою» особистості і досвідом. Особистість сприймає, зокрема, себе та свої стосунки з людьми і явищами у своєму оточенні так, щоб це відповідало її «Я-структурі». Тому особа схильна до заперечень або спотворення будь-якого переживання, що не відповідає її теперішньому «Я-образу», оскільки свідомість відчуває тривогу, загрозу, розлад. У соціально дезадаптованих осіб «Я-образ» набуває специфічного вияву, що призводить до зміни уявлень про себе, перегляду цінностей і цілей, переорієнтації вектору професійної діяльності.

23. Неузгодженість у баченні реального та ідеального «Я-образів» свідчить про дисгармонійність особистості, наявність глибокого внутрішньоособистісного конфлікту, що спричиняє високий рівень тривожності та її соматизацію. Вона цілком пояснює специфічність психосоматичного профілю наших респондентів: психологічні особливості професійної діяльності вимагають від працівників Національної поліції

України розвиненості властивостей, представлених у I–IV октантах; навпаки, уміння прислухатися до думки інших людей, адекватно використовувати владні повноваження, дозувати свій вплив на групову професійну діяльність, не перекладати труднощі на інших належить до V–VIII октантів.

24. Основними параметрами «Я-образу» осіб, схильних до психосоматичних розладів, є значні відмінності між реальним та ідеальним «Я-образами», що свідчить про незадоволеність наявним становищем; занижена самооцінка, переживання ситуації зтяжнього внутрішньоособистісного конфлікту, суперечливості між прагненням до визнання групою та ворожістю щодо її учасників; переважання в структурі особистості якостей VI октанту за ДМВ, що свідчить про слухняність, боязкість, безпомічність, невміння виявити супротив, чутливість до неухважності та брутальності оточуючих, побоювання неуспіху як основи мотиваційної спрямованості, що визначає конформну поведінку; домінування інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування на ймовірний хворобливий стан, що зумовлює порушення соціальної та професійної адаптації та виявляється в емоційно-вольових розладах, зокрема, реакціях подразливої слабкості, тривожності та пригніченості, «втечі» в хворобу; незначна представленість інтерпсихічної спрямованості реагування, що найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості та виявляється в спекулюванні своїми психофізичними негараздами та проявах агресивних тенденцій щодо оточуючих.

25. Психопрофілактика психосоматичних розладів повинна передбачати комплексне використання методів і засобів, спрямованих на зниження інтенсивності впливу на особистість психотравмуючих чинників професійної діяльності. Зазначені методи і засоби становлять сутність таких заходів: 1) професійний психологічний відбір кандидатів на службу в Національну поліцію України (навчання в закладах освіти системи МВС України), зорієнтований, зокрема, на визначення рівня розвиненості властивостей, що визначають стресостійкість особистості, та відсутність

протипоказань до зайнятості в екстремальних видах діяльності; 2) професійна психологічна підготовка особового складу до дій у стресогенних умовах; 3) психологічне супроводження, що полягає в адаптації працівників до умов професійної діяльності та своєчасному виявленні на ранніх етапах патологічних типів реагування окремих осіб, які зазнали впливу екстремального психотравмуючого чинника, працюють в умовах значного нервово-психічного напруження, перебувають у конфліктних стосунках чи під впливом фрустрації тощо; 4) психологічна підтримка оперативно-службових заходів, сутність якої полягає у формуванні безпосередньої психологічної готовності до дій у конкретних стресогенних умовах та наданні рекомендацій щодо виявлення й нейтралізації симптомів стресу.

26. Заходи психопрофілактики поділяються на три етапи: первинна, вторинна і третинна. Первинна психопрофілактика психосоматичних розладів – комплекс заходів, спрямованих на попередження психотравмуючих впливів на психіку працівника Національної поліції України та виділення «групи схильності до психосоматичних розладів». Основними складовими первинної профілактики є професійний психологічний відбір та психологічна підготовка до оперативно-службової діяльності. Вторинна психопрофілактика – виявлення у працівників емоційних станів, що виявляються функціональними соматичними симптомами, та психологічна корекція психосоматичних розладів. Вона реалізується в контексті таких напрямів психологічного забезпечення, як психологічне супроводження та психологічна підтримка оперативно-службових заходів. Третинна психопрофілактика – медико-психологічне супроводження осіб, схильних до психосоматичних розладів, спрямоване на попередження розвитку в них психосоматичних захворювань. Психологічна сутність третинної профілактики представлена медико-психологічною реабілітацією.

27. Домінуючими показниками в структурі особистості працівників Національної поліції України, схильних до психосоматичних розладів, є такі: 1) дискомфортне самопочуття через знижений настрій, активність, енергійність та схильність до ситуативної тривожності; 2) низький загальний рівень емоційного інтелекту, що стосується більше проблемних зон внутрішньоособистісного емоційного інтелекту, ніж міжособистісного емоційного інтелекту; 3) домінування холерично-меланхолічного темпераменту та його взаємозв'язки зі шкалами індивідуалістичності, імпульсивності, соматизації тривоги та емоційної лабільності; 4) значні відмінності між реальним та ідеальним «Я-образами», що свідчить про незадоволеність наявним становищем; 5) занижена самооцінка, переживання ситуації затяжного внутрішньоособистісного конфлікту, суперечливості між прагненням до визнання групою та ворожістю щодо її учасників; 6) переважання в структурі особистості якостей, що свідчать про боязкість, невміння виявити супротив, страх неуспіху як основи мотиваційної спрямованості, що визначає конформну поведінку; 7) домінування інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування на ймовірний хворобливий стан, що зумовлює порушення соціальної й професійної адаптації та виявляється в емоційно-вольових розладах, зокрема, реакціях подразливої слабкості, тривожності та пригніченості, «втечі» в хворобу.

28. Найбільш загальною метою психологічного супроводження є позитивна динаміка особистості протягом усього терміну служби; серед основних його завдань – психологічна підтримка адаптації працівників Національної поліції України до умов служби відповідно до їх фаху та особистісних особливостей, проведення профілактичної та коригуючої роботи; здійснення первинної психопрофілактики відхилень у поведінці працівників, своєчасне виявлення психосоматичних розладів, проведення психокорекції; надання психологічної допомоги після перебування в екстремальних ситуаціях, пов'язаних із виконанням службових обов'язків, отримання психогенних навантажень; індивідуальна психологічна допомога,

основними підставами для надання якої є нервово-психічна перевтома і неврівноваженість; нейтралізація негативних психологічних впливів, зняття постстресових станів та ін.

29. Процедура психологічного супроводження передбачає реалізацію двох невід'ємних та взаємопов'язаних етапів: психодіагностичного та корекційного. На діагностичному етапі здійснюється: а) визначення рівня стресостійкості працівника та його здатності до дій в умовах із різним рівнем екстремальності; б) оцінювання актуального психосоматичного статусу; в) визначення вектору та прогнозування інтенсивності негативних особистісних змін і станів, що можуть спричинятися умовами професійної діяльності. Сутність корекційного етапу полягає у формуванні професійно значущих якостей працівників, зокрема, стосовно їх емоційно-вольової сфери, умінь і навичок безконфліктного оцінювання життєвих ситуацій, стресостійкості та корекції негативних психічних станів, навчанні технікам і методам саморегуляції.

30. Ефективність медико-психологічного супроводження осіб із психосоматичними розладами визначається такими аспектами: а) найбільш дієвим є зменшення ступеня стресу внаслідок прийняття особою на себе відповідальності за адекватну поведінку в стресогенній ситуації, запобігання або зменшення впливу стресорів, а також зміни свого до них ставлення; б) психологічне консультування передбачає вплив на поведінкові стереотипи особи, що надає їй можливість свідомо знижувати ступінь схильності до стресорів ще до того, як вони спричинять стресове реагування.

31. Медико-психологічне супроводження може бути представлене як короткочасною психотерапією, спрямованою на подолання правоохоронцем травматичних спогадів і хворобливих переживань шляхом перетворення їх на контрольований зміст людського життєвого досвіду (debriefing), так і довготривалою психотерапією, що передбачає реалізацію комплексу заходів (корекція хибних уявлень про стресові реакції; надання працівникові інформації про загальну природу стресової реакції; фокусування на ролі

надмірного стресу в розвитку психосоматичного розладу; допомога в самостійному усвідомленні виявів стресової реакції та її характерних симптомів; розвиток здатності до самоаналізу для ідентифікації стресорів).

32. Основними об'єктами психопрофілактичних і корекційних впливів практичних психологів мають бути особи: а) зі стійкою психосоматичною симптоматикою за відсутності органічних передумов; б) з ознаками гострої психологічної травми чи психологічної кризи; в) які перенесли декілька недостатньо інтенсивних психотравм; г) з тривалими конфліктними ситуаціями в родині та на роботі; ґ) з акцентуаціями характеру, переважно, демонстративного та застрягаючого типів; д) з високим рівнем тривожності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдурахманов Р. А. Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане: [дис... канд. психол. н.: спец. 19.00.05 – «Социальная психология»]. – М.: ВПА, 1994. – 223 с.
2. Айзенк Г. Исследования человеческой психики / Айзенк Г., Айзенк М. = MIND WATCHING. Why we behave the way we do; [пер. А. Озерова]. – М: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 480 с.
3. Активізація когнітивних процесів у спілкуванні : метод. посіб. / [В. П. Казміренко, З. Ф. Сіверс, В. М. Духневич та ін.; ред.: В. П. Казміренко]. – К. : Міленіум, 2011. – 267 с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / [Alexander F. Psychosomatic medicine, it's principles and applications] / Ф. Александер; [пер. с. англ. С. Могилевского]. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
5. Александров Ю. В. Професійна деформація співробітників органів внутрішніх справ і шляхи її корекції: [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.06 – юридична психологія] / Ю. В. Александров. – Харків, 2005. – 18 с.
6. Алёшина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Алёшина Ю. Е. – М.: Независимая фирма «Класс», 2007. – 208 с.
7. Аляпкин С. Ф. Основные закономерности формирования психических расстройств в условиях длительного пребывания в экстремальной обстановке / Аляпкин С. Ф. // Психиатрические и медико-психологические вопросы диагностики и оказания помощи при катастрофах и экологических кризисах: [матер. конф., 27-28 февр. 1992 г.]. – СПб., 1992. – С. 54-55.
8. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания /

Б. Г. Ананьев. – М. : Наука, 1977. – 380 с.

9. Антропов Ю. Ф. Психосоматичні розлади [лекція] ; [Електронний ресурс] / Ю. Ф. Антропов. – Київ. : Інститут психотерапії і клінічної психології, 2001. – Режим доступу : <http://www/psyinst.ru/library.php?part=article&id=1125>

10. Антропов Ю. Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.

11. Анцупов А. Я. Социально-психологические основы предупреждения и разрешения межличностных конфликтов во взаимоотношениях офицеров: [дис... д-ра психол. наук: спец. 19.00.05 – Социальная психология] / Анцупов А. Я. – М.: ВПА, 1993. – 440 с.

12. Анцыферова Л. И. Методологические проблемы психологии развития / Л. И. Анцыферова // Принцип развития в психологии : [сборн. статей]. – М. : Наука, 1978. – С. 3-20.

13. Аристотель. Метафизика / Стагирит Аристотель ; [пер. с греч. А. Кубицкий]. – М. : Эксмо, 2006. – 607 с.

14. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика: [монографія] / І. Ф. Аршава. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2006. – 336 с.

15. Асмолов А. Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров / Асмолов А. Г. – М. Фолиум, 1996. – 165 с.

16. Астахова Т. Г. Феномен «Дух – душа – тіло» у софіологічному персоналізмі В. С. Соловйова та М. О. Бердяєва / Астахова Т. Г. – Д. : вид. Біла К. О., 2011. – 212 с.

17. Аствацатуров М. И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы: статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях / Аствацатуров М. И. // Военно-медицинский журнал. – 1912. – Т. ССXXXV. – С. 68-88.

18. Ахмедов Т. И. Практическая психология: Внушение, гипноз, медитация / Т. И. Ахмедов. – М. : «Издательство АСТ»; Х. : «Торсинг», 2003.

– 447 с.

19. Баженов О. С. Медико-психологічна характеристика різних форм соматоформних розладів (психодіагностичні особливості, патопсихологічні механізми формування, принципи психотерапевтичної корекції): [дис... канд. мед. наук: 19.00.04] / Баженов О. С. – Х., 2006. – 172 с.

20. Бандурка О. М. Професійна етика працівників органів внутрішніх справ: [навч. посіб.]. / Бандурка О. М. – Харків: вид-во НУВС, 2001. – 220 с.

21. Барко В. І. Професійний відбір кадрів до органів внутрішніх справ (психологічний аспект): [монографія]. / Барко В. І. – К.: Ніка-Центр, 2002. – 296 с.

22. Барко В. І. Психологічна діагностика здібностей особистості до навчання у вузі / Барко В. І., Панок В. Г., Шаповалов О. В. // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – №9. – С. 27-31.

23. Баскаков В. Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированным практикам / Баскаков В. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2012. – 543 с.

24. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения / Батаршев А. В. – М.: изд-во Института Психотерапии, 2004. – 320 с.

25. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: практическое руководство по психологической диагностике / Батаршев А. В. – СПб.: Речь, 2005. – 449 с.

26. Бачериков Н. Е. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Н. Е. Бачериков, М. П. Воронцов, П. Т. Петрюк. – Х.: Основа, 1995. – 276 с.

27. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Березин Ф. Б. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.

28. Березин Ф. Б. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности ММИЛ: структура, основы интерпретации, некоторые области применения / Березин Ф. Б., Мирошников М. П.,

Соколова Е. Д. – [2-е изд.]. – М. :Фолиум, 2007. – 175 с.

29. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс; [пер. с англ.]. – М. : Прогресс, 1986. – 415 с.

30. Бесчастный В. Н. Работа с персоналом органов внутренних дел: [науч.-практ. пособ.]. / Бесчастный В. Н. – Донецк: ДЮИ МВД при ДонНУ, 2005. – 324 с.

31. Бехтерев В. М. Война и психозы / Бехтерев В. М. // Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. – 1914/1915, Т. 19, № 4/6. – С. 317-335.

32. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / Блейхер В. М., Крук И. В. – К. :Здоров'я, 1986. – 280 с.

33. Богоявленская Д. Б. Принцип детерминизма в психологии / Д. Б. Богоявленская // Проблема субъекта в психологической науке : [сборн. статей]. – М. : Наука, 2000. – С. 53-64.

34. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности / Бодров В. А. – М. : ПЕР СЭ, 2001. – 511 с.

35. Бондаренко, О. Ф. Психологічна допомога особистості : Навч. посібник для вузів / О. Ф. Бондаренко. – Х. : Фоліо, 1996. – 237 с.

36. Бондаренко, А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А. Ф. Бондаренко. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Независимая фирма «Класс», 2001. – 336 с.

37. Бойко В. В. Симптомы эмоционального выгорания как психологической защиты / Бойко В. В. // Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М., 1996. – [Электронный ресурс]: режим доступа: <http://www.e-psy.ru/html/publish/st25.htm>

38. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: [краткий учебник] / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; [пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; предисл. В. Г. Остроглазова]. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.

39. Бугаєць Т. Г. Правові конфлікти та проблема формування іміджу працівників ОВС [Електронний ресурс] / Т. Г. Бугаєць // Теоретичні та правові

проблеми правоохоронної діяльності – 2009. – № 1. – Режим доступу до журн. : <http://www.nbu.gov.ua/portal/SocGum/Kyuv/2009-1/1-5/31.pdf>

40. Васильев В. Н. Здоровье и стресс / В. Н. Васильев. – М.: Знание, 1991. – 160 с.

41. Ващенко І. В. Конфлікти у діяльності працівників органів внутрішніх справ і шляхи їх подолання (соціально-психологічний аспект) : [автореф. дис... докт. психол. наук : спец. 19.00.05 – Соціальна психологія; психологія соціальної роботи] / І. В. Ващенко. – К., 2003. – 28 с.

42. Венедіктов В. С. Проблеми реформування системи МВС України / В. С. Венедіктов, І. В. Зозуля. – Ужгород : ВАТ «Патент», 2005. – 216 с.

43. Візнюк І. М. Психосоматичні кореляти психологічної стійкості особистості : [автореф. дис... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 – Загальна психологія, історія психології] / І. М. Візнюк. – К., 2012. – 20 с.

44. Волинка К. Г. Теорія держави і права: [навч. посіб.]. – К. : МАУП, 2003. – 240 с. [Електронний ресурс] – режим доступу : http://911zp.at.ua/_ld/0/13_.pdf

45. Воробйова І. В. Імідж працівника міліції як чинник розвитку правосвідомості громадян : [автореф. дис... канд. психол. наук: спец. 19.00.06 – Юридична психологія]. / І. В. Воробйова. – Х., 2007. – 20 с.

46. Воронов А. И. Проявление индивидуальных свойств личности в малой армейской группе: [дис... канд. психол. наук: спец. 19.00.01 – Общая психология; история психологии]. / Воронов А. И. – Одесса, 1997. – 246 с.

47. Воронов М. В. Психосоматика : [практическое руководство]. / Воронов М. В.; [3-е изд.]. – К. : Ника-Центр, 2011. – 254 с.

48. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика / Ганнушкин П. Б. – М.: Север, 1933. – 143 с.

49. Гарасимів Т. З. Природні та соціальні детермінанти формування девіантної поведінки людини: філософсько-правовий вимір / Гарасимів Т. З. – Л.: вид-во ЛьвДУ, 2012. – 419 с.

50. Гаррикс Дж. Двенадцать шагов: руководство. Программа

самостоятельной реабилитации для ветеранов войны в Афганистане / Гаррик Дж. – М.: New York, 1992. – 31 с.

51. Гиляровский В. А. Сомато-психогенные параноиды военного времени / Гиляровский В. А. // Труды Военно-медицинской академии. – Л., 1944. – Т. 3, ч. 1. – С. 15-33.

52. Гиляровский В. А. Психореактивные состояния и нервно-вегетативные реакции военного времени / Гиляровский В. А. // Военная медицина на Западном фронте в Великой Отечественной войне. – М., 1944. – № 8. – С. 76-81.

53. Гиляровский В. А. О взаимоотношении соматического и психического в медицине: [стенограмма публичной лекции]. / Гиляровский В. А. – М. : Правда, 1948. – 15 с.

54. Гиссен Л. Д. Время стрессов. Обоснование и практические результаты психопрофилактической работы в спортивных командах / Л. Д. Гиссен. – М. : Физкультура и спорт, 1990. – 192 с.

55. Горячая Т. С. «Сомы и психика», «душа и тело» в психологической науке и в христианском богословии / Т. С. Горячая // Наука и освіта. – 2010. – № 8. – С. 10-15.

56. Гостеева Т. В. Довгостроковий прогноз професійної успішності фахівців екстремальних видів діяльності: психологічний аналіз і засоби удосконалення / Т. В. Гостеева, В. О. Лефтеров. – Донецьк : Ноулідж, Донец. від., 2013. – 207 с.

57. Гринберг Дж. Управление стрессом / Гринберг Дж.; [пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова; 7-е изд.]. – СПб.: Питер, 2002. – 496 с.

58. Грицина О. М. Деякі аспекти технології саморегуляції психічної стійкості керівників правоохоронних органів / Грицина О. М. // Освітньо-наукове забезпечення діяльності правоохоронних органів України : [матер. Всеукр. наук.-практ. конф.: серія : Психолого-педагогічні й філологічні науки], (Хмельницький, 14 листоп. 2008 р.) / Державна прикордонна служба України, Національна академія Державної прикордонної служби України

імені Б. Хмельницького. – Хмельницький, НАДПСУ, 2008. – С. 59-60.

59. Грофф С. Революция сознания : трансатлантический диалог / С. Грофф, Э. Ласло, П. Рассел ; [пер. с англ. М. Драчинского]. – М. : ООО «Издательство АСТ», 2004. – 248 с.

60. Губарева О. С. Психологічні особливості формування професійної компетентності працівників ОВС: [автореф. дис... канд. психол. н.: спец. 19.00.06 – Юридична психологія] / О. С. Губарева. – Харків, 2005. – 19 с.

61. Гурьянов Ю. Н. Психологическая работа в органах и войсках Пограничной службы России: [учеб. пособ.]. / Гурьянов Ю. Н. – М.: МВИ ФПС России, 2003. – 494 с.

62. Давиденков С. Н. К вопросу об острых психозах военного времени / Давиденков С. Н. // Психиатрическая газета. – 1945. – № 20. – С. 321-325.

63. Девятко В. В. Социально-психологический тренинг как средство повышения компетентности молодых офицеров в общении с подчиненными: [дис... канд. психол. наук: спец. 19.0005 – Социальная психология]. – М.: ВПА, 1991. – 241 с.

64. Декарт Р. Сочинения / Рене Декарт ; [вступ. ст. Я. А. Слинин]. – СПб. : Наука, 2006. – 648 с.

65. Депенчук Л. П. Богдан Кістяківський / Л. П. Депенчук. – К.: Основи, 1995. – 173 с.

66. Дерев'янюк С. П. Когнітивна психологія : [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.] / Дерев'янюк С. П. – Чернігів : Лозовий В. М. [вид.], 2012. – 183 с.

67. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : [навч. посіб. для вищ. навч. закл.] / Дідковська Л. І. – Л. : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. – 264 с.

68. Дубова І. О. Психологічні особливості професійного спілкування працівників міліції в екстремальних умовах : [автореф. дис... канд. психол. наук: спец. 19.00.06 – Юридична психологія]. / Дубова І. О. – К., 2003. – 19 с.

69. Дьяченко М. И. Готовность к деятельности в напряженных

ситуациях / Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., Пономаренко В. А. – Минск: изд-во «Университетское», 1985. – 206 с.

70. Екологічна безпека держави : тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених та студентів, (м. Київ, 16-18 квіт. 2013 р.) / Національний авіаційний університет ; [ред. кол. О. І. Запорожець та ін.]. – К. : [б. в.], 2013. – 260 с.

71. Ерофеев Г. Г. О работоспособности лиц с психологическими стрессовыми реакциями / Ерофеев Г. Г., Рустанович А. В., Рыбалко И. В. // Актуальные вопросы совершенствования диагностики и лечения пострадавших в районах массовых бедствий. – Л., 1991. – С. 30-35.

72. Ерранс І. Таємниці рук. Хіромантія, хірологія : мова тіла. Шаманізм. Мудри. Зцілення. Ідентифікація та відбитки пальців. Ритуали / Ізабела Ерранс ; [пер. з ісп. Н. С. Лавська]. – К. : КМ Publishing, 2011. – 192 с.

73. Європейський Кодекс поліцейської етики // Рекомендація Рес.(2001)10, прийнята Комітетом Міністрів Ради Європи 19.09.2001 р. – К.: Британська Рада в Україні, 2001. – 56 с.

74. Жукова Л. В. Психологический фактор как одна из причин поражения России в Русско-японской войне / Жукова Л. В. // Человек в экстремальных условиях: историко-психологические исследования: [матер. VIII Междунар. науч. конф., СПб., 12-13 дек. 2005 г.: в 2 ч. ; ред. С. Н. Полторака]. – Ч. 1. – С.-Пб.: Нестор, 2005. – С. 143-147.

75. Журавель А. П. Психологічний супровід оперативно-службової діяльності особового складу підрозділів охорони державного кордону: [дис... канд. психол. н.: спец. 19.00.09 – Психологія діяльності в особливих умовах]. – Хмельницький, 2006. – 214 с.

76. Журавльов В. В. Морально-психологічне забезпечення несення служби прикордонними нарядами: [дис... канд. психол. н.: спец. 19.00.09 – Психологія діяльності в особливих умовах]. – Хмельницький, 2001. – 182 с.

77. Забезпечення особистої безпеки працівників органів внутрішніх справ при виконанні службових обов'язків: науково-практичні рекомендації /

Казміренко Л. І., Юхновець Г. О., Андросюк В. Г. та ін. – К.: вид-во НАВСУ, 1999. – 71 с.

78. Завацька Н. Є. Організаційно-управлінські стреси: соціально-психологічний аспект / Н. Є. Завацька, Я. А. Плужник. – Луганськ : Ноулідж, 2014. – 227 с.

79. Закон України «Про державний захист працівників суду та правоохоронних органів» : за станом 07 серп. 2011 р. [Електронний ресурс] // Верховна Рада України. – Режим доступу до сайту : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3781-12>.

80. Закон України «Про загальну структуру та численність МВС України» : за станом на 1 січ. 2005 р. [Електронний ресурс] // Верховна Рада України. – Режим доступу до сайту : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2925-14>.

81. Закон України «Про поліцію». [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. – 2015. – № 40-41. – Режим доступу до сайту : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/580-19>

82. Запорожцев Є. Г. Психологічні особливості діяльності керівника ОВС України : [дис... канд. юрид. наук, спец. 19.00.06 – Юридична психологія]. / Запорожцев Є. Г. – К., 2000. – 189 с.

83. Звернення Міністра внутрішніх справ до працівників правоохоронних органів [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : [http://www/naiu.kiev.ua/tslc/index.php.razdel=news](http://www.naiu.kiev.ua/tslc/index.php.razdel=news) 19.04.11

84. Здоровье. Личность. Общество : сборн. науч. трудов / сост. А. В. Алёшичева. – Х. : Финарт, 2014. – 364 с.

85. Зеркалов Д. В. Проблемы экологии сталого розвитку / Зеркалов Д. В. – К. : Основа, 2013. – 432 с.

86. Зимкина А. М. Нейрофизиологические исследования в экспертизе трудоспособности / Зимкина А. М. – Л.: Медицина, 1978. – 280 с.

87. Зозуля І. В. Пропозиції щодо реформування системи МВС України / І. В. Зозуля // Форум права. – 2009. – № 2. – С. 161-171.

88. Іванова О. В. Соціально-психологічні чинники професійного

становлення працівника міліції / Іванова О. В., Ярема Н. Ю. // Актуальні проблеми соціології, психології та педагогіки: [матер. всеукраїнської наук.-практ. конф. «Тенденції розвитку психології в Україні: історія та сучасність»]. – К.: Либідь, 2006. – С. 345-351.

89. Иерусалимцева О. В. Психологические особенности смысло-жизненных ориентаций школьников с поведенческими типами А и Б / Иерусалимцева О. В. [Электронный ресурс] // Ф?н-наука. – 2012. – №2. – С. 66-68. Научная библиотека КиберЛенинка: режим доступа <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-smyslozhiznennyh-orientatsiy-shkolnikov-s-povedencheskimi-tipami-a-i-b#ixzz3R6F1GcH8>

90. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека / Ильин Е. П. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.

91. Ильин Е. П. Свойства личности, влияющие на эффективность общения / Ильин Е. П. [Электронный ресурс]. – Режим доступа к сайту : http://www.elitarium.ru/2011/06/22/svojjstva_lichnosti.html

92. Ірхіна С. М. Психологічні засади відбору до училищ професійної підготовки працівників міліції: [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.06 – Юридична психологія] / С. М. Ірхіна. – К., 2009. – 19 с.

