

Справочное пособие для специалистов среднего звена
охраны образовательных организаций

Н.А.СТЕПАНОВ

PRAEMONITUS - PRAEMUNITUS

Часть I. ПСИХОЛОГИЯ ПЕРСОНАЛА И БЕЗОПАСНОСТЬ

СРО предприятий безопасности
«Школа без опасности»

2015 год

СОДЕРЖАНИЕ:

- **РАЗДЕЛ I.** Особенности психологической подготовки персонала охраны образовательных организаций. 3
- **РАЗДЕЛ II.** Центральная нервная система - главнокомандующий в действиях, поступках и поведении персонала охраны. 15
- **РАЗДЕЛ III.** Допуск к профессии. История формирования правовых оснований и методики получения медицинских показаний и необходимость ее изменений. 31
- **РАЗДЕЛ IV.** Профессиональная фильтрация претендентов при отборе персонала охраны образовательных организаций. 71
- **РАЗДЕЛ V.** Роль положительных эмоций в формировании мотивации исполнителей охранных услуг. Возможные мотивации в современной охранной деятельности. 117
- **РАЗДЕЛ VI.** Виды стрессов и депрессий как результат системных психологических перегрузок в деятельности охраны образовательных организаций. Борьба за качество - борьба за эмоциональную разгрузку персонала частной охраны. 145
- **РАЗДЕЛ VII.** Страхи и пограничные психические состояния как результат разрушения центральной нервной системы сотрудников охраны образовательных организаций. Роль начальника охраны в профессиональной фильтрации персонала. 169



«Самый лучший человек тот, кто живет преимущественно своими мыслями и чужими чувствами, самый худший сорт человека - который живет чужими мыслями и своими чувствами. Из различных сочетаний этих четырех основ, мотивов деятельности - все различие людей».

Л.Н.Толстой

РАЗДЕЛ I

Особенности психологической подготовки персонала охраны образовательных организаций

Для любителей охранной психологии

Уважаемые господа! Мы приглашаем всех любителей и специалистов-профессионалов в области психологии охраны принять участие в работе по новому направлению. Психология охраны достойна избранного названия, поскольку занимает значительное место на пересечении охранных и психологических наук, где сочетается понимание проблем и направление оказания психологической помощи нашему кормильцу - охраннику. Как и умение профессионально прогнозировать действия нарушителя порядка, установленного собственником охраняемого объекта в его локальных документах.

В качестве вступления: мне самому интересно было узнать, что гипотезу совместного пребывания, единения души и тела выдвинул впервые Аристотель 24 века назад, за 1500 лет до Фомы Аквинского. Поскольку психология – «наука о душе», греческого мыслителя можно назвать «первопсихологом» из известных истории ученых мужей.

Что такое психологическая подготовка в целом и в частности?

Психология - наука о душе. Опираясь этими же понятиями, материалисты говорят «о сознании человека». Психологическая подготовка - проведение работы о настраивании сознания и самосознания. О методике, о подходах к эффективности настраивания. И все же «душа» - понятие идеологическое. Отсюда определение учебной дисциплины: комплекс идеологических и организационных мероприятий руководителей частной

охранной организации, направленный на достижение высокой степени готовности охранников к выполнению стоящих перед ними задач.

Уточним: речь идет о психологической подготовке охранников. Но не всех, а только охранников образовательных организаций. Местами мы вынужденно будем расширять круг субъектов подготовки. Но ни телохранители, ни охранники, сопровождающие перевозки, ни многие другие охранники по иным видам услуги и типам охраняемых объектов в круг наших исследований не попадают. Как и сами не касающиеся образовательных организаций технологии охраны и стандарты, их определяющие в целом. Психологическая подготовка - часть стандартов организации - Саморегулируемой организации «Школа без опасности». Настоящее учебное пособие пишется как одно из пояснений стандартов организации.

Еще уточнение: нами даются рекомендации по организации психологической подготовки охранников общеобразовательных организаций города Москвы. Которые, скорее всего, имеют существенное социально-психологическое отличие от охранников общеобразовательных организаций Урала, Смоленщины или Дальнего Востока: из-за режимов работы, траекторий поездок на объект, организации руководства и систем проверок, требований местных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих управление в сфере образования и по другим причинам. Сравнений и анализа мы не проводим, поскольку не изучались особенности социального состава школьных охранников и его мотивации по всей России.

Коллеги из других регионов могут проделать при желании ту же работу, применив нашу методику. В то же время для общеобразовательных организаций психологическая подготовка не что иное, как одна из активных форм охранно-профилактического противодействия угрозам безопасности образовательному процессу и образовательной среде, так как угрозы своей безопасности школа вырабатывает внутри себя, и они распознаются правильно организованной психологической подготовкой ответственных лиц. «Кто предупрежден, тот вооружен» (*praemonitus - praemunitus* - лат.).

На этих страницах мы совместно будем продвигаться в изучении так необходимой в ряду охранных наук «нашей» психологии. Начнем впредь размещать в интернете и в печатных узкопрофильных изданиях наиболее примечательные профессиональные практические наблюдения, сочетая их с взглядами ученых авторитетов и результатами мониторинга состояния безопасности образовательных организаций.

Нам с вами хорошо известно, что любой руководитель в сфере частной охраны в значительной мере психолог. И даже психотерапевт. Поскольку в его обязанности входят наблюдение, прогнозирование, профилактика и удержание «русла» охранной деятельности, по которому движется мысль, обеспечение готовности, способности охранника правильно и грамотно со-

вершать те практические действия, что ожидаем и мы, и получатель услуги. Используя методики практической психологии и психотерапии, мы можем и должны находить и передавать подчиненным актуальные для охраны знания. Обучать исполнителей услуги где и как необходимые знания можно находить самим и правильно ими пользоваться.

Вспомните наиболее известные варианты, формы, способы передачи знаний в частной охране, которые приходилось воочию наблюдать: гуру (так можно назвать и наставника, если таковые отыскиваются). Бизнес-тренер (вы хором вскрикнули - Краюшенко!). В психологии имеется аналог: тренер-психолог. Но в частной охране - не встречал! Психолог-консультант и психотехнолог. Сочетанными знаниями перечисленных профессий должны в некоторой степени владеть начальники охраны групп объектов. Ведь без этого притормаживается дальнейшее продвижение отрасли по линии развития качества. Полагаю, что читатели печатных изданий, как и посетители порталов, согласятся с постановкой не требующего подтверждений вопроса: начальник охраны обязан в знаниях всех без исключения охранных наук стоять на много голов выше подчиненных охранников. Без заметного преобладания интеллекта не может быть речи о формировании авторитета в спарке «руководитель-подчиненный».

Без заметного преобладания интеллекта и профессиональных знаний любой подчиненный начнет начальника втайне презирать. Втихомолку издеваться. Качество охраны захромает. Механизм процессов нарушится. Подчиненный (часто справедливо) начнет поступать по-своему. И воспребладает махновщина. Психологически подготовленный и нацеленный на общественный результат подчиненный найдет возможность погасить эмоции. Верьте! Жизнь возьмет свое!

Психология входит в перечень предметов-дисциплин, подлежащих изучению в НОУ по типовой программе профессионального обучения для работы в качестве частного охранника - «Программа профессиональной подготовки охранников» (приложение №1 к приказу МВД России от 25.08.2014г. №727). Из спортивного интереса не станем заглядывать даже одним глазком в конспекты наших уважаемых коллег, мастеров профессионального обучения за вознаграждение. А построим весь курс «Психология охраны» или (как стоит в плане) «Психологическая подготовка» заново сами, ориентируясь на хорошо поставленную в Москве охрану образовательных организаций, на наработки СРО «Школа без опасности», на фундамент, заложенный группой «СТАРК-Безопасность» и лучшими практиками, охраняющими школы за последние 10 и даже 20 лет. Интересно, что из 450-ти существующих мировых школ психологии более половины посвящены детской и подростковой психологии.

Новое направление исследовательской деятельности предназначено для начальников охраны и для тех креативных охранников, что стремят-

ся к карьерному росту и желали бы составить конкуренцию шабашкиным и пилюлькиным, которых, увы, пока большинство. Времени на учебу, на самосовершенствование не остается. Умный учится всю жизнь. Дурак подменяет возможность обогатиться знаниями покупкой липовых бумажек. Опять «увы». В частной охране во многом пока так. НОУ - наиболее слабое и уязвимое поле нашей деятельности. Вносите свою лепту в выправление положения. Здесь - по психологической подготовке готовности охранников. Именно так. Ведь человек существо общественное.

Подготовка охранников образовательных организаций

«Подготовка» морфологически связана со словом «готовность». Психологическая подготовка охранников - это область применения науки психология, прежде всего для начальников охраны группы объектов в помощь становлению их руководящей роли в создании атмосферы понимания подчиненными охранниками поставленных задач и создания необходимого профессионалам настроения, обеспечивающего качественное выполнение квалификационных требований по профессии (здесь и далее - автор).

Если тактико-специальную подготовку без сомнения можно назвать стержневой, основополагающей наукой для всего цикла охранных наук, психологическая подготовка персонала есть не что иное, как бы ее комиссар или духовный отец, добрый наставник. Объясняющий через бытие и определяющий сознание, подготавливающий каждого исполнителя к необходимости строго установленного инструкциями поведения.

В психологическую подготовку охранников начальниками охраны и другими руководителями частных охранных организаций входят:

- организационные мероприятия ЧОО И СРО по созданию общего благоприятного психологического климата готовности охраны, по созданию источников положительных эмоций, влияющих на готовность всего коллектива и личности в ЧОО к выполнению задач по охране образовательных организаций;

- обучение начальников охраны проведению отбора персонала охранников образовательных организаций, психологически способного к выполнению задач по охране объектов с детьми;

- обучение начальников охраны, по мере их возможности и в пределах компетенции, выявлять и устранять причины и условия, деструктивно влияющие на возникновение эмоциональных стрессов и развитие депрессий персонала на каждом отдельно взятом посту;

- обучение начальников охраны знаниям и учету особенностей детской и подростковой психологии, проектируя их на комплекс угроз и рисков конкретному объекту образования, исходя из которых просчитываются и

профилактируются действия возможных нарушителей путем опосредованного влияния на психологический механизм отказа от совершения правонарушений. Тогда угрозы превращаются управляющим лицом (вами, начальники охраны!) в управляемые риски;

- обучение начальников охраны умениям определять и выявлять индивидуальные случаи психологической неготовности к выполнению задач, обучение умениям исправлять поведение охранника методами психологической науки, либо отделять «неподдающиеся» клинические случаи развития состояний, предшествующих серьезному заболеванию души, для привлечения своевременной помощи специалистов.

Практические действия начальников охраны сводятся к отстранению «клиников» от работы. После чего вызывающий сомнения в психической адекватности охранник легко переходит на работу в другой ЧОП. Система частной охраны пока не защищена от рецидива ошибок. Нам с вами предстоит попытаться повлиять на ее перестроение.