93. Казміренко В. П. Формування психологічної готовності працівників органів внутрішніх справ до дій в екстремальних ситуаціях затримання озброєного злочинця : [наук.-практ. посіб.]. / Казміренко В. П., Казміренко Л. І., Малічевський В. І. ; [за заг. ред. Коваленка В. В.]. – Чернівці : Рута, 2013. – 95 с.

94. Камю А. Цитаты. Афоризмы / Камю А. [Электронный ресурс]; режим доступа : cpsy.ru/cit1012.htm

95. Караяни А. Г. Обеспечение социально-психологической устойчивости воинских подразделений: [дис... канд. психол. наук: спец. 19.00.05 – Социальная психология]. – М.: ВПА, 1993. – 207 с.

96. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : [учебн. для студ. мед. вуз. и фак-тов клин. психологии] / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2002. –

960 с.

97. Кацалап Л. С. Нормативно-правове забезпечення підготовки кадрів органів внутрішніх справ України : [автореф. дис... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 – Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право / Л. С. Кацалап. – Х., 2012. – 20 с.

98. Качан О. С. Демографічні детермінанти політичного процесу: конфліктогенний вимір (друга половина XX – початок XXI ст.) : [автореф. дис... канд. політ. наук : спец. 23.00.02 – Політичні інститути та процеси]. / О. С. Качан. – Л., 2013. – 20 с.

99. Квинн В. Прикладная психология / Квинн В.; [пер. с англ. Н. Мальгина, В. Рохмистров, Д. Сафронова и др.]. – СПб.: Питер, 2000. – 560 с.

100. Кісіль З. Р. Проблеми професійної деформації співробітників органів внутрішніх справ: [монографія] / Кісіль З. Р. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2008. – 524 с.

101. Кистяковский Б. А. Философия и социология права / Б. А. Кистяковский. – СПб.: Русский Христианский гуманитарный ин-т, 1998. – 800 с.

102. Климов Е. А. Общая психология. Общеобразовательный курс: [учеб. пособ. для вузов]. / Климов Е. А. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 511 с.

103. Клиническая психология : [учебн. для студ. мед. вузов] / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова и др.; [2-е изд.] – М. : Медпрес-информ, 2005. – 416 с.

104. Ковальчишина Н. І. Мотиваційна основа кар'єрних орієнтацій слідчих ОВС / Н. І. Ковальчишина // Вісник ХДПУ ім. Г.С. Сковороди. – Серія «Психологія». – 2007. – Вип. 23. – С. 97-104.

105. Ковальчишина С. В. Психологічні основи запобігання професійним деструкціям слідчих на різних етапах їх професіоналізації : [автореф. дис... канд. психол. наук : спец. 19.00.06 – Юридична психологія] / С. В. Ковальчишина. – Х., 2013. – 20 с.

106. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. [пер. с. англ. Будагова Е., Васильева М., Кулаков А., Ордановская Л., Парсаданова М., Пешкова Т., Рысев С., Чилингарова С., Царук Л.]. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 608 с.

107. Конопльов В. В. Психологічна адаптація курсантів ВНЗ МВС України до діяльності підрозділів кримінальної міліції : [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.06 – Юридична психологія] / В. В. Конопльов. – К., 1999. – 18 с.

108. Копець Л. Класичні експерименти в психології : [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.]. / Людмила Копець. – К. : Києво-Могилянська академія, 2010. – 283 с.

109. Копытин А. Техники телесно-ориентированной арт-терапии / Копытин А., Корт Б. – М. : Психотерапия, 2012. – 145 с.

110. Корнєв О. М. До питання формування психологічної компетентності працівників міліції до розв'язання екстремальних ситуацій службової діяльності / Корнєв О. М. // Психологічні технології в екстремальних видах діяльності: [матер. IV міжнар. науково-практ. конф.]; (м. Донецьк, 22-23 трав. 2008 р.). – Донецьк: Донецький юридичний інститут ЛДУВС ім. Е. О. Дідоренка, 2008. – С. 272-275.

111. Костицкий М. В. Введение в юридическую психологию: методологические и теоретические проблемы / М. В. Костицкий. – К.: Вища школа, 1990. – 259 с.

112. Костицкий М. В. Філософські та психологічні проблеми юриспруденції. Вибрані наукові праці / Костицкий М. В.; [відп. ред. Н. В. Кушакова-Костицька]. – Чернівці: Рута. – 2008. – 560 с.

113. Костюк Г. С. Принцип развития в психологии / Г. С. Костюк // Методологические и теоретические проблемы психологии : [сборн. статей]. – М.: Наука, 1969. – С. 118-152.

114. Косырев В. Н. Клиническая психология / В. Н. Косырев. – Тамбов : изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003. – 451 с.

115. Котенёв И. О. Посттравматический стресс как управленческая проблема в коллективах с повышенной степенью профессионального риска / И. О. Котенов // Психологическая диагностика и коррекция ПТСР у сотрудников органов внутренних дел : [матер. сем. практ. психол. служб и подразд. ГУВД г. Москвы], (Москва, 19 дек. 1996 г.). – М., 1997. – С. 33-38.

116. Коханов В. П. Психолого-психиатрические аспекты в лечебно-профилактической и реабилитационной помощи в чрезвычайных ситуациях / Коханов В. П., Краснов В. Н., Кекелидзе З. И. // Медицина катастроф. – 2000. – № 1. – С. 61-63.

117. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия / Кочюнас Р. – М.: Академический Проект, 2005. – 464 с.

118. Кравченко Е. В. Психологическое сопровождение оперативно-служебной деятельности органов и подразделений внутренних дел Украины: [учеб. пособ.] / Кравченко Е. В., Тимченко А. В., Христенко В. Е. – Харьков: Факт, 2002. – 192 с.

119. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості / В. М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. – 431 с.

120. Криворучко Л. С. Організація професійної підготовки працівників органів внутрішніх справ до дій в екстремальних умовах : [автореф. дис... канд. юрид. н.: спец. 12.00.07 – Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право]. / Л. С. Криворучко. – Харків, 2008. – 19 с.

121. Кудерміна О. І. Психологічні особливості кар'єрно-професійної спрямованості майбутніх правоохоронців / О. І. Кудерміна // Юридична психологія та педагогіка. – 2007. – № 2. – С. 83-91.

122. Кудерміна О. І. Психологія суб'єкта правоохоронної діяльності: акмеологічний вимір : [дис.... докт. психол. н. : спец. 19.00.06 – Юридична психологія] / О. І. Кудерміна. – К., 2014. – 515 с.

123. Кудря В. В. Психологічні особливості впливу гендерних відносин на професійну взаємодію правників / В. В. Кудря // Проблеми сучасної психології. – 2010. – Вип. 8. – С. 522-530.

124. Кулагин Б. В. Психодиагностика личности военных специалистов / Кулагин Б. В. – М.: ВВА им. Ю. А. Гагарина, 1985. – 287 с.
125. Кустов А. В. Ситуационные факторы психической дезадаптации / А. В. Кустов // Вісник Сумського держ. ун-ту . – 1998. – № 1. – С. 134-137.
126. Куфлієвський А. С. Соціально-психологічні детермінанти розвитку синдрому «вигорання» серед працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.09 – Психологія діяльності в особливих умовах]. / А. С. Куфлієвський. – Харків, 2006. – 22 с.
127. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс / Лазарус Р. – М. : Медицина, 1970. – 328 с.
128. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс : особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Лазебная Е. О., Зеленова М. В. // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62-74.
129. Леженіна Л. М. Психологічні чинники емоційного вигорання слідчих служби безпеки України: [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.06 – Юридична психологія]. / Л. М. Леженіна. – К., 2009. – 24 с.
130. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – К. Вища школа, 1989. – 375 с.
131. Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.
132. Лефтеров В. А. Типовая программа тренинга «Коммуникация – Стресс – Безопасность» (методико-технологический алгоритм) / В. А. Лефтеров. – Донецк: ДЮИ МВД Украины, 2004. – 48 с.
133. Лефтеров В. О. Особистий та професійний розвиток персоналу в екстремальних видах діяльності / В. О. Лефтеров // Актуальні проблеми психології. – 2008. – Т. 10. – Вип. 8. – С. 328-335.
134. Лисичкіна І. Комунікативний кодекс офіцера як чинник формування соціального іміджу внутрішніх військ / І. Лисичкіна // Наукові записки: Серія «Філологічні науки» Кіровоградського державного пед.

університету ім. В. Винниченка. –2010. – Вип. 89 (5), 2010. – С. 197-201.

135. Лисняк А. Н. Психическое состояние готовности сотрудников спецподразделений к профессиональной деятельности: [дисс... канд. психол. н.: спец. 19.00.13 – Психология деятельности в особых условиях]. / Российская академия государственной службы при Президенте РФ. – М., 2003. – 227 с.

136. Литвинова Г. О. Особливості функціонування емоційної сфери працівників ППСМ в умовах професійної діяльності : [автореф. дис... канд. психол. наук : спец. 19.00.06 – Юридична психологія] / Г. О. Литвинова. – Х.: ХНУВС, 2008. – 21 с.

137. Личко А. Е. Методика психологической диагностики типов отношения к болезни / Личко А. Е., Иванов Н. Я.; [под ред. А. Е. Личко]. – Л. : Лабор. клин. психол. Ленингр. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1987. – 28 с.

138. Личность и ее взаимодействие с социальной средой: [сборн. статей]. – Тбилиси: Мецниереба, 1989. – 418 с.

139. Логачов М. Г. Психологічна підготовка особового складу спеціальних підрозділів ОВС до дій в екстремальних ситуаціях: [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.06 – Юридична психологія]. / М. Г. Логачов. – Харків, 2001. – 16 с.

140. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. – СПб. : НИПИ им. В. М. Бехтерева, 1994. – 245 с.

141. Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭМИн / Д. В. Люсин // Психологическая диагностика. – 2006. – № 4. – С. 3-22.

142. Люсин Д. В. Эмоциональный интеллект: проблемы теории и измерения. – М., 2012. – [Электронный ресурс] / Люсин Д. В. – Режим доступа: www.hr-portal.ru/Lusin/emocionalnyy-intellekt-problemy-teorii-izmereniya

143. Макаренко Н. В. Теоретические основы и методики профессионального психологического отбора военных специалистов / Макаренко Н. В. – К. : Сент-Жак, 1996. – 336 с.

144. Макаренко П. В. «Я-концепція» майбутніх фахівців правоохоронної діяльності : [автореф. дис... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 – Загальна психологія, історія психології / Макаренко П. В. – Х., 2001. – 18 с.

145. Макичян А. А. Организация медицинской помощи душевнобольным воинам во время русско-японской войны 1904-1905 гг. : [Электронный ресурс] / Макичян А. А. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-meditsinskoy-pomoschi-dushevnobolnym-voinam-vo-vremya-russko-yaponskoy-voyny-1904-1905-gg#ixzz3RGZj9sbA>

146. Максименко К. С. Личностно-ориентированная психотерапия эмоциональных расстройств при соматогениях (на материале клиники гастроэнтерологических заболеваний): [монография]. / Максименко К. С. – К.: Слово, 2015. – 352 с.

147. Максименко С. Д. Общая психология : [учебник] / С. Д. Максименко. – М. : Рефл-бук, Веклер, 2000. – 528 с.

148. Максименко С. Д. До питання методології когнітивної психології [Електронний ресурс] / С. Д. Максименко, І. Д. Пасічник // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – Психологія і педагогіка. – 2013. – Вип. 24. – С. 3-6. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nznuoapp_2013_24_3.pdf

149. Маланов В. С. Методологические и теоретические основы психологии / М. С. Маланов. – Москва-Воронеж : МПСИ : Модэк, 2005. – 336 с.

150. Малиш Л. О. Соціальні детермінанти уявлень населення України про дії уряду з регулювання нерівності у доходах / Л. О. Малиш // Наукові записки НаУКМА. – Серія: Соціологічні науки. – 2010. – Т. 109. – С. 17-25.

151. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога / Малкина-Пых И. Г. – М.: ЭКСМО, 2005. – 959 с.
152. Малкина-Пых И. Г. Телесная терапия: справочник практического психолога / Малкина-Пых И. Г. – М.: ЭКСМО, 2007. – 752 с.
153. Малхазов О. Р. Нові підходи в психологічному забезпеченні службової діяльності працівників ОВС України / О. Р. Малхазов // Вісник Академії управління МВС. – К.: Академія управління МВС, 2010. – № 1. – С. 180-194.
154. Машков М. А. Проблемы теории держави та права. Основи : [курс лекцій] / М. А. Машков. – К. : К.І.С., 2008. – 464 с.
155. Медведєв В. С. Старі проблеми нових кадрів / В. С. Медведєв // Іменем закону. – 2005. – № 3. – С. 8-9.
156. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: [практическое руководство] / В. Д. Менделевич. – [4-е изд.]. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 592 с.
157. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти / [пер. с итал. Родик М. А., Ус Е. Н.]. – М. : ННБФ «Онтопсихология», 2002. – 328 с.
158. Мерлин В. С. Очерки интегрального исследования индивидуальности / Мерлин В. С. – М.: Наука, 1986. – 254 с.
159. Методические рекомендации по психологическому отбору абитуриентов и сопровождению курсантов высших школ милиции / [Бовин Б. Г., Калашников М. О., Лебедев А. Н., Носков В. А., Савченко В. И., Чумаков В. В.]. – М.: ГУК и КП МВД России, 1998. – 96 с.
160. Міжнародно-правові стандарти поведінки працівників правоохоронних органів при підтриманні правопорядку: документально-джерелознавчий довідник / [упоряд. Ю. І. Римаренко, Я. Ю. Кондратьєв, І. Г. Кириченко]. – К.: НАВСУ, 2002. – 128 с.
161. Мірошніченко Н. В. Соматоформні розлади (клініка, діагностика, патогенетичні механізми, принципи відновлюючої терапії) / Мірошніченко Н. В. – Х., 2006. – 385 с.