Уважаемая журналистка Е.Крамер в 2009 году приводила следующие фактические материалы по «клиническим» случаям с частными охранниками, которые прошли незамеченными мимо начальников охраны в различных регионах России:

«По данным Всемирной организации здравоохранения, около 25% жителей России нуждаются в психиатрической помощи. При этом две трети из них ни разу в жизни не были у психиатра и могут даже не подозревать о том, что с ними далеко не все в порядке.

Некоторые из потенциальных клиентов психиатра даже работают в охране и имеют лицензию. И если случится нервный срыв - они будут вооружены и очень опасны...

В Новосибирске сотрудница банка сделала охраннику замечание, возникла ссора, охранник направил в ее сторону служебное оружие и привел его в боевую готовность. Женщина попыталась нажать кнопку вызова милиции, и была застрелена на месте. На суде убийца был признан вменяемым, в то же время эксперты указали на такие психологические особенности подсудимого, как эмоциональная неустойчивость, честолюбие, демонстративно выраженная потребность в признании, завышенный уровень самооценки - что в сумме вызвало серьезные сомнения в обоснованности выдачи ему лицензии на право ношения оружия.

В Иркутской области сотрудник охраны промышленного предприятия совершил тройное убийство, попытавшись припрятать трупы прямо у проходной. Наказание виновник не понес - было установлено, что в момент убийства он не осознавал характера своих действий и не мог себя контролировать, ранее наблюдался у психиатра с диагнозом «шизофрения», а за год до совершения убийства был доставлен в больницу прямо с рабочего места.

Сотрудник одного из ЧОПов столицы зверски зарезал собственную жену и полторагодовалого сына. Обвинение было выдвинуто по 105-й статье УК (убий-

ство с особой жестокостью), но в ходе комплексной психолого-психиатрической экспертизы охранник был признан невменяемым.

В иркутском кафе посетитель возмущился высокой стоимостью чашки кофе, секьюрити вывел его из помещения «на разборку», в ходе которой застрелил клиента из травматического пистолета...

Подобных трагедий, где в качестве обвиняемых фигурируют сотрудники охранных предприятий или собственных служб безопасности, к сожалению, довольно много. При этом крайне редко охранники совершают преступления, находясь «в здравом уме и трезвой памяти» - в большинстве случаев речь идет о разного рода помрачениях, вызванных хроническим психическим заболеванием, состоянием аффекта (читай - повышенной возбудимостью) или повышенной агрессивностью в состоянии алкогольного опьянения.

Практически всегда в таких случаях задается вопрос: «Каким образом такой человек мог оказаться на работе в охранном предприятии?» И действительно, как?»

Характерным современным примером «психологической готовности» к тяжким преступлениям явилось буйство охранника С.Комарова, напавшего с табельным оружием на прихожан в православном храме Южно-Сахалинска 09.02.2014 года...

Состояние Комарова оставалось за рамками внимания руководителей частной охранной организации, по-видимому, не занимавшихся психологической подготовкой персонала. В связи с чем действие лицензии на охранную деятельность частной охранной организации было приостановлено.

«Массу нарушений выявила прокуратура в ходе проверки всех 125 частных охранных организаций (ЧОП) Сахалинской области после того, как 9 февраля 2014 года сотрудник ЧОП "Центурия" С.Комаров расстрелял прихожан в Воскресенском соборе Южно-Сахалинска.

"В ходе проверки ЧОПов выявлены охранники, владеющие огнестрельным оружием, которые состоят на учете в психоневрологическом диспансере, а также страдающие алкоголизмом и наркоманией и состоящие на учете в наркологическом диспансере", - сообщил в среду журналистам прокурор Сахалинской области Николай Рябов.

По его словам, порядка 80 сотрудников ЧОП имели поддельные лицензии охранников.

"Все материалы нашей проверки направлены в следственные органы, по ним возбуждены уголовные дела, которые сейчас расследуются». Сайт «Гардинфо», июнь 2014г.

Когда изложенные положения (возможно) войдут в учебные пособия, сложится независимое «учение» о влиянии факторов психологической подготовки на охрану образовательных организаций. Разве этого мало?

Почему психологическая подготовка охранников оказалась «малоценкой» в охранных науках?

Для начала предлагаю всем коллегам перечитать публикацию в блоге Степанова Н.А. на сайте «Гардинфо» в ноябре 2013г. «Дистрофия отдельно взятого большого». Коллегам, не интересовавшимся ранее кухней охранных наук, станет понятна хотя бы разница в действительной стоимости специальных знаний и их оценкой рынком – в 37,03 раза. Рекомендуемый материал 2013 года является как бы необходимой прамбулой к тому, что вы прочитаете здесь (и далее по мере развития темы) о психологической подготовке. А еще в материале приводится и авторская, и общественная оценка расплодившимся продавцам фальшивых знаний. Мошенникам от науки.

Если прочитали указанный довольно обширный материал, назову итоги небольшого социально-психологического опроса, организованного ради выяснения мелкого частного обстоятельства: «что у охранников, прошедших профессиональную подготовку в НОУ, осталось от обучения дисциплине «психологическая подготовка»?

Предлагалось несколько совсем простых вопросов:

1. В каком году Вами получен документ о прохождении обучения в НОУ?
2. Вы на самом деле проходили обучение или купили диплом?
3. Если проходили обучение, сколько часов занятий прослушали «на самом деле»?
4. Преподавалась ли Вам психологическая подготовка, если «да», какие темы запомнились?

Для получения достоверных результатов опрос был поручен не руководителям охраны, а наиболее заметным охранникам-наставникам, пользующимся авторитетом и доверием «в массах». Когда я начал было проводить опрос сам, результат был один. «Наставники» принесли совершенно другой результат. На социальных объектах показатели опроса отличаются от показателей на коммерческих объектах. Поскольку вы уже прочитали «Дистрофию...», шокирующие цифры никого не удивят. Целью опроса была только психологическая подготовка. Остальное - необходимый фон.

Купили дипломы, не проходя обучение - 73%.

Прослушали от 8% до 60% отведенных на изучение по программе часов - 37%.

Полностью прошли курс по программе - 0%.

Помнит психологическую подготовку (но он не помнит, что эта дисциплина дает слушателю) - 1 охранник.

Двое заявили, «что ничем не болеют, поэтому им не нужна психологическая подготовка» (то есть на взгляд охранников психология - наука о больных, отчасти это так).

Цифры подтвердили отсутствие фактов получения охранниками знаний по программе обучения и показали почти полное отсутствие обучения опрошенных охранников психологической подготовке.

Автор В.А.Толочек в книге «Организационная психология» - Управление персоналом ЧОП и СБ (2004г.) приводит следующие характеристики «Психология в системе профессиональной подготовки частных охранников» (стр. 133-134):

«Анализ учебных программ шести крупных и давно функционирующих (не менее 5 лет) Школ охраны и Центров подготовки по специальности «частный охранник» показал, что «психологическая подготовка» в среднем имеет третий ранг среди десяти основных предметов; на ее долю приходится в среднем 47% учебных часов сравнительно с основной дисциплиной - «специальная подготовка».

Формально высокий ранг «психологии» можно считать удовлетворительным фактом. Однако, во-первых, охранная деятельность - это, по существу, деятельность с преобладанием субъект-субъектных* отношений даже в случаях таких ее специализаций, как «физическая охрана объектов»; во-вторых, учитывая высокую текучесть кадров и другие негативные тенденции формирования корпуса охранников, доля психологической подготовки, вероятно, должна быть более весомой.

Наши суждения подкрепляет опрос 64 человек, окончивших разные Школы охраны и имеющих опыт работы по специальности не менее трех лет. Их оценки значимости разных предметов (по 9-бальной шкале) для успешной деятельности в частной охране таковы: «специальная подготовка» - 7,2 балла; «психологическая подготовка» - 7,0 баллов. В оценках субъектов лидирует вторая дисциплина по объему учебных часов - «правовая подготовка» - 7,5 балла».

Разночтения в результатах с нашим опросом объясняются тем, что опрос в 2014 году вели сами охранники, что обеспечило его достоверность. Тогда как «с начальством» охранники опасаются откровенно излагать негативные факты, такие как покупка свидетельств и фактическое отсутствие занятий или их большей части. К тому же обстановка в НОУ за 10 лет сильно изменилась не в лучшую сторону.

Дважды - (в 1969-1971гг. и в 1971-1976гг.) автору приходилось изучать психологию в юридических образовательных учреждениях и ни-че-го не осталось. Потому что «та» психология далека была от жизни, от практики работника уголовного розыска и юриста вообще. После сорока трех

лет практической работы пришло понимание: преподавание психологии, предмет изучения нужно строить максимально приближенным к той деятельности, к которой готовится человек и к которой готовит его образовательная организация. Для чего психологу (преподавателю, творцу программ обучения) необходимо самому хотя бы несколько лет позаниматься практической деятельностью, например, охраной школ. А когда накопится практический опыт - каждый день доучиваться самоподготовкой на тех характерных положительных или отрицательных примерах, когда применение знаний психологии было необходимо. Изучение теории, оторванной от практики (как и преподавание), совершенно бессмысленно.

Психологическую подготовку в комплексе охранных наук можно назвать «наукой сопровождающей». Сопровождающей другие науки. Наукой настраивания сознание охранников на практическое применение знаний из других наук. Если говорить о востребованности знаний конкретным получателем и считать таковыми собственников ЧОО (спорный вопрос), то, конечно, владельцев бизнеса интересует прежде всего знание охранниками правил применения физической силы, спецсредств и служебного оружия (из-за неправильного применения могут «закрыть» ЧОО). Интересует пропускной режим, «неразрешенные вполне» досмотры и эксплуатация ТСО. Интересуют правила приема-сдачи и некоторые другие чисто практические вопросы исполнения охранниками трудовых функций. Если перечисленные вопросы изучать хотя бы половину отведенных часов, на психологическую подготовку не останется времени по отсутствию её «практического применения» в недофинансируемом бизнесе.

Психологическая подготовка впрямую не влияющая на прибыль, на конкурентную борьбу, на результаты проверок на объектах, на продажи - не интересует бизнес! В связи с чем психологическая подготовка «по факту» исключена из делового оборота, из сферы интересов НОУ. Она «не пользуется спросом». И отползает в хвост охранных наук.

А коли оно так - отдельные НОУ своеобразно решают вопросы обучения психологической подготовке. Приглашают «на работу» психолога с дипломом. Тот приносит расхожие лекции, скаченные из общей теории психологии, подставляя на компьютере ключевые слова: «школа», «объект здравоохранения», «охранник». Лекции подшивают в отдельное дело вместе с протоколами о проведенных регулярных занятиях, где за мизерную плату «психолог» ставит подпись. Всем хорошо: охраннику не надо высиживать «лишние часы», теряя зарплату по сменам, поскольку он «ничем не болеет». Руководителю НОУ не надо заниматься и оплачивать арендуемую аудиторию. Приходящему «психологу» не надо напрягаться и выдумывать то, о чем он не имеет ни малейшего представления. Он может «работать» хоть в десятке НОУ. Название схеме: «мошенничество от науки», удобное отрасли, отчего повсеместное и ненаказуемое. Предельно метко и грамот-

но С.В.Тернова вскрыла сущность проблемы с «психологической подготовкой» в ЧОПах еще в 2003 году в своей брошюре «Психология частной охранной деятельности».

«В большинстве случаев так называемые «рекомендации психолога», адресованные персоналу ЧОПа, просто, если называть вещи своими именами, списаны из книг по психологии, не имеющих ни малейшего касательства к специфике оказания охранных услуг. Почитать их - так охранник должен и по мимике прохожих их мысли читать, и чуть ли не по почерку намерения толковать... Давайте оставим это в стороне. Мы с вами знаем об охранной деятельности отнюдь не понаслышке, и нам было бы непозволительно витать в околонучных небесах, выдавая чужие теории за свои собственные, да еще и пытаясь белыми нитками пришить их к охранной практике...» (стр.9). Психолог С.В.Тернова 20 лет готовила кадры МВД.

В НОУ, в охранных науках, часть преподавателей психологической подготовки, да и других преподавателей, оказалась развращена сложившимся укладом.

Все предлагаемые «темы» психологами-заочниками держатся как бы в русле охранных наук. Так как содержат ключевое слово «охранник».

Например: «Значение мотивации в... (вписывается слово) избрании профессии частного охранника» или «Психологические тесты при отборе кандидатов на... (вписывается слово) должность частного охранника».

Но знаний нет! Образовался вакуум. Оттого у автора возник интерес к его заполнению.

Сколько лет потребуется, чтобы удаленных от охранных наук преподавателей самих научить психологической подготовке охранника, и захотят ли они учиться? Если даже списывать чужие мысли с учебников - каторжный труд, требующий прочтения, выборки и анализа. Когда можно просто «скачать». И в крайнем случае «зачитать лекцию» (если вдруг возникнет какая-то проверка).

Фома Аквинский писал: «То, что ты не хочешь иметь завтра, отбрось сегодня, а то, что хочешь иметь завтра, - приобретай сегодня».

Сказано как раз про новую систему подготовки в Центре обучения АНО УЦ «СБ «Рост» за рамками 4-5-6 разрядов. При новой системе подготовки удаленное преподавание не потребуется.

Вспоминается эпизод с «лекцией о тиграх», сценка из лидера советского кинопроката - фильма В.Фетина «Полосатый рейс» (1961г.). Где бунтующий Торгпредства (видимо, в Индии) выдает себя за укротителя (иначе «груз» не принимали на теплоход). «Я, товарищи, не лектор... укротитель я» (бурные аплодисменты моряков). И «лектор» (за неимением знаний) демонстрирует слушателям схему с филейчиками, вырезками и пр. съедоб-

ными частями тигров. А моряки слушают. Поскольку сами ничего не понимают «в укротительстве».

Тем коллегам, кто задумал обучать, а не продавать дипломы, не стоило бы приглашать «мошенников от науки» в штат преподавателей. Скачивание соблазнительно и заразительно.

Будьте принципиальны и последовательны в требованиях к содержанию вариативных программ. Особенности охраны каждого типа и вида объектов определяют творческую оригинальность обучения персонала.

Опровергая негативные закостеневшие догмы, сложившиеся в системе НОУ за два десятилетия, С.В.Саминский сказал: «Сейчас, чтобы профессионально охранять любой объект, нужно огромное количество знаний. И рано или поздно обретение их будет возможно только в рамках соответствующего высшего образования. Но уже сегодня невозможно быть специалистом, не приложив усилия к учебе». Усилия психологической подготовки заключаются в превращении пассивных непрофессионалов, избравших охрану от безысходности, в сознательных бойцов за порядок. Добавим, получивших знания по канонам, определенным образовательным стандартом профессиональной подготовки.

Вместе с уникальной программой повышения квалификации для начальников охраны образовательных организаций пришла пора переоценить отношение сообщества к психологической подготовке. А для этого требуется написать курс бывшей малоценной прикладной науки, приближенный к практической деятельности. Можно считать таковое пособие и справочным вспомогательным материалом. Не в этом суть. Как правильно заметила С.В.Тернова: «Хватит выдавать чужие теории за свои собственные, да еще пытаясь белыми нитками пришить их к охранной практике».

Так ли работают наши НОУ?

Задача преподавателя охранных наук:

- из огромного массива книжных знаний, из сети вычленив и изложить простейшими, краткими и доступными персоналу охранных организаций словами и схемами важнейшие научные положения, определяющие направления работы руководителей с личным составом исполнителей охранных услуг;

- из огромного массива каждодневных рабочих ситуаций, событий и фактов практической деятельности подобрать серии наиболее характерных красочных иллюстраций и анализом связать их с выбранными постулатами науки, сделав науку практически доступной и нужной в полезном применении в охране;

- сконцентрировать собранные материалы в небольшие объемы изложения и научиться заинтересовывать слушателей, добившись их сосредото-

точного внимания искусством и культурой речи, техникой подачи материала и высокой компетентностью в знании предмета.

Преподаватель в частной охране подобен агроному: полученные на основе собранных знаний выводы необходимо подтверждать на экспериментальных полевых участках и с них же (с земли) черпать практический материал для теоретических воззрений. Иначе происходит отрыв науки от жизни.

Цели преподавания психологической подготовки:

- научить начальника охраны подбирать охранников на защиту объектов - образовательных организаций - так, чтобы они имели полезные для работы в детских организациях свойства и не имели качеств, которые могут оказаться потенциально вредными и даже опасными как для детей, для безопасности организации, так и для ЧОПа;

- научить охранников управлять эмоциями и правильно строить рутинную работу с учетом ее особого, редко встречающегося режима: непрерывного сосредоточенного внимания и постоянной активностью разных форм распределенного внимания на протяжении длительного времени с короткими разрешенными перерывами для приема пищи и отдыха;

- научить начальников охраны давать охраннику как можно больше положительных эмоций, создавая необходимый позитивный настрой - поддержание состояния готовности и умения гасить, изгонять из сознания отрицательные эмоции; делая из них сознательных бойцов;

- научить весь персонал определять психологические состояния охранника, когда он уже не может продолжать работу в образовательных организациях и подлежит профилактической замене;

- научить персонал учету особенностей детской и подростковой психологии, оказывающему помощь в предотвращении опасных проявлений, выражающихся в причинении вреда обучающимся и воспитанникам и образовательному процессу.

Обучение работе с персоналом и обучение учету особенностей психологии всех иных лиц по учебному времени должно строиться в пропорции 3:1.



РАЗДЕЛ II

Центральная нервная система - главнокомандующий в действиях, поступках и поведении персонала охраны

Элементарные понятия о центральной нервной системе как о штабе сознания

Чтобы правильно руководить подчиненными сотрудниками охраны, специалист среднего звена должен понимать, какие органы человека, как биологического организма, участвуют в работе при оценке ситуации, в принятии решений.

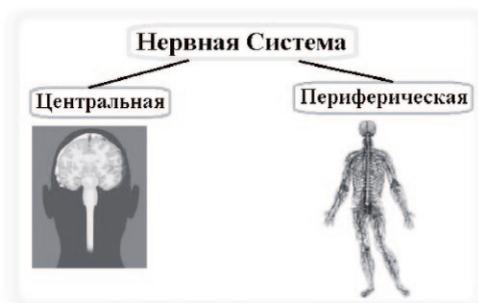
Должен знать пределы возможностей живого «хomo sapiens» в восприятии нагрузок, возникающих, когда способность к сосредоточенному вниманию становится одним из основных характеризующих квалификацию факторов.

Если охранник - кормилец специалистов и руководителей частной охранной организации всех уровней, непосредственный руководитель в свою очередь - его «берегиня» и защитник. Поскольку никакие профессиональные первичные организации охранников-работников в частной охране в России себя значимо не проявляют. Начальнику охраны группы объектов необходимы основы первичных знаний психоневролога, психотерапевта с профессиональной ориентацией на школьного педагога-психолога. Для чего в качестве популярного энциклопедического справочника в предлагаемом учебном пособии содержится нижеследующий «ориентирующий» раздел.

Центральная и периферическая нервная система

Мы используем термин «система», т.к. это действительно сложная структура, состоящая из взаимосвязанных частей, которые в случае слаженного взаимодействия обеспечивают нормальное, здоровое функционирование человеческого организма.

Вся нервная система человека, образованная нервной тканью, делится на две составляющие: **центральную и периферическую нервные системы.**



Центральная нервная система человека - спинной + головной мозг.

Основная функция центральной нервной системы - анализ поступающей извне информации и выработка ответного сигнала (реакции).

Строение центральной нервной системы

Высший отдел ЦНС - кора полушарий головного мозга - это слой вещества (серое вещество), покрывающий полушария головного мозга.

Почему это вещество называется «серым»? По строению это все та же нервная ткань, но в ней больше волокон, больше миелина, поэтому внешне она выглядит как серая ткань.

Основная функция коры полушарий головного мозга - высшая, т.е. психическая деятельность человека - то, что мы понимаем речь, говорим, можем чувствовать музыку, наше творчество, мышление - все это работа коры.

Кстати, это довольно большая площадь поверхности - примерно 220 м², при этом есть общие черты с айсбергом - лишь 1/3 коры составляет внешнюю часть, 2/3 залегают внутри - между извилинами.

Каждый участок (отдел коры головного мозга) имеет свою определенную функцию.

Средний и низший отделы ЦНС: мозжечок, промежуточный мозг, средний мозг, продолговатый и спинной мозг.

Отдел мозга	Основные функции
Мозжечок	<ul style="list-style-type: none"> • Координация движений.
Промежуточный мозг	<ul style="list-style-type: none"> • Центр удовольствия, жажды, холода, чувства насыщения. • Отвечает за сон и состояние активности человека, регулирует постоянную температуру тела, в общем на нем лежит ответственность за нервно-гуморальную регуляцию организма.

Средний мозг	<ul style="list-style-type: none"> • Отвечает за некоторые безусловные рефлексы и обрабатывает информацию, поступившую через зрение и слух (визуальную и аудитивную).
Продолговатый мозг	<ul style="list-style-type: none"> • Все жизненно-необходимые и важные рефлексы (в т.ч. защитные: кашель, чихание и т.д.), пищеварение, дыхание, тонус сосудов организма, работа сердечной системы.

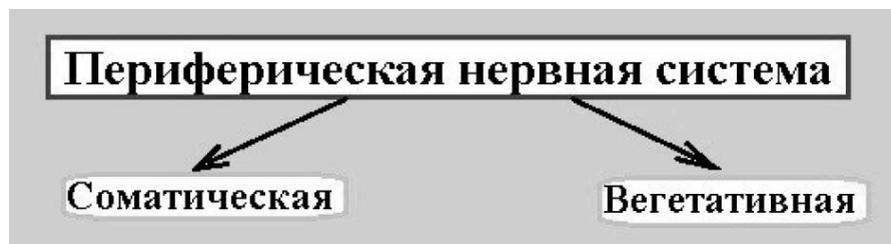
Складывается впечатление, что мозг отвечает абсолютно за все! Что же остается спинному мозгу?

Выделяют 2 основные функции спинного мозга.

1. Передача информации (возбуждения) от всех органов тела в мозг.
2. Рефлекторная функция - передача информации (возбуждения) с последующим движением от мозга.

Периферическая часть нервной системы

Периферическая нервная система выступает посредником между центральной нервной системой и органами человека - как внешними, так и внутренними.