162. Мовна комунікація в діяльності сил охорони правопорядку: теоретичні засади галузевої комунікації : [монографія] / [Л. М. Пелепейченко, П. Б. Ткач, К. Ю. Гунбін та ін.]. – Х. : Академія внутрішніх військ МВС України, 2009. – 272 с.

163. Мозговий В. І. Особистісний симптомокомплекс стресостійкості / стресовразливості у військовослужбовців служби правопорядку: [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.09 – Психологія діяльності в особливих умовах]. / В. І. Мозговий. – Харків, 2006. – 21 с.

164. Москаленко А. П. Психологічне забезпечення професійного відбору до вищих навчальних закладів системи МВС України: [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.03 – Психологія праці, інженерна психологія]. / А. П. Москаленко. – Харків, 2002. – 23 с.

165. Москалець В. П. Засади формування здатності правоохоронців до збереження власного психічного здоров'я / Москалець В. П., Сворака С. Д. // Держава і закон: практика, практика, методика: [збірн. наук. праць]. – Івано-Франківськ: ВОНР та РВД ПЮІ ЛьвДУВС. – Вип. II, 2007. – С. 338-357.

166. Наказ МВС України «Порядок проведення військово-лікарської експертизи і медичного огляду військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу в системі МВС України» від 06.02.2001 р. № 85

167. Наказ МВС України «Про подальший розвиток служби психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України» від 28.07.2004 р. №842

168. Наказ МВС України «Про внесення змін до наказу МВС України від 28 липня 2004 р. № 842» від 08.07.2013 р. № 652

169. Наказна І. М. Психосоматика : [навч. посіб.]. / Наказна І. М. – Ніжин : вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2010. – 132 с.

170. Наугольник Л. Б. Психологічні чинники розвитку стресу у працівників міліції / Л. Б. Наугольник, Р. З. Наугольник // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. – 2013. – №2. – С. 286-295.

171. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / Нельсон-Джоунс Р. – СПб.: Питер, 2001. – 464 с.
172. Немов Р. С. Психологическое консультирование: [учебник]. / Немов Р. С. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 528 с.
173. Новиков В. С. Коррекция функциональных состояний при экстремальных воздействиях / Новиков В. С., Шустов Е. Б., Горанчук В. В. – СПб. : Наука, 1998. – 544 с.
174. Овчинников Н. Ф. Методологические принципы в истории научной мысли / Н. Ф. Овчинников. – М. : Эдиториал, 2003. – 296 с.
175. Озерецковский А. И. О душевных заболеваниях в связи с русско-японской войной за второй год ее / Озерецковский А. И. // Военно-медицинский журнал. – 1906. – № 10. – С. 262-271.
176. Оллпорт Г. В. Личность в психологии / Г. Оллпорт . – М.: ЮВЕНТА, 1998. – 345 с.
177. Олянич А. В. Презентационная теория дискурса / А. В. Олянич. – М : Гнозис, 2007. – 407 с.
178. Омелянович В. Ю. Состояния парциальной психической дезадаптации и психосоматические заболевания у сотрудников органов внутренних дел / Омелянович В. Ю. – Донецк : [б. и.], 2012. – 313 с.
179. Орбан-Лембрик Л. Е. Юридична психологія : [навч. посіб.] / Орбан-Лембрик Л. Е., Кощинець В. В. – Чернівці: Книги-XXI, 2007. – 448 с.
180. Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел : [метод. пособие ; под общ. ред. М. И. Марьина]. – М.: ГУК МВД России, 2002. – 272 с.
181. Орищенко О. А. Взаимосвязи показателей эмпатии и психологической проницательности / О. А. Орищенко // Наука і освіта . – 2010. – № 9. – с. 104-108.
182. Основные виды деятельности и психологическая пригодность к службе в системе органов внутренних дел [справочное пособие ; под ред. Бовина Б. Г., Мягих Н. И., Сафронова А. Д.]. – М.: Научно-

исследовательский центр проблем медицинского обеспечения МВД РФ, 1997. – 344 с.

183. Основи загальної і медичної психології : [підручник ; за ред. І. С. Вітенка і О. С. Чабана]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.

184. Основы психосоматической медицины [разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов] / [Лебедева У. В., Рыбакова К. В., Лотоцкий А. Ю. и др.; под ред. У. В. Лебедевой, Н. Г. Незнанова, Л. И. Вассерман]. – СПб: Изд-во СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2008. – 56 с.

185. Охріменко І. М. Особливості професійно-психологічного становлення працівника оперативного підрозділу ОВС / І. М. Охріменко // Право та суспільство. – 2007. – № 4. – С. 100-103.

186. Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения нервной деятельности (поведения) животных / Павлов И. П. – М.: Наука, 1973. – 659 с.

187. Панок В. Г. Основи практичної психології: [підруч. ; вид. 2-ге, стереотип.]. / Панок В. Г., Титаренко Т. М., Чепелєва Н. В. – К.: Либідь, 2001. – 536 с.

188. Парламентські слухання «Про реформування системи органів МВС України і впровадження європейських стандартів», 05.10.2011 р. Стенограма [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу до сайту : http://www.static.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/sl_05.10.11.htm

189. Перглер Т. І. Філософія українського державотворення доби глобалізації та інформаційної революції / Перглер Т. І. – Київ : Знання України, 2014. – 315 с.

190. Петков С. В. Сучасні підходи до професіоналізації праці менеджерів в органах внутрішніх справ України / С. В. Петков // Проблеми підготовки та вдосконалення професійної діяльності працівників міліції громадської безпеки: [матер. міжнар. наук.-практичної конф.], (19 трав.

2006 р., м. Івано-Франківськ). – м. Івано-Франківськ: ВОНР та РВД ПЮІ ЛьвДУВС, 2006. – С. 24-34.

191. Петровский А. В. Теоретическая психология: [учеб. пособ. для студентов психол. фак. высш. учеб. заведений] / Петровский А. В., Ярошевский М. Г. – М.: Академия, 2003. – 496 с.

192. Петрюк П. Т. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации / Петрюк П. Т., Якущенко И. А. // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2003. – № 3-4. – С. 133-140.

193. Полудьонна Н. С. Психодіагностика індивідуально-типологічних властивостей майбутніх працівників оперативних підрозділів міліції : [автореф. дис.... канд. психол. наук : спец. 19.00.06 – Юридична психологія / Н. С. Полудьонна. – Київ, 2009. – 21 с.

194. Полшкова С. Г. Аутоагресія у осіб небезпечних видів професій (психосоматичний аспект) / Полшкова С. Г. – К. : Науковий світ, 2013. – 162 с.

195. Потапчук Є. М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: [монографія]. / Потапчук Є. М. – Хмельницький: Видавництво Національної академії ДПСУ, 2004. – 323 с.

196. Права людини і професійні стандарти для юристів в документах міжнародних організацій / [упоряд. Т. Яблонська]. – К.: Сфера, 1999. – 342 с.

197. Правове забезпечення соціальної сфери : матеріали IV міжнар. наук. конф. студ., аспірантів та молодих вчених, (Одеса, 23 берез. 2013 р.) / ред.: Г. І. Чанишева. – О. : Фенікс, 2013. – 519 с.

198. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: [учеб. пособ.]. / В. Д. Балин, В. К. Гайда, В. К. Гербачевский и др. ; [под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева]. – СПб.: Питер, 2000. – 560 с.

199. Примаченко О. Володимир Мойсик: політизація правоохоронних органів досягла апогею / О. Примаченко // Дзеркало тижня. – 25-30 грудня 2004. – № 52.

200. Приходько І. І. Професійний психологічний відбір майбутніх офіцерів внутрішніх військ МВС України: [монографія]. / Приходько І. І. – Х. : Акад. ВВ МВС України, 2008. – 190 с.

201. Прыгунов П. Я. Психологическое обеспечение специальных операций: ролевое поведение: [учеб. пособ.]. / П. Я. Прыгунов. – К. : изд-во Европ. ун-та, 2000. – 303 с.

202. Професіографічна характеристика основних видів діяльності в органах внутрішніх справ України (кваліфікаційні характеристики професій, професіограми основних спеціальностей): [довідковий посіб.]. / [Ануфрієв М. І., Ірхін Ю. Б., Курко М. Н., Нещерет Т. В., Омельченко С. В., Синявський В. В., Шаповалов О. В.]. – К.: МВС України; КІВС, 2003. – 80 с.

203. Психологічне забезпечення оперативно-службової діяльності працівників міліції (у двох частинах). – Ч. 1. – Професійно-психологічна підготовка працівників оперативних підрозділів: [навч.-метод. посіб.]. / Александров Д. О., Казміренко Л. І., Юхновець Г. О. – К.: Національна академія внутрішніх справ України, 2003. – 124 с.

204. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я: [навч. посіб.]. / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко, Т. І. Кочергіна; [за заг. ред. М. С. Корольчука]. – К.: ІНК ОС, 2002. – 272 с.

205. Психология и педагогика. Военная психология: [учебник для вузов ; под ред. А. Г. Маклакова]. – СПб.: Питер, 2005. – 464 с.

206. Психология профессионального здоровья [под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб.: Речь, 2006. – 480 с.

207. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія / [уклад. Г. П. Мозгова, Т. І. Ханецька]. – Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. – 235 с.

208. Райкус Дж. С. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска : практ. пособ. : в 4 т. : [пер. с англ.] / Дж. С. Райкус, Р. Хьюз. – К. : Фенікс, 2011. – Т. 2 : Планирование и семейно-ориентированная социальная работа. – 2011. – 250 с.

209. Рішення колегії МВС України «Про результати роботи та подальший розвиток служби психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів і підрозділів внутрішніх справ України» від 29.11.2003 р. №8КМ/1

210. Рибалка В. В. Методологічні питання наукової психології (Досвід особистісно центрованої систематизації категоріально-поняттєвого апарату) / В. В. Рибалка. – К. : Ніка-Центр, 2003. – 204 с.

211. Рибалка В. В. Психологія праці особистості: [навч.-метод. посіб.] / В. В. Рибалка. – К.: КМПУ імені Б. Д. Грінченка, 2006. – 60 с.

212. Ринда Ф. П. Впровадження політики ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» в державні програми з охорони здоров'я населення України / Ф. П. Ринда, М. О. Крисько // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1. – С. 90-94.

213. Ринда Ф. П. Реалізація Глобальної стратегії зменшення шкідливого споживання алкоголю ВООЗ в Україні / Ф. П. Ринда, О. Р. Ситенко, В. І. Аксенова та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2/3. – С. 122-127.

214. Роджерс К. О становлении личностью. Психотерапия глазами психотерапевта / Роджерс К.; [пер. М. М. Исениной ; под ред. Е. И. Исениной]. – К.: Psylib, 2004. – 411 с.

215. Рождественський А. Ю. Особливості спеціальної психологічної підготовки співробітників спеціальних підрозділів / Рождественський А. Ю. // Психологічні тренінгові технології у правоохоронній діяльності: науково-методичні та організаційно-практичні проблеми впровадження і використання, перспективи розвитку: [матер. міжнар. наук.-практ. конф.], (Донецьк, 26-27 трав. 2006 р.). – Донецьк: ДЮІ ЛДУВС, 2006. – С. 304-310.

216. Розов В. І. Адаптивні антистресові технології : [навч. посіб.]. / В. І. Розов. – К. : Кондор, 2005. – 278 с.

217. Рогачева Т. В. Представления о психологической устойчивости как предпосылке психологического здоровья [Электронный ресурс]. / Рогачева Т. В. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. –

2014. – № 4(27). – Режим доступ: URL: <http://mprj.ru>

218. Роль та місце ОВС у розбудові демократичної правової держави : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., (Одеса, 24 лют. 2012 р.) / М-во внутр. справ України. – О., 2012. – 278 с.

219. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – М. : Педагогика, 1976. – 416 с.

220. Рубинштейн С. Л. Человек и мир / С. Л. Рубинштейн. – М. : Наука, 1997. – 190 с.

221. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : [практ. руководство] / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2007. – 592 с.

222. Світогляд і особистість правоохоронця : матеріали круглого столу, (Донецьк, 11 жовт. 2013 р.), / ред. : В. М. Бесчастний, Г. В. Гребеньков, А. П. Загнітко. – Донецьк : ДЮО МВС України, 2013. – 135 с.

223. Сергеюк П. И. Психологические пути и условия повышения эффективности деятельности личного состава пограничных войск КГБ СССР по охране Государственной границы: [автореф. дис... д-ра психол. наук ; спец. 19.00.05 – Социальная психология] / Сергеюк П. И. – М. : ВПА им. В. И. Ленина, 1984. – 42 с.

224. Селье Г. Стресс без дистресса / Селье Г. – М. : Прогресс, 1982. – 124 с.

225. Семенова Н. Д. Возможности психологической коррекции алекситимии / Н. Д. Семенова // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М. : Философское общество СССР, 1991. – С. 89-96.

226. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина: [руководство для врачей] / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова; [под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова]. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.