Та часть системы, которая контролирует работу внутренних органов и систем, называется **вегетативным отделом нервной системы**.

Соматическая нервная система - регулирует работу всех мышц.

Периферическая нервная система состоит из нейронов. Именно они передают информацию как к ЦНС, так и от нее.

Сенсорные нейроны - воспринимают информацию от органов чувств, от рецепторов и передают ее в центральную нервную систему.

Двигательные нейроны осуществляют обратное движение - они передают импульс из центральной нервной системы к органам.

И центральная, и периферическая нервная система работают слаженно и взаимосвязано, осуществляя взаимодействие организма с внешней средой, и контролируя работу всех внутренних органов, всех частей тела.

Чем более сложной является нервная система, тем более высокоразвитым считается организм.

Мнение авторитетов.

Для понимания поведения подчиненных в пособии размещены элементарные сведения об устройстве центральной нервной системы, взятые из популярного издания Михаила Вейсмана, наиболее пригодного для ознакомительного экскурса для не медиков.

Михаил Вейсман. Скрытые возможности нашего мозга.

Мозжечок: что мы можем потерять вместе с ним?

Состоит мозг из *белого* вещества и *серого* - это знают все. И одно и второе является *нервной тканью*. Только белое вещество образуется в основном *нейронами*, проводящими сигнал в одном направлении, а серое вещество состоит из *нейронов мультиполярных*. То есть способных пропускать множество сигналов в различных направлениях.

Полностью из серого вещества состоит кора головного мозга, а полностью из белого - внутренняя, как бы базовая часть полушарий.

На всех снимках этого органа нам первыми бросаются в глаза сами полушария. И если попросить любого человека навскидку, утрированно нарисовать мозг на бумаге по памяти, он обязательно нарисует - опять-таки их, родимых. На самом же деле при чисто внешнем осмотре невооруженным глазом можно увидеть сразу три большие части головного мозга - запоминающегося вида *полушария*, *мозжечок* и *мозговой ствол*. Чтобы увидеть множество прочих деталей, мозг необходимо либо перевернуть, либо разрезать вдоль разделяющей полушария борозды, так как эти два самых крупных и самых развитых отдела накрывают собой остальные, словно шапка.

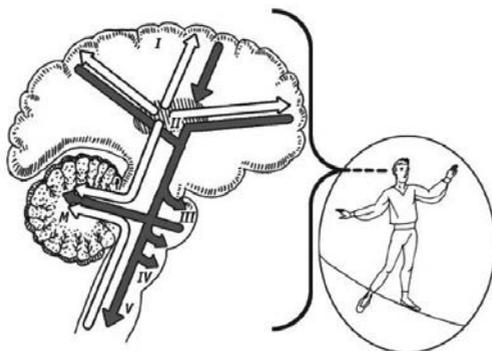


Рис.1. Мозжечок (М) отвечает за координацию наших движений: I - кора больших полушарий; II - таламус; III - варолиев мост; IV - продолговатый мозг; V - спинной мозг.

Мозжечок находится под «куполom» полушарий. Если говорить о его местонахождении, ориентируясь на собственную голову, то мозжечок расположен в области затылка. Он соединен тремя парами ножек с соответствующими отделами основного мозга и тоже состоит из двух полушарий (правда, выраженных чуть менее явно) и так называемого червя. Червь отвечает за поддержание нужного положения туловища, в то время как полушария больше «заняты» точными и плавными движениями конечностей.

Иными словами, мозжечок отвечает за координацию движений человеческого тела и соответствующую работу его мышц. А еще - за их общий тонус и поддержание равновесия туловища. Всего-то? Да, если учесть, что каждый шаг человека требует участия около 300 мышц... И это - на ровной поверхности, без учета нужды балансировать или приплясывать на ходу! И потом, есть ли необходимость напоминать, что говорим и смотрим мы тоже мышцами? То есть сама-то речь формируется, естественно, в другом «месте» головного мозга, да и обработка зрительных сигналов происходит не в мозжечке. Но для элементарной артикуляции - проговаривания того, что мы только что придумали сказать, - нужны мышцы рта и глотки, не правда ли? Равно как и для того, чтобы скосить глаза или подстроить хрусталик для рассмотрения ближних и дальних объектов...

Так что работенка у мозжечка совсем не из легких, особенно если учесть, что большинство процессов жизнедеятельности организма человека связано с механическими движениями.

Когда желудок переваривает пищу, он сокращается. Когда кишечник допереваривает оставшуюся часть, всасывает вещества и проталкивает неусвояемый остаток дальше, к прямому кишечнику, он тоже сокращается, и называется это перистальтикой. Сердце сокращается при работе - как и легкие, и диафрагма (эластичная перегородка, отделяющая полость желудка от грудной клетки)... И лабораторные опыты на вечных мученицах науки собаках неоднократно подтверждали наступление расстройств всех этих функций, стоило ученым только нарушить работу мозжечка или удалить его.

Нет, полное прекращение не наступит даже при полном его удалении, однако сформируется ряд комплексных нарушений. Прежде всего, в корне изменится работа желудочно-кишечного тракта - появится диарея, отсутствие аппетита и комплекс симптомов сахарного диабета. Возникнет затруднение дыхания, глотания, нарушится (станет как бы скандирующей по слогам) речь. Жестикауляция человека с поражениями мозжечка станет избыточной или, напротив, неполной - впрочем, обычно наблюдаются оба эффекта одновременно. Изменится до шатающейся походка, явятся головокружения, неспособность выполнить даже самую простую последовательность движений - и т.д. и т.п.

Говоря точнее, человек после полного удаления мозжечка все равно едва ли проживет дольше суток. Процессы-то не прекратятся, однако сила и масштабы дисбаланса будут наверняка таковы, что даже узконаправленная интенсивная терапия не поможет. Во всяком случае, подобных экспериментов на людях никто пока проводить не пробовал, и оценка выживаемости здесь выведена чисто математически. В то же время известно и доказано, что частичное удаление мозжечка провоцирует соответствующий «букет» симптомов, однако лишь в течение первых 7-10 дней. Впоследствии же они ослабевают и изредка исчезают полностью. Срабатывает компенсационный механизм головного мозга, и утраченные функции берет на себя кора лобных долей больших полушарий. Но для этого головному мозгу необходимо ощущать хотя бы частичную связь с мозжечком (или тем, что от него осталось).

Дело в том, что мозжечок служит своего рода переходным мостом, связывающим головной мозг со спинным. И связь этого узла именно со спинным мозгом даже гораздо более прочная, чем с головным. Именно поэтому полное разрушение такого моста приведет в лучшем случае к полному же параличу вплоть до невозможности моргнуть или пошевелить губами. А в худшем - прогрессирующая аритмия сердечной мышцы быстро спровоцирует летальный исход. От частичных же травм мозжечка сильнее всего страдает работа мышц-разгибателей.

В общем, жизнь без мозжечка покажется нелегкой даже самому оптимистически настроенному человеку. Есть такое заболевание – *атаксия* (от греч. *беспорядок, путаница*), при котором не образуется или гибнет большинство необходимых для нормальной работы мозжечка нейронов. Чаще всего атаксия передается по наследству. И для таких больных элементарные движения составляют немалую сложность. Необходимость налить воду из чайника в стакан, подняться по лестнице, удерживать тело в вертикальном положении - все эти наполняющие наш ежедневный быт ритуалы для них составляют предмет специальных тренировок и упорного труда. Так что заболевание это крайне серьезное. Пусть оно не смертельно само по себе, зато в нем содержится зародыш массы смертельных несчастных случаев и бытовых травм в самых тривиальных для здорового человека обстоятельствах.

В итоге в определении роли мозжечка современная наука остановилась на взглядах Л.А.Орбели. Именно этот отечественный физиолог еще в 1949 году первым предположил, что мозжечок выполняет функцию как бы регулятора взаимоотношений между различными частями нервной системы. Просто на основе того факта, что большинство двигательных программ организма нарушается, однако не прекращается полностью. Из чего и был сделан вывод, что, выражаясь научно, мозжечок является интегративной системой головного мозга. То есть участвует в составлении программ движения организма для каждой конкретной ситуации. И регулирует актив-

ность тех или иных органов (тканей), которые должны быть задействованы в намеченном событии - будь то утренняя пробежка, прием пищи или научная лекция.

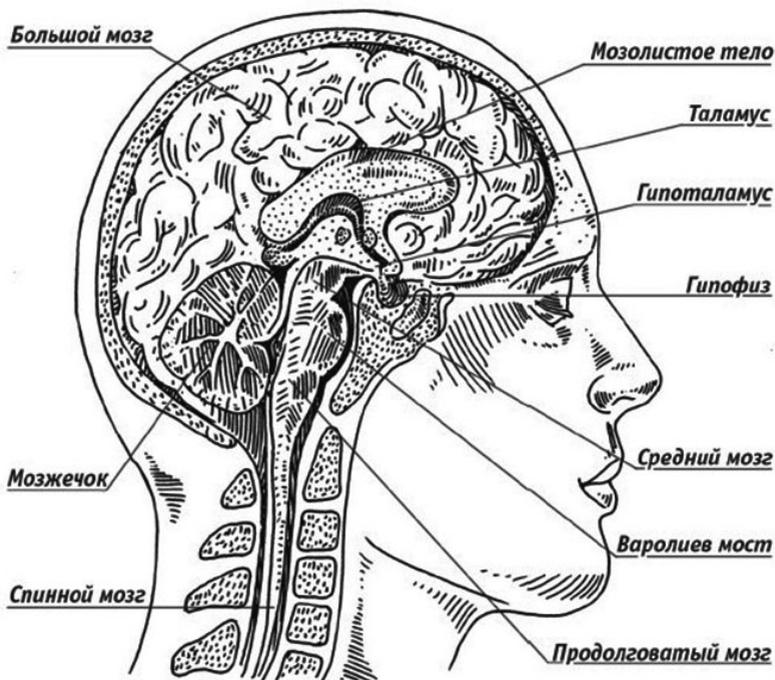
Впоследствии же данная теория была дополнена еще одним немаловажным наблюдением. А именно: травмы мозжечка провоцируют расстройство в том числе двигательных навыков, полученных человеком в результате специального обучения. То есть навыка, допустим, как у спортсменов или пациентов, занятых в отдельных сферах физического труда. Так и возникло предположение, что само обучение человека подобным специфичным, не свойственным большинству других людей, движениям проходило тоже с участием мозжечка.

В остальном же мозжечок считается одной из наиболее изученных частей головного мозга. Изученной настолько хорошо, что недавно был даже создан и продемонстрирован в действии первый простейший чип - компьютерный аналог естественного мозжечка.

Если необходимо еще более наглядное сравнение роли мозжечка в деятельности центральной нервной системы, то ни для кого не секрет, что изначально *по образу и подобию человеческого мозга создавался компьютер*. Равно как и большинство программ, которыми оперирует современная цифровая техника. Так вот, одной из служебных программ любого компьютера является так называемый менеджер процессов. Он распределяет очередность выполнения основных программ, процессорное время и системные ресурсы, которые они могут задействовать. Более всего работа мозжечка напоминает функции такого менеджера процессов. Только его быстроедействие неизмеримо превышает возможности любого самого мощного процессора, установленного в разветвленной корпоративной сети. Высоким технологиям такой совершенный баланс точности и скорости пока даже «не снился»!

Большой мозг человека: чего там только нет!

И наконец, самый заметный, высокоразвитый и крупный отдел центральной нервной системы. Сложно даже сразу сказать, что именно делает его таким запоминающимся. То ли это выдающиеся (по сравнению с остальными частями, конечно) размеры, то ли необычный и причудливый рисунок извилин, избороздивший его поверхность. Во всяком случае, благодаря этой относительной известности, сообщение о том, что большой мозг человека состоит из правого и левого полушарий, новостью ни для кого не является. Соединены они между собой *мозолистым телом* - сплещением нервных волокон аксонов.



К слову, их число в мозолистом теле достигает числа в 200 000 000. Надо полагать, речь идет о приблизительной цифре - какая ж аппаратура сможет со стопроцентной гарантией поручиться за точность подсчетов подобных величин! Но интереснее всего в структуре мозолистого тела то, что большинство аксонов, его образующих, связывает определенные участки одного полушария с парными им в другом полушарии. То есть расположены эти связки поперечно. Однако большинство - это еще не все, и среди них немало таких, которые пролегают также вдоль мозолистого тела, связывая между собой области с совершенно разной «специализацией». Эти волокна называются ассоциативными и задействуются, когда поступающая в мозг информация неоднородна и подлежит обработке сразу несколькими его отделами.

Львиную долю массы полушарий составляет *белое вещество*. Часто можно встретить мнение, будто бы полушария сплошь состоят из него, а слоем серого вещества они покрыты только сверху. На самом деле это не совсем так. Внутри тела полушарий тоже присутствуют скопления клеток серого вещества, представленные небольшими, но видимыми без микроскопа группками. Разница же между белым и серым веществом состоит в

том, что первое образовано в основном аксонами, а второе - дендритами нейронов.

Напомним, что слово «нейрон» обозначает тип клетки. В данном случае нервной. А у нервной клетки есть (и это отличает ее от большинства других клеток) отростки, которые бывают двух видов.

Первый вид - неразветвленные отростки, покрытые оболочкой из белка миелина, который и придает им белый цвет. Отростки такого вида передают сигнал *от* «своей» клетки к соседним клеткам или их отросткам. И называются они *аксонами*.

Другой вид - это *дендриты*, получившие свое название из-за множества добавочных двусторонних ответвлений на своем стволе. Они похожи на ветку дерева, миелиновой оболочки не имеют и предназначены для передачи сигналов *извне* к телу «своей» клетки.

У каждого нейрона может быть только один аксон - распространитель информации. Зато дендритов, напротив, сколько угодно. **Вот поэтому ткани мозга разделяются на белые и серые в зависимости от того, в клетках какой из них больше тех или иных видов отростков. Сами же клетки и там, и там - одинаковы.**

В то же время белое и серое вещество различаются своим назначением. Мышление как процесс сосредоточено полностью в коре головного мозга - то есть в сером веществе. Аксоны же белого вещества образуют сложную сеть своего рода проводов. Эти провода связывают различные участки коры как с остальными отделами центральной нервной системы (включая, разумеется, спинной мозг), так и между собой.

Есть вероятность, что такое представление науки об исполняемой белым веществом роли со временем покажется ей же чересчур упрощенным. Однако на данный момент случаев осуществления белым веществом каких-либо более сложных «обязанностей» ученым зафиксировать не удалось.

Кроме белого вещества, полушария образованы еще и полостями *желудочков головного мозга*. Всего их насчитывается четыре. Один (то есть третий) расположен в виде небольшой полости между таламусом и гипоталамусом, другой (четвертый) - это продольная полость, как бы зажатая между продолговатым и задним мозгом. Находится она ниже мозжечка. А первый и второй составляют, собственно, внутреннее пространство обоих полушарий. Они парные и самые крупные из всех.

Желудочки заполнены *спинномозговой жидкостью*. А биологическое назначение столь странной жидкой основы, на которой покоится сама мозговая ткань обоих цветов, состоит в амортизации - причем в самом прямом смысле слова. Человек ведь существо подвижное. И при каждом его движении заключенный, подобно желтку, в более просторную, чем он сам, скорлупу черепа мозг подвергается толчкам, встряхиванию, смещению в самых различных направлениях. Как и желток в яйце, он соединен с черепом не

настолько прочными связями, чтобы противостоять решительно всем таким переменам траектории. У яйца для этого есть белковые эластичные канатики, а у мозга - только несколько общих для него и черепных костей мест входа нервов и сосудов. И естественно, серповидные выросты - гребни, разделяющие его части...

Но ничем больше мозг с черепом не связан, поэтому сотрясение его заработать сравнительно несложно - достаточно удариться совсем легонько, но просто неудачно. Обычное же встряхивание - от ходьбы, прыжков, бега или откровенно акробатических трюков - мозг практически не ощущает. Однако происходит это не само по себе, а благодаря многоступенчатой системе амортизации. *Первая ступень образована S-образным изгибом позвоночника* в районе поясницы. Эта особенность вообще сглаживает походку человека и очень облегчает «условия эксплуатации» всех органов туловища - от легких до брюшной полости и малого таза.

На пути же от ступней непосредственно к мозгу существует *еще одна амортизирующая «прокладка» - шея*. Ее изгиб не так основателен, как поясничный, однако он тоже существует, что легко заметить, присмотревшись к выступающему седьмому (на уровне плеч) позвонку...

Третий амортизирующий барьер образован системой обширных и помельче полостей внутри самого черепа, которые заполнены ликвором под сравнительно постоянным давлением. Все желудочки сообщаются между собой и спинным мозгом посредством связующих канальцев, что способствует выравниванию давления жидкости в различных частях «жидкой подушки». А при сотрясении мозга происходит одно из двух.

Первый сценарий: удар был достаточно силен, чтобы сотрясти эту конструкцию, что называется, до самого основания и вызвать отказ сразу нескольких защитных механизмов. И второй: он пришелся в неудачное место - то есть по одной из тех осей движения, по которым мозг смещается особенно легко. Либо, как вариант, его направление совпало с направлением циркуляции спинномозговой жидкости по желудочкам, что и вызвало резкий ее наплыв из одной полости в другую. Но в абсолютном большинстве эпизодов со встряхиванием содержимого черепной коробки факт его взвешенности в жидкостях, которыми заполнено пространство черепа, позволяет свести повреждения тканей самого мозга к минимальным.

Оболочек у головного мозга, вопреки расхожему мнению, не одна, образованная серым веществом, а *три*. Без учета самой кости, разумеется. Первая составляет одновременно и надкостницу черепных костей, однако связана она с ними не особенно прочно. Самая прочная эта взаимосвязь - у основания черепа, где надкостница сращена с костью целым набором проникающих в щели костей выростов.

С другой своей стороны та же самая оболочка и тем же методом проникает во все основные «водоразделы» между частями головного мозга. Тем

самым она дополнительно фиксирует их отдельно друг от друга: правое полушарие большого мозга и мозжечка от левого полушария, а также весь большой мозг - от мозжечка. Эти разделители - выросты на внутренней поверхности надкостницы называются *серпами*.

Следующая оболочка мозга называется *паутинной*, или, пользуясь классической латынью, *арахноидальной*. Она образована тонким слоем уплощенных клеток и не содержит сосудов. Пространство между нею и предыдущей, твердой, оболочкой называется *субдуральным*. Заполнено оно особым, не имеющим аналогов в организме, видом жидкости.

Следующая, третья по счету, оболочка, сплетена из сплошных сосудов. Она-то и выполняет функции снабжения кровью и питательными веществами всего вещества мозга. И выполняет, нужно сказать, почти всегда в «авральном» режиме. Объясняется это тем, что мозг в процессе работы поглощает 20% от всего кислорода, который требуется организму. То есть изо всех органов тела головной мозг является абсолютным чемпионом по потреблению кислорода. И его нехватка сказывается на качестве работы этого органа быстрее всего.

Возможности мозга по количеству «съедаемого» O_2 поистине безграничны, потому к хорошему снабжению он привыкает быстро. Самую же сложную в этом плане задачу перед ним ставят именно хвойные леса. Особенно в дождливую погоду. Увеличение электромагнитного напряжения в атмосфере во время грозы заставляет некоторые молекулы кислорода распадаться на отдельные атомы. Эти атомы нередко оседают на кончиках сосновых игл, так как иглы обладают собственным, противоположным статическим зарядом. И когда где-нибудь неподалеку «объявляется» целая кислородная молекула O_2 , свободные атомы на кончиках игл присоединяются к ней, образуя молекулу озона O_3 . Такие процессы происходят в атмосфере Земли повсеместно и по разным причинам, однако в хвойных лесах - чаще и активнее всего...

Ну а между сосудистой и паутинной оболочками тоже пролегает небольшой зазор, именуемый *субарахноидальным пространством*. Там циркулирует уже спинномозговая жидкость. Обе эти мягкие оболочки в тандеме образуют первый защитный барьер головного мозга: проникшая в спинномозговую жидкость инфекция тут же уничтожается весьма активными в этом плане клетками паутинной оболочки. Причем ограждают ткани мозга от остальной среды организма не одни они. Абсолютно все разделы центральной нервной системы человеческого тела, включая не только головной, но и спинной мозг, снабжены своеобразной, полностью автономной «полосой препятствий». Полоса эта называется *гематоэнцефалическим барьером*, и она ограждает нервные ткани от ненужных или мешающих их нормальной работе воздействий извне.

Ствол головного мозга - что он такое?

Мозговой ствол по сути исполняемых им функций близок к мозжечку. Более того, именно он напрямую соединяет полушария большого мозга с мозгом спинным. Как и мозжечок, он состоит из нескольких частей, имеющих свою специализацию. Обычно в нем выделяют *продолговатый мозг, варолиев мост, средний мозг и промежуточный мозг*. Собственно, некоторые исследователи и склонны на основании сходства функций считать мозжечок не отдельной формацией, а еще одной частью мозгового ствола. Ну хоть так, хоть этак, а ствол тоже отвечает за координацию движений. Вернее, за положение тела в пространстве. Как это работает, нужно объяснять на примере.

Допустим, когда человек сидит с завязанными глазами на стуле, он тем не менее чувствует, какое положение занимает его тело в пространстве, верно? Он не видит ни стен, ни пола, ни самого стула. Однако, если его, не развязывая глаз, уложить на пол или, скажем, перевернуть вверх ногами несколько раз подряд, он после прекращения манипуляций все равно уверенно определит, стоит ли он сейчас или лежит, или вообще висит вниз головой... Вот за ощущение человеком положения своего тела даже при отсутствии зрительных ориентиров отвечает мозговой ствол.

Кроме того, он, как и мозжечок, связывает полушария большого мозга с мозгом спинным. И разумеется, проводит информацию от одного образования к другому. А еще, именно в мозговом стволе расположены центры, регулирующие те рефлексы человека, которые напрямую связаны с движением. Это глотание, жевание, мимика лица, дыхание, сокращение сердечной мышцы, моргание (как и движения глазных яблок, и реакция на свет), кашель.