227. Скавронська І. Мовна культура та проблеми виховання майбутніх правників (за матеріалами ЗМІ) / Скавронська І. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту :<http://www.jornlib.nbiv.kiev.ua//index.php?act=>

article & article = 1478

228. Слівінський В. Р. Акмеологічний вимір професійної самореалізації працівника ОВС: філософсько-правовий аналіз : [автореф. дис... канд. юрид. наук : спец. 12.00.12 – Філософія права]. / В. Р. Слівінський. – Львів, 2014. – 18 с.

229. Слюсар І. М. Посттравматичний стресовий розлад у працівників дорожньо-патрульної служби ДАІ: профілактика, психологічна діагностика та корекція : [автореф. дис... канд. психол. н. : спец. 19.00.06 – Юридична психологія]. / І. М. Слюсар. – Київ, 2005. – 18 с.

230. Слюсарев Ю. В. Психологическое сопровождение как фактор активизации самопознания личности: [автореф. дис... канд. психол. н. ; спец. 19.00.01 – Общая психология; история психологии] / Слюсарев Ю. В. – СПб., 1992. – 18 с.

231. Смулевич А. Б. Психогенные заболевания / А. Б. Смулевич, В. Г. Ротштейн [Электронный ресурс]. – Онлайн библиотека. – Режим доступа : <http://www.koob.ru>

232. Собчик Л. Н. Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера: [метод. руководство] / Собчик Л. Н. // Серия «Методы психологической диагностики». – Вып. 2. – М. : ВНИИТЭМР, 1990. – 87 с.

233. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Собчик Л. Н. – СПб. : Речь, 2003. – 624 с.

234. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности ММИЛ: структура, основы интерпретации, некоторые области применения / Собчик Л. Н. – [3-е изд.]. – М. : изд-во Березин Ф. М., 2011. – 320 с.

235. Социальная психология: [учебник ; под. ред. А. М. Столяренко]. – М. : Просвещение, 2001. – 510 с.

236. Спасибенко С. Г. Эмоциональное и рациональное в социальной структуре человека / Спасибенко С. Г. // Социально-гуманитарные знания. –

2002. – № 2. – С. 109-125.

237. Спиноза Б. О Боге, человеке и его счастье / Бенедикт Спиноза. – Х. : Фолио, 2013. – 317 с.

238. Станиловский Л. С. Об организации призрения и эвакуации душевнобольных на Дальнем Востоке / Л. С. Станиловский // Русский врач. – 1905. – № 17. – С. 556-561.

239. Столин В. В. Самосознание и проблема психологической помощи / В. В. Столин [Электронный ресурс]. – Онлайн библиотека. – Режим доступа : www.psylib.org.ua/books/stolv01/index.htm

240. Страшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела / Г. В. Страшенбаум. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.

241. Сударев В. П. Эмпирические и статистические зависимости: [учеб. пособ.] / В. П. Сударев, Ю. Е. Коляда, И. В. Федосова, С. И. Володин. – Мариуполь: ПГТУ, 2010. – 155 с.

242. Суліцький В. В. Конструктивна психологія в органах внутрішніх справ / В. В. Суліцький // Створення системи забезпечення психологічної надійності персоналу : [матер. II всеукр. наук.-практ. сем., 10-11 жов. 2003 р.]. – К. : КІВС, 2003. – С. 55-62.

243. Супрун Д. М. Когнітивна, емоційна та поведінкова складова у детермінації поняття «ставлення до здоров'я» / Д. М. Супрун // Науковий часопис нац. пед. у-ту ім. М. П. Драгоманова. – 2010. – № 19. – С. 315-319.

244. Супрун Д. М. Розвиток мотивації збереження здоров'я у працівників органів внутрішніх справ / Д. М. Супрун // Юридична психологія та педагогіка. – 2011. – № 1. – С. 220-229.

245. Сухарева Г. Е. Учение о реактивных состояниях в свете данных военно-психиатрического опыта / Сухарева Г. Е. // Проблемы клиники и терапии психических заболеваний (в свете данных военно-психиатрического опыта); [под ред. И. Н. Кагановича]. – М. : Медицина, 1949. – С. 7-18.

246. Суходольский Г. В. Основы математической статистики для

психологов: [учебник] / Г. В. Суходольский. – С.-Пб. : изд-во СПбУ, 1998. – 464 с.

247. Съедин С. И. Психологические последствия воздействия боевой обстановки / Съедин С. И., Абдурахманов Р. А. – М. : Министерство обороны РФ, 1992. – 133 с.

248. Тарабрина Н. В. Диагностика посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий / Тарабрина Н. В. // Психологическая диагностика и коррекция постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел : [матер. семинара практических психологов служб и подразделений ГУВД г. Москвы, 19 дек. 1996 г.]. – М., 1997. – С. 5-13.

249. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

250. Тарнавский Ю. Б. Под маской телесного недуга (проблемы психосоматики). / Ю. Б. Тарнавский. – М. : Знание, 1990. – 63 с.

251. Татенко В. О. Психологія професіонала / Татенко В. О. // Створення системи забезпечення психологічної надійності персоналу. Організація та проведення психопрофілактичної роботи в органах внутрішніх справ України : [матер. 1-го Всеукраїнського наук.-практ. семінару ; за заг. ред. М. І. Ануфрієва]. – К. : КІВС, 2003. – С. 22-30.

252. Теплов Б. М. Проблемы индивидуальных различий / Теплов Б. М. – М. : Высшая школа, 1961. – 211 с.

253. Тімченко О.В. Предмет, задачі та методи екстремальної юридичної психології / О. В. Тімченко // Право і безпека. – 2004. – 3 (№3/3). – С. 218-221.

254. Тімченко О.В. Застосування прийомів моделювання психологічних чинників ризиконебезпечних ситуацій оперативно-службової діяльності у ході професійно-психологічної підготовки персоналу ОВС / О. В. Тімченко // Право і безпека. – 2005. – 3 (4/3). – С. 7-9.

255. Тітаренко А. В. Психологічні особливості професійної діяльності фахівців аварійно-рятувальних підрозділів МНС України / А. В. Тітаренко // Проблеми екстремальної та кризової психології: [збірн. наук. праць]. – Вип. 8. – Харків : УЦЗУ, 2010. – 424 с.

256. Ткаченко А. Н. Взаимосвязь объяснительных принципов психологической науки / А. Н. Ткаченко // Вопросы психологии. – 1977. – № 4. – С. 27-39.

257. Тополянский В. Д. Доктор Д. Д. Плетнев [Электронный ресурс] : / В. Д. Тополянский. – Режим доступа : <http://www.ihst.ru/projectc/sohist/books/os/305-318.pdf>

258. Тухтарова И. В. Соматопсихология: [учебно-метод. пособ. по курсу «Соматопсихология»] / Тухтарова И. В., Биктимиров Т. З. – Ульяновск : УлГУ, 2005. – 130 с.

259. Тютина К. О. Психологическое сопровождение детей, больных туберкулезом: [автореф. дис.... канд. психолог. н: спец. 19.00.01 – Общая психология; история психологии]. / Тютина К. О. – Ставрополь, 2005. – 16 с.

260. Уваров Л. Н. Морально-психологическое обеспечение: сущность и содержание / Уваров Л. Н. // Психология и педагогика управленческой деятельности командира (военного инженера). – Часть 1. Психологические проблемы управленческой деятельности. – М. : ВА им. Ф. Э. Дзержинского, 1995. – С. 187-196.

261. Умови проходження служби та соціальний захист працівників міліції : [збірник нормативно-правових актів України] / Упоряд. : О. В. Терещук, О. Ф. Штанько, Н. В. Болотіна. – К. : Вікар, 2003. – 341 с.

262. Усатенко О. Н. Методология саморефлексии профессиональной подготовки практического психолога : [монография] / Усатенко О. Н. – Симф. : Ариал, 2012. – 289 с.

263. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Ушаков Г. К. – М. : Медицина, 1978. – 400 с.

264. Феденко Н. Ф. Морально-психологическое обеспечение боевых

действий частей и подразделений / Феденко Н. Ф., Железняк Л. Ф. – М. : изд-во ВПА, 1986. – 264 с.

265. Федченко О. Організація діяльності патрульної служби поліції зарубіжних країни порівняно з роботою міліції України / О. Федченко // Вісник Академії управління МВС. – К. : Академія Управління МВС, 2009. – №1. – С. 153-166.

266. Фельденкрайз М. Осознание через движение: двенадцать практических уроков / Фельденкрайз М. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2012. – 160 с.

267. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Леон Фестингер; [пер. с англ. А. Анистратенко, И. Знаешева]. – СПб. : Ювента, 1999. – 317 с.

268. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

269. Філософія: словник: персоналії, категорії, поняття та терміни / [В. С. Бліхар та ін. ; за ред. М. П. Гетьманчука]. – Л. : ЛьвДУВС, 2010. – 227 с.

270. Франкенхойзер М. Эмоциональный стресс / Франкенхойзер М. – М. : Медицина, 1970. – 91 с.

271. Фрейд З. Введение в психоанализ / Зигмунд Фрейд ; [пер. с нем. Г. В. Барышниковой]. – Х. ; Белгород : Клуб Семейного Досуга, 2012. – 478 с.

272. Фрейд З. По ту сторону принципа наслаждения. Тотем и табу. «Я» и «Оно». Неудовлетворенность культурой / Зигмунд Фрейд. – Х. ; Белгород : Клуб Семейного Досуга, 2012. – 477 с.

273. Фундаментальные и прикладные психологические исследования в практиках ведущих научных школ: реалии и перспективы : [международ. коллект. моногр.; Richard Iserman, Е. Л. Базыка, Л. М. Балабанова и др.]. – Макеевка. – Донецк : МЭГИ, 2012. – 763 с.

274. Холмогорова А. Б. Культура, эмоции и психическое здоровье / Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. –

С. 61-74.

275. Хьелл Л. Теории личности: [монографія]. / Л. Хьелл, Д. Зиглер; [пер. с англ. Е. Меленевская, Д. Викторова]. – СПб. : Питер, 2000. – 608 с.

276. Цапко В. Г. Наукові основи безпеки життєдіяльності / Цапко В. Г., Зеркалов Д. В., Полукаров Ю. О. – К. : Основа, 2013. – 1126 с.

277. Цицерон. Учение академиков / Цицерон ; [пер. Н. А. Федорова]. – М. : Индрик, 2004. – 320 с.

278. Цільмак О.М. Вплив репутаційних ризиків на імідж органів внутрішніх справ / О. М. Цільмак // Юридичний науковий електронний журнал. – 2014. – № 1. – С. 93–95 – Електрон. дан. (1 файл). – Режим доступу : <http://www.lsej.org.ua/index.php/nomeri-zhurnalu?id=19>

279. Цільмак О.М. Психологічна допомога особистості, яка переживає кризу «Хвороба досягнення» / О. М. Цільмак // Право і безпека. – 2016. – № 2 (61). – С. 151-156

280. Шевченко Л. Формування іміджу правоохоронця у громадській думці / Шевченко Л. // Комунікативна компетентність працівників і їх зв'язки з громадськістю : [матер. міжнар. наук.-практ. конф.], (15-16 трав. 2003 р.). – Львів, 2003. – С. 43-45.

281. Шелег Л. С. Генезис та профілактика психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ : монографія / Л. С. Шелег. – Київ : НАВС, 2015. – 384 с.

282. Шелег Л. С. Психологічне забезпечення профілактики психосоматичних розладів працівників органів внутрішніх справ [Електронний ресурс] : наук.-практ. рекомендації / Л. С. Шелег. – Київ : Національна академія внутрішніх справ, 2015. – 131 с. – Режим доступу до вид.: <http://www.naiu.kiev.ua/zagalnoakademichni-kafedri/kafedra-yuridichnoyi-psihologiyi/navchalno-metodichna-robota/navchalni-vidannya.html>

283. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів / Л. С. Шелег // Актуальні проблеми психології :

зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Київ : Фенікс, 2015. – Т. XII : Психологія творчості. – Вип. 21. – С. 313–321.

284. Шелег Л. С. Методологічні засади вивчення психосоматичного статусу особистості працівника органів внутрішніх справ / Л. С. Шелег // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Дод. 1 до Вип. 35. – Т. VIII (59) : Тематич. вип. «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». – Київ : Гнозис, 2015. – С. 387–394.

285. Шелег Л. С. Вплив «Я-образу» на психосоматичний статус правоохоронців / Л. С. Шелег // Гуманітарний Вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний університет імені Григорія Сковороди» : збірн. наук. пр. – Переяслав-Хмельницький, 2015. – Вип. 36. – С. 230–237.

286. Шерешевский А. М. Организация специализированной психиатрической помощи в русско-японскую войну и создание военной психиатрии / А. М. Шерешевский // Военно-медицинский журнал. – 1970. – № 11. – С. 86-88.

287. Шумков Г. Е. Душевное состояние воинов после боев / Г. Е. Шумков // Военный сборник. – 1914. – № 11. – С. 103-126.

288. Шумков Г. Е. Неврозы войны / Г. Е. Шумков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1906. – № 6. – С. 1180-1199.

289. Шумков Г. Е. Чувство тревоги как доминирующая эмоция в период ожидания боя / Г. Е. Шумков // Военный сборник. – 1913. – № 5/6. – С. 95-100.

300. Шумков Г. Е. Эмоции страха, печали, радости и гнева в период ожидания боя / Г. Е. Шумков // Военный сборник. – 1914. – № 2. – С. 109-118.

301. Энциклопедия юридической психологии [общ. ред. А. М. Столяренко]. – М. : Закон и право : ЮНИТИ, 2003. – 607 с.

302. Юнг К. Психологические типы / Юнг К. ; [пер. С. Лорие ; общ. ред. В. Зеленский]. – СПб. : Ювента ; М. : Прогресс-Универс, 1995. – 720 с.