Но одно совершенно особое, ключевое отличие ото всех прочих элементов головного мозга у мозгового ствола все же есть. Именно в нем сосредоточены группы клеток, называемые *ретикулярной формацией*. Эти клетки вырабатывают из поступающей с кровью в мозг глюкозы энергию, необходимую для бесперебойной работы остальных тканей мозга.

Способ, которым расщепляет глюкозу ретикулярная формация, уникален для организма. Дело в том, что глюкоза как вещество служит единственным и незаменимым источником энергии для всех абсолютно клеток человеческого тела. Ее первой стремятся выделить из любой пищи желудок и кишечник, на глюкозу и воду расщепляются собственные жировые запасы организма при диете, и при ее нехватке в крови человека наступает малопрятная гипогликемия.

Последняя представляет собой приступ тошноты, слабости и головокружения в случаях, когда физическая нагрузка на тело явно не соответствует качеству и количеству поглощенной перед этим пищи. Гипогликемия часто

встречается у людей, совмещающих занятия спортом со строгой диетой, у просто сидящих на чрезмерно жесткой (в особенности длительной) диете и у пациентов, больных сахарным диабетом. Проблемы с уровнем глюкозы у диабетиков связаны с тем, что их организм (поджелудочная железа) совсем не вырабатывает гормон инсулин. Это белок, без участия которого глюкоза не может усваиваться клетками - причем независимо от степени ее дефицита в них. И у больных «сахарной» болезнью довольно часто случаются передозировки инсулина, влекущие за собой резкое падение глюкозы в крови. Хотя бы раз в жизни гипогликемия случается с каждым человеком. Но у здоровых людей такие явления обычно проходят сами.

Так вот, клеткам тела в основном от любой поглощенной пищи нужна только глюкоза. И непременно нужен инсулин для ее использования по назначению. Если витамины и микроэлементы им требуются лишь в определенном количестве, и чаще всего не обязательно регулярно, то с глюкозой так не получится. Она является ключевой ежедневной потребностью организма, и без нее патологическое состояние наступает достаточно быстро. Больше суток на достижение первого голодного обморока обычно не уходит... А все потому, что двумя основными потребителями глюкозы выступают мышечные волокна тела и его головной мозг. Притом только головной мозг был, есть и будет единственным органом, способным усваивать это вещество без участия инсулина. И умеет такие чудеса творить не он сам, а как раз клетки ретикулярной формации, расположенные в мозговом стволе.

Проблемами движений конечностей, мимических и скелетных мышц занимается в основном *средний мозг*. И в нем же расположены подкорковые центры слуха и зрения. *Промежуточный мозг* «заведует» передачей двигательной информации и потоками сенсорного (т.е. с помощью органов чувств) восприятия. Он образован *таламусом, гипоталамусом и эпителимусом* - вот три крупных отдела, его составляющих. Помимо этого, в продолговатом мозге расположены две железы внутренней секреции - *гипофиз*.

Человеческий гипоталамус - это область, контролирующая всю эндокринную систему организма. «Пост» весьма ответственный, поскольку подразумевает управление и температурой тела, и артериальным давлением, и системой свертываемости крови, и секрецией большинства биологически активных веществ. В особенности вырабатываемых в ответ на соответствующие раздражители - поступление пищи в желудок, повышение сахара в крови, необходимость выспаться или немедленно проснуться, чувство голода, насыщения и жажды...

Правильную работу гипоталамуса переоценить сложно. Неправильная же частенько вынуждает человека мучиться всю жизнь от непонятного происхождения сбоев, которые он непрестанно регулирует - а они опять появляются на прежнем месте, словно недолеченный герпес. Врачи в таких случаях только перебирают растерянно страницы карточки, содержащие анамнез

заболевания, и пожимают в недоумении плечами. Не было предпосылок к развитию диабета - а сам диабет тем не менее налицо. Не ел человек никогда фастфуда - и все же у него гастрит. И так далее: примеров расстройств секреции различных желез в списке современных заболеваний имеется достаточно. А истории болезней, в появлении которых у себя пациент абсолютно не виноват, составляют чуть меньше половины всех случаев заболеваемости в мире.

«На территории» гипоталамуса расположен еще вышеупомянутый гипофиз. Это – не скопление нервных клеток, а железа. И железа принципиально важная. Среди продуктов секреции гипофиза есть гормоны, отвечающие за рост костей скелета (за рост организма вообще), за половое развитие и созревание, за усвоение веществ из пищи, за свертываемость крови, за беременность и лактацию, за обмен жидкости в организме и проч. В сумме различные ее области продуцируют около 20 различных гормонов - так что, пожалуй, в оценке степени важности здесь сложно будет преувеличить...

Таламус расположен над гипоталамусом, все в тех же пределах промежуточного мозга. Таламус отвечает не только за передачу импульсов от органов чувств (исключая обоняние), но и за передачу болевых сигналов.

Вообще, его функции как отдельно взятой области считаются сравнительно простыми - прием сигналов от органов чувств, их фильтрация и передача дальше, в различные области полушарий большого мозга. С другой стороны, неофициально бытует мнение, что экстрасенсорные способности, свойственные определенному числу людей, зависят от степени чувствительности таламуса. Ну, тут ход мысли исследователей очевиден.

Как одному человеку понять другого без слов? Только правильно расшифровав невербальные сигналы, которые, помимо его воли, подает тело собеседника. Умение отметить какую-либо из стандартных реакций у другого зачастую дает таким сверхчувствительным людям козыри от любых обстоятельств. Так можно заметить признаки страха и неуверенности - по расширенным зрачкам, прерывистому дыханию, влажной коже. Так же точно можно заметить, что человек болен, или счастлив, или влюблен... Множество признаков сиюминутного состояния собеседника написано, так сказать, разборчивым почерком - в его глазах, движениях тела, манере говорить, температуре и состоянии его кожных покровов и т.д. Ведь кроме ритма дыхания, мы, по сути, ни одним из остальных процессов в системе нейрогуморальной регуляции не управляем сознательно! А между тем все эти детали у большинства людей одинаковы, достаточно хорошо заметны и несут очевидный смысловой заряд!

Львиную долю таких сигналов улавливает каждый человек в мире, однако часто они воспринимаются недостаточно разборчиво. Почему? Вероятнее всего, потому, что сам таламус приспособлен их только улавливать, но для их логического, на основе причин и следствий, анализа одних его ресур-

сов недостаточно. За логику у нас отвечает кора полушарий большого мозга – на то таламус и передает накопленную им информацию именно в ее центры. Больше признаков «подмечает» таламус - точнее и полнее становится анализ, проводимый корой. Как результат цыганка, не обладающая ровно никакими сверхспособностями, начинает рассказывать человеку как по писаному, что его беспокоит, где болит, каково его семейное и материальное положение... Никакой магии в этом нет - исключительно наблюдательность и согласованная работа различных отделов мозга.

Эпиталамус любопытен не сам по себе, а его основой - железой, называемой эпифизом. Это образование промежуточного мозга регулирует суточный ритм жизни организма. Формально, для исполнения такой функции эпифизу было бы достаточно просто вырабатывать два гормона - серотонин и мелатонин. Из них за повышение сонливости отвечает второй, поэтому в крови человека ночью его всегда особенно много. Серотонин же является не столько бодрящим гормоном, сколько гормоном как бы стабилизирующим. Он стимулирует нервные окончания мозга, побуждая их к активной деятельности и вниманию. И он же регулирует скорость процессов нервных окончаний во всем организме. Оттого, надо понимать, серотонин и называют иногда гормоном счастья. Когда он присутствует в крови в достаточном количестве, человек бодр, спокоен, уверен в себе и уравновешен.

Эта же железа у птиц «поступает» еще оригинальнее. Птичий эпифиз мало того, что выполняет функции навигационного компаса, помогающего пернатым ориентироваться в сторонах света, так он вдобавок различает уровень освещения снаружи прямо сквозь черепную кость! Кроме того, существуют некоторые данные из области эволюции человеческого мозга, позволяющие предположить, что эпифиз не всегда находился внутри окружающих его нынче других разделов. Возможно, что и у человека он ранее был расположен над областью мозжечка - ориентировочно в районе макушки, чуть ближе к затылку. Что, в свою очередь, вызывает прямые ассоциации то ли с концепцией чакр в йоге, то ли с магией «третьего глаза».

Но слишком увлекаться такими воображаемыми аналогиями не стоит.

Во-первых, фактических, материальных данных о том, что человек вообще эволюционировал, не существует. То есть никакого скелета, принадлежащего точно не обезьяне и точно человеческому предку, до сих пор никто не находил. Промежуточных форм между обезьяной и человеком (равно как и между динозаврами и современной фауной) просто не обнаружено, хотя костей самих динозавров за столько лет откопали уже целую грудку...

Во-вторых, из отсутствия физически доступного для исследования материала следует, что все научные построения в данной области производились виртуально. То есть на основе исключительно предположений ученых и при помощи компьютерного моделирования. А предполагать можно самые раз-

ные вещи, вплоть до полной фантастики - тем паче, что компьютер в антропологии ничего не смыслит и на ошибку указать не сможет.

В-третьих, по поводу расположения и назначения «третьего глаза» различные направления мистики и эзотерики спорят до сих пор. Кто-то готов клясться головой, будто сей загадочный орган, отвечающий за дар пророчества, находится посередине лба, над линией бровей и четко промеж них. А кому-то он видится действительно расположенным на макушке, в области родничка - точки начала роста волосяного покрова головы. Только йога определилась в вопросе сразу и навсегда: на макушке расположена чakra сахасрара (название приблизительно переводится как «лотос с тысячей лепестков»), которая обеспечивает связь человеческой души с энергетическими потоками Вселенной. Значение этой чакры связано с чистым сознанием космоса и просветлением...

И вообще, не следует забывать, что нынче в этом месте у человека находится мозжечок. Был ли эпифиз когда-либо «третьим глазом» или нет, современное его назначение носит совершенно другой характер. Но от этого не менее важный для организма. Как уже было отмечено ранее, способность группки полупрозрачных клеток вырасти за девять месяцев до размеров трехкилограммового здорового младенца - это чудо не худшее, чем превращение ломтя хлеба в стакан водки. Все зависит исключительно от точки зрения на вопрос.

Таким образом, если говорить о мозговом стволе в целом, он выполняет несколько **важнейших функций**, отличных от таковых у мозжечка. **Первая** - это снабжение головного мозга необходимой ему в весьма немалых количествах энергией из глюкозы, присутствующей в крови. **Вторая** состоит в самом непосредственном участии, которое принимают его структуры в вопросах нейрогуморальной регуляции организма. Как никак от решений, которые принимает мозговой ствол, зависит, сколько и как будет спать его обладатель, будет ли он есть с аппетитом или вяло, возникнут ли у него тромбы в сосудах и будет ли ему жарко аль холодно. А это, согласимся, заслуживает определенного признания!»

Мы получили элементарные знания о ЦНС - центральной нервной системе. Теперь начнем излагать обстоятельства частной охранной деятельности, когда понимание роли ЦНС нам потребуется. Каковы же медицинские показания и противопоказания к исполнению трудовых функций частного охранника?