303. Юрична психологія: [підручник ; Александров Д. О.,

Андросюк В. Г., Казміренко Л. І. та ін.; за заг. ред. Л. І. Казміренко, Є. М. Моїсєєва]. – К.: КНТ, 2007. – 360 с.

304. Ягупов В. В. Військова психологія: [підручник]. / В. В. Ягупов. – К. : Тандем, 2004. – 656 с.

305. Язвинская Е. С. Методы интегративной телесно-ориентированной психотерапии в работе с фрустрацией и уровнем притязания / Е. С. Язвинская // Наука і освіта. – 2007. – № 6-7. – С. 46-49.

306. Язвинская Е. С. Феномен телесности: теоретические и практические исследования / Язвинская Е. С. – Сумы : Университетская книга, 2012. – 302 с.

307. Яковлева Е. Л. Эмоциональные механизмы личностного и творческого развития / Е. Л. Яковлева // Вопросы психологии. – 1997. – № 4. – С. 20-27.

308. Якубович Л. Ф. Психиатрическая помощь на Дальнем Востоке в русско-японскую войну (1904-1905 гг.) / Л. Ф. Якубович // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – С.-Пб., 1907. – № 5. – С. 856-875.

309. Яровий Б. Д. Адміністративно-правове регулювання діяльності слідчих підрозділів в органах внутрішніх справ України : [автореф. дис... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 – Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право / Б. Д. Яровий. – К., 2012. – 19 с.

310. Яцків О. С. Психосоматичні захворювання у працівників міліції: сутність та профілактика : [авт. дис... канд.. психол. н.; спец. 19.00.06 – Юридична психологія]. – Харків, 2012. – 22 с.

311. Ainsworth P. B. Police work / Ainsworth Peter B., Ken Pease. // Psychology in Action. – Great Britain by A. Wheaton & Co. ltd., Exeter. 1987. – 182 p.

312. Boudewyns P. A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment / Boudewyns P. A. // Progress in Behavior Modification. – 1996. – № 30. – P. 165-189.

313. Holmes T. H. The social readjustment rating scale / Holmes T. H. & Rahe R. H. // Journal of Psychosomatic Research. – 1967. – № 2. – p. 213-218.

314. Kobasa S. C. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness / Kobasa S. C. // J. of Personality and Social Psychology. – 1979. – № 37. – P. 1-11.

315. Kolb L. C. A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders / Kolb L. C. // Amer. J. Psychiatry. – 1987. – Vol. 144, № 8. – P. 989-995.

316. Mayer J. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence / Mayer J., Di Paolo M., Salovey P. // J. Pers. Assessment. – 1990. – V. 54. – № 3-4. – P. 772-781.

317. Mayer J. Emotional intelligence information / Mayer J., Salovey P. – [Electronic resource]. – 2005. – Mode of access: http://www.unh.edu/emotional_intelligence

318. Salovey P. Some final thoughts about personality and intelligence / Salovey P., Mayer J. // Stenberg J., Ruzlis P. (eds). Personality and intelligence. – Cambridge: Cambr. Univ. Press, 1994. – P. 433-442.

319. Solomon Z. Compensation and psychic trauma: a study of Israeli combat veterans / Solomon Z., Benbenishty R., Waysman M., Bleich A. // Am. J. Orthopsychiatry. – 1994. – Vol. 64, № 1. – P. 91-102.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методики	САН			
	Шкали	Настрій	Активність	Самопочуття
Методика Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна	Ситуативна тривожність	- 0,384	- 0,147	- 0,093
	Особистісна тривожність	- 0,259	- 0,112	- 0,075
Тест М. Люшера	Енергія	0,283	0,442	0,163
	Настрій	0,272	0,238	0,341

Додаток Б

Методики	Методика Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна		
	Шкали	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Тест М. Люшера	Енергія	- 0,271	- 0,287
	Настрій	- 0,236	- 0,252

Методики	Опитувальник Д. Люсіна (ЕmІn)					
	Шкали	МП	МУ	ВП	ВУ	ВЕ
TAS-26	Труднощі ідентифікації почуттів	-0,393	0,016	0,069	0,121	0,234
	Труднощі опису почуттів	0,075	0,017	0,041	0,119	0,195
	Екстернального мислення	0,081	0,054	0,028	0,184	0,138
EQ	Емоційна обізнаність	0,219	0,298	0,283	0,238	0,189
	Управління своїми емоціями	0,184	0,229	0,211	0,343	0,368
	Самомотивація	0,051	0,283	0,248	0,372	0,245
	Емпатія	0,268	0,276	0,287	0,194	0,142
	Розпізнавання емоцій інших людей	0,443	0,316	0,234	0,219	0,024
EmIQ-2	Самоаналіз і самозахист	0,024	0,241	0,317	0,062	0,083
	Вольова саморегуляція	0,142	0,261	0,175	0,344	0,337
	Емоційна відкритість	0,093	0,228	0,064	0,217	0,279
	Соціальна чутливість	0,143	0,331	0,014	0,034	0,038
	Самооцінка чутливості	0,011	0,097	0,142	0,115	0,019
MSCEIT V 2.0	Ідентифікація емоцій	0,337	0,079	0,247	0,218	0,071
	Використання емоцій у вирішенні проблем	0,192	0,373	0,019	0,084	0,153
	Розуміння і аналіз емоцій	0,232	0,278	0,415	0,223	0,229
	Свідоме управління емоціями	0,069	0,093	0,015	0,419	0,337

Методики		TAS-26		
	Шкали	Труднощі ідентифікації почуттів	Труднощі опису почуттів	Екстернального мислення
EQ	Емоційна обізнаність	-0,323	0,152	0,204
	Управління своїми емоціями	0,007	0,165	0,024
	Самотивація	0,006	0,209	-0,449
	Емпатія	0,009	-0,098	-0,121
	Розпізнавання емоцій інших людей	-0,034	0,046	0,134
EmIQ-2	самоаналіз і самозахист	0,221	0,204	0,107
	вольова саморегуляція	0,023	0,253	0,128
	емоційна відкритість	0,038	0,163	0,217
	соціальна чутливість	-0,036	0,023	0,251
	самооцінка чутливості	0,231	0,421	0,283
MSCEIT V 2.0	Ідентифікація емоцій	0,006	0,214	0,117
	Використання емоцій у вирішенні проблем	0,132	0,226	0,221
	Розуміння і аналіз емоцій	-0,362	-0,338	0,109
	Свідоме управління емоціями	0,025	0,146	0,137

Методики		EQ				
	Шкали	Емоційна обізна- ність	Управлін- ня своїми емоціями	Само- моти- вація	Емпа- тія	Розпізнаван- ня емоцій інших людей
Ем IQ-2	Самоаналіз і самозахист	0,228	0,146	0,454	0,049	0,121
	Вольова саморегуляція	0,112	0,454	0,093	0,128	0,207
	Емоційна відкритість	0,226	0,097	0,253	0,072	0,129
	Соціальна чутливість	0,228	0,219	0,116	0,419	0,096
	Самооцінка чутливості	0,307	0,229	0,119	0,282	0,227
MSCEIT V 2.0	Ідентифікація емоцій	0,262	0,131	0,081	0,048	0,179
	Використання емоцій у вирішенні проблем	0,435	0,217	0,185	0,072	0,178
	Розуміння і аналіз емоцій	0,258	0,042	0,179	0,027	0,398
	Свідоме управління емоціями	0,054	0,368	0,339	0,265	0,229

Методики		Ем IQ-2				
	Шкали	Само-аналіз і само-захист	Вольова само-регуляція	Емоційна відкритість	Соціальна чутливість	Само-оцінка чутливості
MSCEIT V 2.0	Ідентифікація емоцій	0,162	0,232	0,273	0,121	0,129
	Використання емоцій у вирішенні проблем	0,228	0,197	0,386	0,079	0,077
	Розуміння і аналіз емоцій	0,478	0,149	0,197	0,313	0,418
	Свідоме управління емоціями	0,074	0,393	0,238	0,179	0,179

Додаток В

Методики	ЕРІ		
	Шкали	Інтроверсія	Нейротизм
ММРІ	Соматизація тривожності	0,044	0,319
	Песимістичність	0,129	- 0,423
	Емоційна лабільність	0,337	0,238
	Імпульсивність	- 0,161	0,364
	Маскулінність – фемінність	0,228	0,427
	Ригідність	- 0,197	- 0,321
	Тривожність	0,062	- 0,369
	Індивідуалістичність	0,311	0,424
	Активність	- 0,064	- 0,017
	Соціальна інтроверсія	0,418	- 0,162

Додаток Г

Мето- дики	Опитувальник ставлення до хвороби													
	Шк а ли	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д	К-ть кор. зв.
Д М В	I	0.145	0.113	0.079	-0.271	0.442	0.238	0.129	0.007	0.038	0.026	0.129	0.072	3
	II	0.211	0.015	0.268	0.058	0.329	0.086	0.019	0.135	-0.434	0.017	0.097	0.375	5
	III	0.069	0.170	0.095	0.064	0.041	0.094	0.013	0.048	-0.392	0.263	0.072	0.428	3
	IV	0.194	0.074	0.328	0.238	0.064	0.367	0.212	-0.337	0.085	0.227	0.196	0.184	6
	V	0.232	0.337	0.008	0.382	0.107	0.142	0.349	0.116	0.096	-0.329	0.068	-0.079	5
	VI	0.161	0.047	0.451	0.447	0.077	0.431	0.174	0.414	0.147	0.025	0.031	0.339	5
	VII	0.319	0.262	0.074	0.188	0.094	0.049	0.012	0.085	0.174	-0.425	-0.337	0.068	4
	VIII	0.431	0.427	0.138	0.075	0.196	0.017	0.314	0.077	0.145	-0.202	-0.459	0.186	5
К-ть кор. Зв'язків		4	3	3	4	2	3	3	3	3	5	2	3	

ВІЙСЬКОВА ЧАСТИНА

3021

Діти-протектори

№ _____
№ _____ від _____

ЗАТВЕРДЖУЮ

Заступник командира військової частини 3021

по роботі з особовим складом
підполковник

В.О. Ілюк

«3» травня 2016 року

АКТ

**впровадження результатів дисертаційної роботи Шелег Лілії Сергіївни
«Психосоматичний статус працівника органів внутрішніх справ» у
практичну діяльність військової частини 3021**

Цим актом засвідчуємо, що матеріали дисертаційного дослідження Шелег Лілії Сергіївни на тему: «Психологія особистості працівника органів внутрішніх справ: психосоматичний статус» знайшли своє відображення в діяльності військової частини 3021 Національної гвардії України. Визначені Шелег Л. С. соціальні та соціально-психологічні детермінанти діяльності органів внутрішніх справ, концептуальні засади впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус військовослужбовця, особистісні передумови виникнення у військовослужбовців психосоматичних розладів використані як навчально-методичні матеріали для проведення занять у системі професійної підготовки НГУ. Надані автором рекомендації щодо організаційно-правових заходів та науково-методичних засад профілактики у військовослужбовців психосоматичних розладів, а також концепція медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні захворювання, схвалені та взяті до відома командуванням частини.

Основні положення авторської концепції профілактики психосоматичних розладів відображені в низці наукових публікацій, з числа яких в діяльності військової частини 3021 Національної гвардії України використовуються наступні:

1) Шелег Л. С. Причини психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ / Шелег Л. С. // Юридична психологія та педагогіка. – 2014. – № 1. – С. 157-164;

2) Шелег Л. С. Особенности темперамента сотрудников органов внутренних дел, склонных к психосоматическим расстройствам / Шелег Л. С. // Вестник Академии МВД Кыргызской Республики им. генерал-майора милиции Алиева Э. А. – Бишкек, 2014. – Вып. № 4. – С. 185-189;

3) Шелег Л. С. Особенности отношения сотрудников органов внутренних дел к собственному психосоматическому статусу / Шелег Л. С. // Euro-American scientific cooperation. International journal. – Hamilton. – 2014. – vol. 7. – P. 83-89;

4) Шелег Л. С. Емоційно-вольова сфера особистості як підґрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників ОВС / Шелег Л. С. /

Особистість у сучасному світі: матер. III Всеукраїнського конгресу з міжнар. участю, 20-22 лист. 2014 р. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство». – С. 490-493;

5) Шелег Л. С. Особливості емоційного регулювання поведінки у працівників органів внутрішніх справ, схильних до психосоматичних розладів / Шелег Л. С. // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Додаток 2 до Вип. 35: Тематичний випуск «Проблеми емпіричних досліджень у психології» – Вип. 11. – К.: Гнозис, 2014. – С. 156-161;

6) Шелег Л. С. Психологічна корекція емоційних станів працівників органів внутрішніх справ, що спричинюють психосоматичні розлади / Шелег Л. С. // Електронний науковий фаховий журнал «Технології розвитку інтелекту». – Том 1, № 8 (2015). – [Режим доступу http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/160];

7) Шелег Л. С. Досвід медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади / Шелег Л. С. // Вісник Національного університету оборони України: збірн. наук. праць. – К.: НУОУ, 2015. – Вип. 1 (44). – С. 259-264;

8) Шелег Л. С. Основні напрями профілактики психосоматичних захворювань у працівників міліції / Шелег Л. С. // Матер. УІ наук.-практ. семінару з міжнар. участю «Актуальні проблеми ресоціалізації засуджених та осіб із відхиленнями у правовій свідомості» (Суми, 24 квіт. 2014 р.). – С. 177-179;

9) Шелег Л. С. Методи корекції психосоматичних розладів у працівників міліції / Шелег Л. С. // Збірн. матер. III Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми юридичної психології», (Київ, 25 квіт. 2014 р.). – С. 249-251;

10) Шелег Л. С. Основні напрями профілактики психосоматичних розладів у працівників міліції / Шелег Л. С. // Збірн. матер. Міжнарод. конф. «Подготовка кадров милиции/полиции: современное состояние, проблемы, перспективы», (Київ, 4 трав. 2012 г.). – К.: НАВС, 2012. – С. 102-104;

11) Шелег Л. С. Заходи профілактики психосоматичних розладів працівників органів внутрішніх справ / Шелег Л. С. // Збірн. матер. У Міжнар. наук.-теорет. конф. «Філософські, методологічні та психологічні проблеми права». – К.: НАВС, 2012. – С. 263-264.