РАЗДЕЛ III

Допуск к профессии.

История формирования правовых оснований и методики получения медицинских показаний и необходимость ее изменений

Мнение авторитетов.

Генерал-лейтенант А.Гуров: «Контроль нужен не за оружием, а за мозгами».

Виктор Мартынюк.

От царящей в обществе несправедливости крыша поедет у кого угодно.

Хотели жить как на Западе, а ирония судьбы в итоге оставила каждому из нас интереснейший шанс - умереть как на Западе. Как в кассовом американском блокбастере, где обезумевший от подлостей жизни, потерянный в своих переживаниях герой врывается с парой ствол... да куда угодно.

В России вот такие стрелки уже открывали бессмысленный и беспощадный огонь в супермаркете, в офисе, просто на оживленной улице, в школе, а теперь еще и в храме.

Последний случай (как, впрочем, и все предыдущие) предельно вопиющ: убийца-неоязычник Степан Комаров мстил всей Церкви и стрелял по людям - клиру и мирянам, - которые в тот момент были с ней единым целым. Но каким бы внешне рациональным ни было приготовление к бойне, искренне поражаешься здесь прежде всего полному отсутствию моральных тормозов и полностью атрофированному чувству страха, приправленному, как говорят очевидцы, изрядным количеством спиртного.

Комаров работал (очевидно, уже в прошедшем времени) в частном охранном предприятии, где, как мы предполагали до сих пор, психованных товарищей не жалуют. Есть же до сих пор такая вера, что раз уж охрана частная, то, стало быть, нормальная, не то что «продажные и задержанные» менты. И гадай теперь, сколько таких «исключений» наберется по всей стране.

Неужто помочь нам в этом будет готов теперь и Минтранс, который, едва ли не одновременно с трагедией на Сахалине, объявил о намерении вооружить транспортных чоповцев?

Ни умом не понять, ни аршином общим измерить...

В беседе с обозревателем KM.RU генерал-лейтенант милиции, доктор юридических наук А.Гуров признал, что ситуация с предупреждением таких преступлений в нашей стране пока что оставляет желать лучшего:

- Такие случаи будут повторяться, никто от этого совершенно не застрахован. Время от времени это будет происходить хотя бы в силу того, что в нашей стране сам по себе уровень агрессии очень высокий. И решать эту проблему мало кому интересно. Когда я, еще будучи депутатом, проводил парламентские слушания на тему преодоления жестокости и агрессии в обществе, так хоть бы кто-нибудь из СМИ осветил эту тему! Нет, никому это не было интересно.

Вообще во всем мире наблюдается явная психопатизация населения. Основной причиной тому служит, очевидно, технический прогресс со всеми вытекающими издержками, ну а далее идут уже частные причины, разнящиеся по странам. Если брать конкретно нашу страну, то нужно говорить прежде всего о тяжело переживаемом нашим народом переходном периоде, полном противоречий, когда идет поиск врага с одновременным поиском каких-то потусторонних сил, которые должны нам помочь.

Я не говорю, что его нет. Есть внешний враг, который не желает России процветания, но есть и враг внутренний - тотальная несправедливость, к которой даже я, выдавший и испытавший в жизни многое, не могу привыкнуть. Что уж говорить о молодом человеке, пацане с не до конца сформированной еще психикой? Сдвиг может произойти элементарно.

И почему никто не говорит о том, что тот школьник, который неделю тому назад в своей школе взял класс в заложники и застрелил учителя и полицейского, как выяснилось, имел определенную тягу к эзотерике, как и добрая треть всех современных школьников? Нужно гнать из школ абсолютно неподготовленных психологов, которые, как мы видим, не в состоянии предупредить трагедию.

Сегодня психолог в школе должен иметь знания оперативно-розыскной работы, оперативной психологии, чтобы уметь квалифицированно распознать вероятную опасность. Он должен прекрасно ориентироваться в молодежном сленге. И любой новый термин - например, «торчок», - должен немедленно принимать во внимание. А сейчас в школах работают просто психологи, которые лишь только смотрят, смурное лицо у ребенка или нет.

Стоит ли тогда удивляться тому, что на таком нездоровом фоне у людей просто происходят определенные сдвиги в психике? И психопатизация общества идет не только в России. Например, по данным германской статистики, порядка 50% тамошнего населения страдает психическими заболеваниями. У нас же за последние 30 лет в 8 раз увеличилось количество невменяемых среди убийц! И мы при этом после каждого громкого массового убийства лишь разводим руками: мол, как такое могло произойти...

Все серийные убийцы - люди определенно психически больные, но в мировой практике существует такой совершенно лицемерный принцип - признавать их здоровыми, а значит, не лечить и тем самым уничтожать. Да, я поддерживаю, что их нельзя освобождать от самого строгого наказания, но при этом нужно по-

нимать, что это абсолютно больные люди, которыми и на зоне все равно надо заниматься. И ведь раньше действительно занимались - и очень серьезно.

И вот если взять последний случай с расстрелом прихожан в храме - опять же, что мы услышали по следам данной истории? Не допускать свободного хождения огнестрела, ужесточить требования к хранению оружия; предлагаются санкции за нарушения до двух лет лишения свободы. Да хоть до двадцати лет! Я вам абсолютно точно, как криминолог, который сорок лет жизни посвятил исследованиям проблематики преступности, могу сказать, что эти случаи неизбежно будут повторяться, какие бы запретительные меры ни принимались. И наша задача - хотя бы минимизировать трагические последствия.

Слава Богу, что у нас пока что с этим дела обстоят не как в Соединенных Штатах Америки. До тамошних почти 100% психически неуравновешенного населения мы наши показатели, уверен, не доведем. Но тут нужно искать верную тактику. Вооружать всех граждан поголовно нет смысла, показатели по убийствам сократились сегодня в стране больше чем наполовину. Но если вооружить всех чоповцев - тоже ни черта из этого не получится. Уже имеем горький опыт...

Потому что контроль нужен не за оружием, а за мозгами. Американцы ведь, к слову, не просто так ввели проверку всех силовиков на детекторе лжи еще в 30-е годы прошлого века. А когда мы принимаем человека в ЧОП, то фактически до сих пор вынуждены учитывать, что он с большой долей вероятности уже купил себе лицензию. Между тем проверка по этой части должна быть исключительно качественной, как, кстати, и проверка здоровья: она должна быть гораздо внушительнее, чем даже тогда, когда идет отбор в армию. Вот на что нужно обращать пристальное внимание, а не на то, как это оружие дома хранится. Источник: KM.RU

Роль начальника охраны:

когда «противопоказаний не выявлено»

«Статья 11.1 Закона «О частной детективной и охранной деятельности в Российской Федерации» №2487-1 «Правовой статус частного охранника» гласит:

«Не вправе претендовать на приобретение правового статуса частного охранника лица:

...4) имеющие заболевания, которые препятствуют исполнению или обязанностей частного охранника. Перечень таких заболеваний устанавливается Правительством Российской Федерации».

Приложением №7 к Постановлению Правительства Российской Федерации от 14 августа 1992г. №587, введенным Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.09.2012г. №882 о «Правилах выдачи и продления органами внутренних дел срока действия удостоверения частного охранника» пунктом 3 подпунктом «г»), назва-

но «медицинское заключение об отсутствии заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника, по форме, установленной Министерством здравоохранения Российской Федерации».

В 2014 году группа экспертов Регионального объединения работодателей Негосударственных Структур Безопасности Столицы (РОР НСБС) подготовила запрос в Министерство здравоохранения России о разъяснении порядка медицинского освидетельствования частных охранников, которое (как оказалось) никакими правовыми документами не утверждалось. 20.05.2014г. И.Б.Клыков направил на имя министра здравоохранения Российской Федерации Скворцовой В.И. указанный запрос о разъяснениях по ситуации с прохождением медицинских обследований частными охранниками. Ответ не получен. 22.09.2014г. направлен повторный запрос. Ответ не получен. В связи с чем возможен запрос на уровне Общественной палаты Российской Федерации, содержащий предложения, которые мы изложим в конце настоящего раздела.

Формулировка «противопоказаний» к возможности работать в частной охранной организации первое время отсутствовала и поначалу повергает в шок: противопоказаниями считается только «наличие хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», «заболевание алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией». Может такто оно и правильно для светил психиатрической науки, но для непосвященных не были указаны сами заболевания, а только их характер: «хронические и затяжные» и т.д. Интерес вызывает формулировка заключения: «противопоказаний не выявлено». При отсутствии формуляра в базе ПНД как можно за 5 минут собеседования с двумя врачами выявить и диагностировать «наличие хронических и затяжных...» если больной тщательно скрывает от официальной огласки свой недуг, не хочет попадать на учет в ПНД или находиться в состоянии «устойчивой ремиссии»? Ведь один из простейших признаков симуляции, которому учат на практических занятиях по судебной психиатрии в институте им. Сербского звучит так: «Дурак, утверждающий, что он дурак - уже не дурак!». Если только проверяемый не имеет ярко выраженных соматических признаков олигофрении...

В примечании к медицинскому заключению дается разъяснение: «выявлено» или «не выявлено», что означает наличие или отсутствие заболеваний, перечисленных в п.24 Постановления Правительства Российской Федерации от 21.07.98г. №814 «О мерах по регулированию оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации». Никаких разъяснений более в Постановлении №814 не содержалось, что это за «хронические и затяжные

болезненные состояния»? Однако вопрос решается о допуске гражданина к исполнению обязанностей частного охранника. И рано или поздно... долго ли, коротко ли, но в 2007 году 19 мая Минздраву пришлось инициировать целевое Постановление Правительства РФ №300 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника».

Правовые основания ограничений, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника

Если вы помните, господа, в первый период существования законодательства о частной детективной и охранной деятельности разрешение на использование служебного оружия мог оформлять каждый охранник. Разрядов не существовало. Для приобретения статуса частного охранника необходимо было пройти обучение в образовательном учреждении по программе профессиональной подготовки частных охранников.

Понятие разрядов частного охранника появилось после издания приказа Минздравсоцразвития России от 17.04.09г. №199, который внес изменения в Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий (Выпуск №1) в части введения профессии «охранник» и квалификационных требований к ней. Далее приказом МВД России от 21.09.2009 года №716 были внесены изменения в редакцию приказа МВД России от 19.06.2006 года №447.

Вышеуказанными нормативными документами введены следующие разряды частных охранников.

Приказом МВД России от 21.09.2009 года №716 были введены следующие разряды частных охранников:

- 4 разряд - допуск к работе со специальными средствами;
- 5 разряд - допуск к работе со специальными средствами и гражданским оружием самообороны;
- 6 разряд - допуск к работе со специальными средствами, гражданским и служебным оружием.