Голова комісії: майор

**Члени комісії: майор
капітан
капітан**

П.В.Захарченко

**В.В.Ковалевський
Д.В.Головченко
І.В.Авілов**

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Солом'янського УП

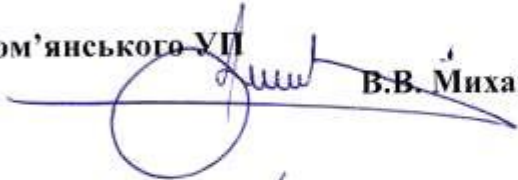
ГУНП у м. Києві

полковник поліції

 **П.Ю. Василенко** «12» вересня 2016 року**АКТ**

впровадження результатів дисертаційної роботи Шелег Лілії Сергіївни «Психосоматичний статус працівника органів внутрішніх справ» у практичну діяльність Солом'янського УП ГУНП в м. Києві

Цим актом засвідчуємо, що матеріали дисертаційного дослідження Шелег Лілії Сергіївни на тему: «Психологія особистості працівника органів внутрішніх справ: психосоматичний статус» знайшли своє відображення в діяльності Солом'янського УП ГУНП у м. Києві. Визначені Шелег Л.С. соціальні та соціально-психологічні детермінанти діяльності органів внутрішніх справ, концептуальні засади впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника, особистісні передумови виникнення у працівників психосоматичних розладів використані як навчально-методичні матеріали для проведення занять у системі службової підготовки працівників Солом'янського УП ГУНП у м. Києві. Надані автором рекомендації щодо організаційно-правових заходів та науково-методичних засад профілактики у працівників психосоматичних розладів сприяють підвищенню ефективності професійної діяльності працівників Національної поліції України.

Голова комісії:**перший заступник начальника Солом'янського УП****підполковник поліції** **В.В. Михайленко****Члени комісії:****начальник ВКЗ Солом'янського УП****капітан поліції** **Л.І. Давиденко****старший інспектор ВКЗ Солом'янського УП****капітан поліції** **В.Є. Шатров**

ЗАТВЕРДЖУЮ

Т.в.о. начальника

Шевченківського УП ГУНП

України в м. Києві

полковник поліції

**Шумейко Д.О.**

2016 року

АКТ

впровадження результатів дисертаційної роботи Шелег Лілії Сергіївни «Психосоматичний статус працівника органів внутрішніх справ» у практичну діяльність Шевченківського УП ГУНП України в м. Києві

Цим актом засвідчуємо, що матеріали дисертаційного дослідження Шелег Лілії Сергіївни на тему: «Психологія особистості працівника органів внутрішніх справ: психосоматичний статус» знайшли своє відображення в діяльності Шевченківського УП ГУНП України в м. Києві. Визначені Шелег Л.С. соціальні та соціально-психологічні детермінанти діяльності органів внутрішніх справ, концептуальні засади впливу стресогенних чинників професійної діяльності на психосоматичний статус працівника, особистісні передумови виникнення у працівників психосоматичних розладів використані як навчально-методичні матеріали для проведення занять у системі службової підготовки працівників Шевченківського УП ГУНП України в м. Києві. Надані автором рекомендації щодо організаційно-правових заходів та науково-методичних засад профілактики у працівників психосоматичних розладів сприяють підвищенню ефективності професійної діяльності працівників Національної поліції України.

Голова комісії:**Перший заступник начальника УП**

полковник поліції

А.В. Долгов**Члени комісії:****Начальник ВКЗ УП**

капітан поліції

В.М. Завальний**Заступник начальника ВКЗ УП**

майор поліції

О.Л. Сахненко

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. Голови апеляційного суду
Чернівецької області

Марчак В.Я.

«16» вересня 2016 року

АКТ

**впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шелег Лілії Сергіївни «Психосоматичний статус працівників органів
внутрішніх справ» у практичну діяльність апеляційного суду
Чернівецької області**

Цим актом засвідчуємо, що матеріали дисертаційного дослідження Шелег Лілії Сергіївни на тему: «Психосоматичний статус працівників органів внутрішніх справ» знайшли своє відображення в практичній діяльності апеляційного суду Чернівецької області. Визначені Шелег Л. С. психологічні особливості професійної діяльності працівників суду, детермінанти ефективності перебігу їх професійної адаптації в умовах практичної діяльності, властиві судовій діяльності стресогенні чинники використані як навчально-методичні матеріали для проведення занять у системі професійної підготовки.

Основні положення авторської концепції удосконалення професійної діяльності працівників суду відображені в низці наукових публікацій, основними з яких є наступні:

1. Шелег Л. С. «Профілактика психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ»: [моногр.] / Шелег Л. С. – Чернівці : Наші книги, 2012. – 415 с.
2. Шелег Л. С. Психологічна корекція емоційних станів працівників органів внутрішніх справ, що спричинюють психосоматичні розлади / Шелег Л. С. // Електронний науковий фаховий журнал «Технології розвитку інтелекту» Том 1, № 8 (2015). – [Режим доступу] http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/160
3. Шелег Л. С. Досвід медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади. / Шелег Л. С. // Вісник Національного університету оборони України: збірн. наук. праць. – К.: НУОУ, 2015. – Вип. 1 (44). – С. 259-264.
4. Шелег Л. С. Психологічні засади впровадження концепції збереження здоров'я особистості в діяльність правоохоронних органів / Шелег Л. С. / Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький

державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Додаток 2 до Вип. 35, Том II (14): Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К.: Гнозис, 2015. – С. 495-503.

Голова комісії:

Секретар судової палати з
розгляду кримінальних справ
апеляційного суду
Чернівецької області



Колотило О.О.

Члени комісії:

Суддя судової палати з
розгляду кримінальних справ
апеляційного суду
Чернівецької області



Петлюк В.І.

Суддя судової палати з
розгляду кримінальних справ
апеляційного суду
Чернівецької області



Підорна С.П.

*Згідно з вимогами суду Морган В.І.
секретаря судової палати з розгляду
кримінальних справ Колотило О.О. та
суддів Петлюк В.І., Підорна С.П.
заставляю.*

новочарківський відділу	
управління персоналом	
Апеляційного суду	
Чернівецької області	
 (підпис)	 (підпис та посада)
2016	

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор
Харківського національного
університету внутрішніх справ,
кандидат педагогічних наук,
полковник поліції

Д.В. Швець



**впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шелег Лілії Сергіївни «Психосоматичний статус особистості працівника
Національної поліції України» в практичну діяльність відділення
психологічного забезпечення відділу кадрового забезпечення
Харківського національного університету внутрішніх справ**

Цим актом засвідчуємо, що матеріали дисертаційного дослідження Шелег Лілії Сергіївни на тему «Психосоматичний статус особистості працівника Національної поліції» знайшли своє відображення в практичній діяльності відділення психологічного забезпечення відділу кадрового забезпечення Харківського національного університету внутрішніх справ. Визначені Шелег Л.С. гносеологічні засади психологічного дослідження психосоматичного статусу особистості, особистісні передумови виникнення психосоматичних розладів у працівників Національної поліції, організаційно-правові заходи та науково-методичні засади профілактики у них психосоматичних розладів використані при здійсненні психопрофілактичної роботи з постійним та перемінним складом Харківського національного університету внутрішніх справ.

Основні положення авторської концепції відображені в низці наукових публікацій, основними з яких є наступні:

1. Шелег Л. С. Генезис та профілактика психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ. – К.: НАВС, 2015. – 384 с.
2. Шелег Л. С. Особливості емоційного регулювання поведінки у працівників органів внутрішніх справ, схильних до психосоматичних розладів / Шелег Л. С. // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Дод. 2 до Вип. 35: Тематичний випуск «Проблеми емпіричних досліджень у психології». – Вип. 11. – К.: Гнозис, 2014. – С. 156-161.
3. Шелег Л. С. Досвід медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади / Шелег Л. С. // Вісник Національного

університету оборони України: збірн. наук. праць. – К.: НУОУ, 2015. – Вип. 1 (44). – С. 259-264.

4. Шелег Л. С. Психологічні засади впровадження концепції збереження здоров'я особистості в діяльність правоохоронних органів / Шелег Л. С. / Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» – Додаток 2 до Вип. 35, Том II (14): Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К.: Гнозис, 2015. – С. 495-503.

5. Шелег Л. С. Содержание и структура медико-психологической реабилитации лиц, имеющих психосоматические расстройства / Шелег Л. С. // Журнал «Международное право и проблемы интеграции». – 2015. – №4(44). – С. 96-102.

6. Шелег Л. С. Можливості психологічного супроводження емоційних станів працівників органів внутрішніх справ, що спричинюють психосоматичні розлади / Шелег Л. С. // Актуальні проблеми психології: збірн. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. – Миколаїв: Іліон, 2015. – Том VII. Екологічна психологія. – Випуск 38. – С. 530-542.

7. Шелег Л. С. Психологічне забезпечення профілактики психосоматичних розладів у працівників міліції / Шелег Л. С. // Збірник наукових статей Київського міжнародного університету й Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. Серія: Психологічні науки: проблеми і здобутки. – Вип. 7. – К.: Киму, 2015. – С. 359-373.

8. Шелег Л. С. Особливості та зміст процедури психологічної корекції працівників правоохоронних органів, які страждають на психосоматичні розлади / Шелег Л. С. // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія №12. Психологічні науки: збірн. наук. праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. – №2 (47). – С. 261-267.

Голова комісії:

**Начальник відділу кадрового забезпечення,
підполковник поліції**

В.В. Безусий

Члени комісії:

**Начальник відділення психологічного забезпечення
підполковник поліції**

Н.А. Новікова

**Начальник відділення роботи з постійним складом
капітан поліції**

Д.О. Мудрий

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор
Одеського державного університету
внутрішніх справ,
кандидат юридичних наук, доцент

С. В. Албул

« 22 »

2015 р.

АКТ

впровадження результатів дисертаційної роботи Шелег Лілії Сергіївни «Психологія особистості працівника органів внутрішніх справ: психосоматичний статус» у навчальний процес Одеського державного університету внутрішніх справ

Комісія у складі: голови – в.о. начальника кафедри психології та педагогіки, доктора психологічних наук, професора Яковенка Сергія Івановича, членів комісії доцента кафедри психології та педагогіки, кандидата юридичних наук, доцента, підполковника міліції Меркулової Юлії Василівни; в.о. начальника кафедри криміналістики та судової медицини, доктора юридичних наук, професора Цільмак Олени Миколаївни; склала цей акт про те, що результати дисертаційного дослідження здобувача кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ Шелег Лілії Сергіївни на тему: «Психологія особистості працівника органів внутрішніх справ: психосоматичний статус» впроваджені у навчальний процес та науково-дослідну роботу університету.

1. Матеріали дисертаційного дослідження Шелег Л. С. застосовуються у навчальному процесі при підготовці та проведенні лекцій, семінарських і практичних занять із курсантами, слухачами і студентами з дисциплін «Юридична психологія», «Конфліктологія», «Професійно-психологічна підготовка працівників ОВС».

2. Результати дисертаційного дослідження Шелег Л.С. відображені у науково-практичних і навчально-методичних матеріалах для курсантів, студентів, слухачів магістратури та ад'юнктів, де в якості джерел рекомендовано такі публікації:

Шелег Л. С. Історія вчення про психосоматичні розлади та психосоматичні захворювання / Шелег Л. С. // Юридична психологія та педагогіка. – 2013. – №2. – С. 235-244;

Шелег Л. С. Причини психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ / Шелег Л. С. // Юридична психологія та педагогіка. – 2014. – № 1. – С. 157-164;

Шелег Л. С. Особенности темперамента сотрудников органов внутренних дел, склонных к психосоматическим расстройствам / Шелег Л. С. // Вестник Академии МВД Кыргызской Республики им. генерал-майора милиции Алиева Э. А. – Бишкек, 2014. – Вып. № 4. – С. 185-189;

Шелег Л. С. Особенности отношения сотрудников органов внутренних дел к собственному психосоматическому статусу / Шелег Л. С. // Euro-American scientific cooperation. International journal. – Hamilton. – 2014. – vol. 7. – P. 83-89;

Шелег Л. С. Емоційно-вольова сфера особистості як підґрунтя виникнення психосоматичних розладів у працівників ОВС / Шелег Л. С. / Особистість у сучасному світі: матер. III Всеукраїнського конгресу з міжнар. участю, 20-22 лист. 2014 р. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство». – С. 490-493;

Шелег Л. С. Динаміка мотивації професійної діяльності у працівників міліції, які схильні до психосоматичних розладів / Шелег Л. С. // Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Київ, 2014. – Том. 11. – Вип. 13. – С. 544-550;

Шелег Л. С. Методологічні засади вивчення психосоматичного статусу особистості працівника органів внутрішніх справ / Шелег Л. С. // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Додаток 1 до Вип. 35, Том VIII(59): Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». – К.: Гнозис, 2015. – С. 387-394;

9) Шелег Л. С. Особливості емоційного регулювання поведінки у працівників органів внутрішніх справ, схильних до психосоматичних розладів / Шелег Л. С. // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Додаток 2 до Вип. 35: Тематичний випуск «Проблеми емпіричних досліджень у психології» – Вип. 11. – К.: Гнозис, 2014. – С. 156-161;

3. Зазначені праці підтвердили високий теоретичний і навчально-методичний рівень, практичну доступність і доцільність за результатами використання під час підготовки та проведення усіх видів занять.

Голова комісії:

Члени комісії:

С.І. Яковенко

Ю. В. Меркулова

О. М. Цільмак

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор
Національної академії
внутрішніх справ,
доктор юридичних наук,
професор



С.Д. Гусарєв

А К Т

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження здобувача
кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ
Шелег Лілії Сергіївни на тему: «Психологія особистості працівника
органів внутрішніх справ: психосоматичний статус» у навчальний процес
та науково-дослідну роботу Національної академії внутрішніх справ**

Комісія у складі: завідувача кафедри юридичної психології, доктора психологічних наук, доцента Кудерміної Олени Іванівни (голова комісії), начальника відділу організації науково-дослідної роботи, кандидата юридичних наук Бодюла Євгена Миколайовича та начальника навчально-методичного центру, кандидата юридичних наук, доцента Корж-Ікаєвої Таїсії Григорівни склала цей акт про те, що результати дисертаційного дослідження здобувача кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ Шелег Лілії Сергіївни на тему: «Психологія особистості працівника органів внутрішніх справ: психосоматичний статус» впроваджені у навчальний процес та науково-дослідну роботу академії.

1. Матеріали дисертаційного дослідження Шелег Л.С. застосовуються у навчальному процесі при підготовці та проведенні лекцій, семінарських і практичних занять зі слухачами та курсантами з курсів «Юридична психологія», «Професійно-психологічна підготовка», «Психологія юридичної діяльності», «Психологічне забезпечення правоохоронної діяльності», а також у рамках підвищення кваліфікації слідчих та працівників оперативних підрозділів згідно з затвердженими МВС України навчальними програмами післядипломної освіти Національної академії внутрішніх справ.

2. Результати дисертаційного дослідження Шелег Л.С. відображені у науково-практичних і навчально-методичних матеріалах для курсантів, студентів, слухачів магістратури та ад'юнктів, де в якості джерел рекомендовано такі публікації:

– Історія вчення про психосоматичні розлади та психосоматичні захворювання // Юридична психологія та педагогіка. – 2013. – № 2. – С. 235-244;

– Причини психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ // Юридична психологія та педагогіка. – 2014. – № 1. – С. 157-164;

– Емоційно-вольова сфера особистості як підгрунття виникнення психосоматичних розладів у працівників ОВС / Особистість у сучасному світі: матер. III Всеукраїнського конгресу з міжнар. участю, 20-22 лист. 2014 р. – К., – С. 490-493;

– Основні напрями профілактики психосоматичних захворювань у працівників міліції: матер. VI наук.-практ. семінару «Актуальні проблеми ресоціалізації засуджених та осіб із відхиленнями у правовій свідомості» (Суми, 24 квіт. 2014 р.). – С. 177-179;

– Методи корекції психосоматичних розладів у працівників міліції: збірн. матер. III Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми юридичної психології» (Київ, 25 квіт. 2014 р.). – с. 249-251;

– Соціальні детермінанти діяльності ОВС: тези доповідей та повідомлень Міжнар. наук.-практ. конф. «Теорія та практика протидії злочинності в сучасних умовах» (Львів, 31 жовт. 2014 р.). – С. 345-348;

3. Зазначені праці підтвердили високий теоретичний і навчально-методичний рівень, практичну доступність і доцільність за результатами використання під час підготовки та проведення усіх видів занять.

Голова комісії

Члени комісії



О.І. Кудерміна

Є.М. Бодюл

Т.Г. Корж-Ікаєва

ЗАТВЕРДЖУЮ



АКТ

18.04.2016

м. Львів

№ 30

Про впровадження результатів дисертації
Шелег Лілії Сергіївни
на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук за темою
«Психосоматичний статус працівника органів внутрішніх справ»
в освітній процес

Уклала експертна комісія з виявлення, узагальнення та впровадження позитивного досвіду роботи у складі:

- начальника відділу організації наукової роботи кандидата юридичних наук, майора поліції Павлик Л.В.
- начальника навчально-методичного відділу кандидата юридичних наук, доцента, полковника поліції Строцького Р.С.;
- декана факультету № 7 доктора юридичних наук, професора Кісіль З.Р.
- завідувача кафедри психології доктора психологічних наук, доцента Романюк Л.В.;

Комісія відповідно до наказу по університету від 24.09.2012 № 431 розглянула й узагальнила матеріали дисертації та наукові праці Лілії Сергіївни Шелег за темою: Психосоматичний статус працівника органів внутрішніх справ», зокрема публікації:

1. Шелег Л. С. Історія вчення про психосоматичні розлади та психосоматичні захворювання / Шелег Л. С. // Юридична психологія та педагогіка. – 2013. – №2. – С. 235-244;

2. Шелег Л. С. Причини психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ / Шелег Л. С. // Юридична психологія та педагогіка. – 2014. – № 1. – С. 157-164;

3. Шелег Л. С. Особенности «Я-образа» как детерминанта возникновения психосоматических расстройств у сотрудников органов внутренних дел / Шелег Л. С. // Вестник Академии МВД Кыргызской Республики им. генерал-майора милиции Алиева Э. А. – Бишкек, 2014. – Вып. № 2. – С. 159-163;

4. Шелег Л. С. Особенности темперамента сотрудников органов внутренних дел, склонных к психосоматическим расстройствам / Шелег Л. С. // Вестник Академии МВД Кыргызской Республики им. генерал-майора милиции Алиева Э. А. – Бишкек, 2014. – Вып. № 4. – С. 185-189;

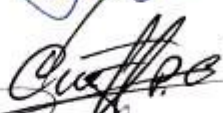
5. Шелег Л. С. Особенности отношения сотрудников органов внутренних дел к собственному психосоматическому статусу / Шелег Л. С. // Euro-American scientific cooperation. International journal. – Hamilton. – 2014. – vol. 7. – P. 83-89;

6. Шелег Л. С. Емоційно-вольова сфера особистості як підгрунття виникнення психосоматичних розладів у працівників ОВС / Шелег Л. С. / Особистість у сучасному світі: матер. III Всеукраїнського конгресу з міжнар. участю, 20-22 лист. 2014 р. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство». – С. 490-493;

7. Шелег Л. С. Динаміка мотивації професійної діяльності у працівників міліції, які схильні до психосоматичних розладів / Шелег Л. С. // Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Київ, 2014. – Том. 11. – Вип. 13. – С. 544-550;

На основі проведеного аналізу комісія зробила висновок, що матеріали дисертації та наукові праці Л. С. Шелег містять науково обґрунтовані теоретичні положення і практичні рекомендації та запроваджені для використання в освітньому процесі Львівського державного університету внутрішніх справ, зокрема при викладанні навчальних дисциплін «Юридична психологія», «Конфліктологія», «Професійно-психологічна підготовка працівників ОВС», а також рекомендовані до вивчення під час самостійної роботи курсантів, студентів та слухачів.

Члени комісії:

 Л.В. Павлик
 Р.Є. Строцький
 З.Р. Кісіль
 Л.В. Романюк

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової
роботи та міжнародних
зв'язків, доктор хімічних
наук, професор
Фочук П.М.



« 12 » вересня 2016 р.

Акт

впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шелег Лілії Сергіївни
на тему «Психологічний статус працівників органів внутрішніх справ»
у навчальний процес Чернівецького національного університету
імені Юрія Федьковича

Комісія у складі голови – декана юридичного факультету проф. П.С. Пацурківського, в.о. завідувача кафедри юридичної психології, доктора юридичних наук, доцента О.К. Черновського та членів: кандидата медичних наук кафедри юридичної психології, доцент Гриндей Л.М., перевірили стан впровадження результатів наукового дослідження Шелег Л.С., та дійшла до висновку, що вони використовуються наступним чином:

№ п/п	Зміст положення	Де використано
1.	Психологічні особливості юридичної діяльності та їх стресогенна сутність (розділ 2 дисертації);	Дисципліна «Юридична психологія», Тема «Психологічна характеристика юридичної діяльності»;
2.	Організаційно-правові заходи та науково-методичні засади профілактика психосоматичних розладів у юристів (розділ 4 дисертації);	Дисципліна «Судова психіатрія», Тема «Психологічна характеристика судової психіатрії»;

3.	Впровадження принципів здорового способу життя та концепції збереження здоров'я особистості в діяльність правоохоронних органів (підрозділ 4.2 дисертації).	Дисципліна «Судова медицина», Тема «Психологічні особливості судової медицини».

Голова комісії
декан юридичного факультету


П.С. Пацурківський

Члени комісії:


О.К. Черновський
Л.М. Гриндей

ЗАТВЕРДЖУЮ

Заступник директора з науково-методичної роботи, кандидат юридичних наук, доцент

З.Ф. Сіверс

2016 року

АКТ

**впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шелег Лілії Сергіївни «Психосоматичний статус особистості працівника
Національної поліції України» в науково-дослідну діяльність лабораторії
психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної
психології НАПН України**

Цим актом засвідчуємо, що матеріали дисертаційного дослідження Шелег Лілії Сергіївни на тему «Психосоматичний статус особистості працівника Національної поліції України» знайшли своє відображення в діяльності лабораторії психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. Визначені Шелег Л. С. соціальні детермінанти діяльності Національної поліції України, здійснена характеристика соціального захисту працівників Національної поліції України як засобу протидії психосоматичним розладам та виявлені особливості впровадження принципів здорового способу життя та концепції збереження здоров'я особистості в діяльність Національної поліції України використані при визначенні перспективних напрямів наукових досліджень та підготовці науково-практичних рекомендацій для практичних психологів.

Основні положення авторської концепції відображені в низці наукових публікацій, основними з яких є наступні:

1. Шелег Л. С. Генезис та профілактика психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ. – К.: НАВС, 2015. – 384 с.

2. Шелег Л. С. Психологічні засади впровадження концепції збереження здоров'я особистості в діяльність правоохоронних органів / Шелег Л. С. / Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» – Додаток 2 до Вип. 35, Том II (14): Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К.: Гнозис, 2015. – С. 495-503.

3. Шелег Л. С. Впровадження принципів здорового способу життя в діяльність органів внутрішніх справ / Шелег Л. С. / Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» – Додаток 2 до Вип. 35, Том III(15): Тематичний випуск

«Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К.: Гнозис, 2015. – С. 405-411.

5. Шелег Л. С. Содержание и структура медико-психологической реабилитации лиц, имеющих психосоматические расстройства / Шелег Л. С. // Журнал «Международное право и проблемы интеграции». – 2015. – №4 (44). – С. 96-102.

6. Шелег Л. С. Можливості психологічного супроводження емоційних станів працівників органів внутрішніх справ, що спричиняють психосоматичні розлади / Шелег Л. С. // Актуальні проблеми психології: збірн. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. – Миколаїв: Іліон, 2015. – Том VII. Екологічна психологія. – Випуск 38. – С. 530-542.

7. Шелег Л. С. Психологічне забезпечення профілактики психосоматичних розладів у працівників міліції / Шелег Л. С. // Збірник наукових статей Київського міжнародного університету й Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. Серія: Психологічні науки: проблеми і здобутки. – Вип. 7. – К.: Киму, 2015. – С. 359-373.

8. Шелег Л. С. Особливості та зміст процедури психологічної корекції працівників правоохоронних органів, які страждають на психосоматичні розлади / Шелег Л. С. // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія №12. Психологічні науки: збірн. наук. праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. – №2 (47). – С. 261-267.

Голова комісії:



Духневич В. М., завідувач лабораторії психології політико-правових відносин, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник

Члени комісії:



Кочубейник О. М., доктор психологічних наук, старший науковий співробітник



Осадько О. Ю., кандидат психологічних наук, доцент

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор
Українського науково-дослідного інституту
соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України
доктор медичних наук, с.н.с.



[Signature]

І.Я. Пінчук

«20» грудня 2016 р.

А К Т

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача кафедри юридичної психології Національної академії
внутрішніх справ Шелег Лілії Сергіївни у наукову діяльність
Українського науково-дослідного інституту соціальної і
судової психіатрії та наркології МОЗ України**

Комісія у складі: завідувача відділу соціальної та клінічної наркології, доктора медичних наук, професора Табачнікова Станіслава Ісаковича; головного наукового спеціаліста відділу соціальної та клінічної наркології, доктора медичних наук, професора Харченка Євгена Миколайовича; доктора медичних наук, старшого наукового співробітника, провідного наукового співробітника відділу соціальної та клінічної наркології Осуховської Олени Сергіївни склала цей акт про те, що результати дисертаційного дослідження здобувача кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ Шелег Лілії Сергіївни «Психосоматичний статус особистості працівника Національної поліції України» на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.06 – юридична психологія, впроваджені у наукову діяльність інституту.

Зазначені матеріали підтвердили високий теоретичний та навчально-методичний рівень дослідження, практичну доступність і доцільність за результатами використання під час проведення наукових розробок інституту.

Голова комісії

[Signature]

д.м.н., проф. Табачніков С.І.

Члени комісії

[Signature]

д.м.н., проф. Харченко Є.М.

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології
Міністерства охорони здоров'я
ЗАСВІДЧУЮ
Нач. відділу кадрів
20.12.2016



д.м.н., с.н.с. Осуховська О.С.