Проблемой введения квалификационных разрядов (в то время) в ДООП МВД РФ занимались специалисты Климошкин О.В. и Лапенкова Н.К. Разряды были введены уже после принятия Закона №272-ФЗ от 22 декабря 2008 года. Эпопею с разрядами, проведя их через квалификационный справочник, курируемый Минздравом России, Климошкин и Лапенкова успели закончить. После чего уволились из органов внутренних дел по выслуге лет. Далее логично было бы предположить, что форма заключения медицинской комиссии, во-первых, будет изменена и обретет полагающееся притяжение к частной охранной деятельно-

сти. Во-вторых, появятся ее разные степени: более строгая, если вопрос стоит о допуске к осуществлению охраны со служебным оружием. И менее строгая, если претендента допускают охранять без оружия. Однако форма осталась прежней и единой, не про частную охранную деятельность, а про лицензию на покупку огнестрельного оружия гражданами.

Вот как выглядит первоисточник - первый правовой документ о медицинских противопоказаниях допуска к работе в частном охранном предприятии, именуемом в постановлении «другие ведомства и службы, которым разрешено ношение и применение огнестрельного оружия». Создававшийся, видимо, без учета уже принятого закона №2487-1 от 11 марта 1992 года. Но действующий до сих пор! И примененный в 2014 году МВД РФ и Минздравом РФ.

Постановление Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. №377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»»

С изменениями и дополнениями от:

23 мая, 31 июля 1998г., 21 июля 2000г., 8 мая, 23 сентября 2002г.

Информация об изменениях:

*Постановлением Правительства РФ от 8 мая 2002г. №302 на-
стоящее постановление утратило силу в части утверждения По-
ложения о порядке выдачи лицензий на деятельность по оказанию
психиатрической помощи для государственных, негосударственных
психиатрических, психоневрологических учреждений, частнопрак-
тикующих врачей-психиатров.*

**Перечень медицинских психиатрических противопоказаний
для осуществления отдельных видов профессиональной
деятельности и деятельности, связанной с источником
повышенной опасности (утв. постановлением Совета
Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993г. №377)**

**Медицинские психиатрические противопоказания для
осуществления отдельных видов профессиональной
деятельности в условиях повышенной опасности**

Общими медицинскими психиатрическими противопоказаниями для указанных в таблице работ и видов профессиональной деятельности являются хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными прояв-

лениями. Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально.

Дополнительные противопоказания и исследования приведены в графе. Периодичность освидетельствований - не реже одного раза в пять лет. Общие лабораторные и функциональные исследования: электроэнцефалография.

Проводимые работы, виды профессиональной деятельности и категории должностей психиатрические противопоказания и категории должностей	Дополнительные медицинские психиатрические противопоказания. Дополнительные исследования
Работники военизированной охраны, служб спецсвязи аппарата, инкассации, работники системы Центрального банка Российской Федерации и других ведомств и служб, которым разрешено ношение и применение огнестрельного оружия.	Алкоголизм, наркомания, токсикомания. Эпилепсия - (индивидуально).
Другие виды профессиональной деятельности и категории должностей: работники учебно-воспитательных учреждений; работники детских и подростковых оздоровительных учреждений, в том числе сезонных; работники детских дошкольных учреждений, домов ребенка, детских домов, школ-интернатов, интернатов при школах;	

Обратите внимание на *электроэнцефалографию* (мы к ней еще вернемся) и на то, что работники учебно-воспитательных, детских и подростковых оздоровительных и детских дошкольных учреждений (куда более поздний приказ Минздрава о периодических медицинских осмотрах и медицинских книжках отнес и охранников) также проходят медицинскую комиссию о допуске, тогда как об охранниках, работающих без оружия на других объектах, **ничего не сказано!**

Более подробно медицинские противопоказания к допуску ко всем видам работ в детских организациях были приведены в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011г. №302н, выписку из которого мы приводим здесь.

**Приложение №2
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 12 апреля 2011г. №302н**

**ПЕРЕЧЕНЬ
работ, при выполнении которых проводятся обязательные
предварительные и периодические медицинские осмотры
(обследования) работников**

Наименование работ и профессий	Периодичность осмотров	Участие врачей-специалистов	Лабораторные и функциональные исследования	Дополнительные медицинские противопоказания
...7. Работы в военизированной охране, службах спецсвязи, аппарате инкассации, банковских структурах, других ведомствах и службах, которым разрешено ношение оружия и его применение	1 раз в год	Невролог Оториноларинголог Офтальмолог Дерматовенеролог Хирург	Острота зрения Поля зрения Аудиометрия Исследование вестибулярной функции	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие конечности, пальцев кисти с нарушением функции хвата, стопы. 2. Заболевания сосудов (облитерирующий эндартерит, варикозное расширение вен и др.). 3. Хронические заболевания периферической нервной системы с частотой обострения 3 раза и более за календарный год. 4. Хронические рецидивирующие заболевания кожи с частотой обострения 4 раза и более за календарный год 5. Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу, ниже 0,2 - на другом или 0,7 на одном глазу при отсутствии зрения на другом. 6) Ограничение поля зрения более чем на 20° по любому из меридианов. 7. Стойкое понижение слуха (3 и более месяца) любой этиологии, одно- и двустороннее (острота слуха: шепотная речь не менее 3м). 8. Нарушение функции вестибулярного анализатора любой этиологии. 9. Заболевания любой этиологии, вызывающие нарушение функции вестибулярного аппарата, синдромы головокружения, нистагм (болезнь Меньера, лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этиологии и др.). 10. Беременность и период лактации.

18. Работы в образовательных организациях всех типов и видов, а также детских организациях, не осуществляющих образовательную деятельность (спортивные секции, творческие досуговые детские организации и т.п.).	1 раз в год	Дерматовенеролог Оториноларинголог Стоматолог Инфекционист	Рентгенография грудной клетки. Исследование крови на сифилис. Мазки на гонорею при поступлении на работу. Исследования на гельминтозы при поступлении на работу и в дальнейшем - не реже 1 раза в год либо по эпидпоказаниям.	Заразные и деструктивные формы туберкулеза легких, внелегочный туберкулез с наличием свищей, бактериоурии, туберкулезной волчанки лица и рук.
20. Работы в дошкольных образовательных организациях, домах ребенка, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (лиц, их заменяющих), образовательных организациях интернатного типа, оздоровительных образовательных организациях, в том числе санаторного типа, детских санаториях, круглогодичных лагерях отдыха, а также социальных приютах и домах престарелых.	1 раз в год	Дерматовенеролог Оториноларинголог Стоматолог Инфекционист	Рентгенография грудной клетки. Исследование крови на сифилис. Мазки на гонорею Исследования на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое обследование на брюшной тиф при поступлении на работу и в дальнейшем - по эпидпоказаниям Исследования на гельминтозы при поступлении на работу и в дальнейшем - не реже 1 раза в год либо по эпидпоказаниям.	1. Брюшной тиф, паратифы. 2. Гельминтозы. 3. Сифилис в заразном периоде. 4. Лепра. 5. Заразные кожные заболевания: чесотка, трихофития, микроспория, парша, актиномикоз с изъязвлениями или свищами на открытых частях тела. 6. Заразные и деструктивные формы туберкулеза легких, внелегочный туберкулез с наличием свищей, бактериоурии, туберкулезной волчанки лица и рук. 7. Гонорея (все формы) - только для работников медицинских и детских дошкольных учреждений, непосредственно связанных с обслуживанием детей, - на срок проведения лечения антибиотиками и получения отрицательных результатов первого контроля. 8. Нарушение функции вестибулярного анализатора любой этиологии. 9. Заболевания любой этиологии, вызывающие нарушение функции вестибулярного аппарата, синдромы головокружения, нистагм (болезнь Меньера), лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этимологии и др.) 10. Беременность и период лактации.

Далее был принят Закон «Об оружии» и разъясняющее его применение Постановление Правительства Российской Федерации от 21 июля 1998г. №814 «О мерах по регулированию оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации», которое пунктом 24 определило перечень (признаков – ком-

ментарий автора) заболеваний, препятствующих выдаче гражданам лицензии на приобретение оружия.

Правила оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 21 июля 1998г. №814

...VI. Приобретение оружия и патронов.

24. Лицензии на приобретение оружия не выдаются гражданам Российской Федерации:

а) при наличии у них хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;

б) больным алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией;

в) имеющим остроту зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и ниже 0,2 на другом или 0,7 на одном глазу при отсутствии зрения на другом;

г) при наличии других оснований, предусмотренных Федеральным законом «Об оружии».

Во исполнение Постановления Правительства №814 последовал приказ Минздрава РФ от 11 сентября 2000г. №344 «О медицинском освидетельствовании граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия», который ввел в оборот медицинской документации форму №046-1 (приказ и приложение к приказу с изменениями от 12 июля 2010г.) приводим полностью.

Приказ Минздрава РФ от 11 сентября 2000г. №344 «О медицинском освидетельствовании граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия»

С изменениями и дополнениями от:

12 июля 2010г.

В соответствии с Федеральным законом от 13.12.96г. №150 «Об оружии», постановлением Правительства Российской Федерации от 21.07.98г. №814 «О мерах по регулированию оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации» были регламентированы медицинские противопоказания при выдаче лицензии на приобретение оружия.

Как свидетельствуют многочисленные обращения органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации, граждан Российской Федерации имеют место нарушения правил и порядка выдачи медицинских заключений по результатам освидетельствования граждан для получения лицензии на приобретение оружия.

В целях упорядочения деятельности лечебно-профилактических учреждений в этом направлении работы приказываю:

1. Ввести с 1 декабря 2000 года в лечебно-профилактических учреждениях, осуществляющих амбулаторно-поликлинический прием, учетную форму №046-1 «Медицинское заключение по результатам освидетельствования гражданина для выдачи лицензии на право приобретения оружия» (приложение).

2. Установить следующий порядок медицинского освидетельствования граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия:

В освидетельствовании принимают участие врач-терапевт с привлечением имеющейся медицинской документации, а также специалисты, психиатр, нарколог, окулист. В случае отсутствия специалистов в данном медицинском учреждении привлечение их осуществляется на договорной основе.

Заключение специалистов утверждается клинико-экспертной комиссией медицинского учреждения и скрепляется печатью.

...
...

Министр

Ю.Л.Шевченко

О сроке действия «Медицинского заключения по результатам освидетельствования гражданина для выдачи лицензии на право приобретения оружия» (учетной формы №046-1) см. письмо Минздравсоцразвития России от 13 марта 2009г. №14-6/307080/Л – «**не более 6 месяцев**».

Информация об изменениях:

Приказом Минздравсоцразвития России от 12 июля 2010г. №512н в настоящее приложение внесены изменения, вступающие в силу со дня вступления в законную силу решения Верховного Суда РФ от 10 июля 2009г. №ГКПИ09-652).

Ст.21 Закона «Об оружии» в ред. Федерального Закона №227 от 21.07.2014 изложить в следующей редакции: «...Срок действия указанного медицинского заключения для получения лицензии на приобретение лицензии составляет один год со дня его выдачи...».

Министерство
здравоохранения
Российской Федерации

_____ (наименование учреждения)

Код формы по ОКУД _____
Код формы по ОКПО _____

Медицинская документация
форма № 046-1

Утверждена Министерством
здравоохранения Российской Федерации
от 11.09.2000 № 344

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

по результатам освидетельствования гражданина для получения лицензии на
приобретение оружия

Фамилия, имя, отчество _____

Пол _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Специалист	Наличие противопоказаний (подчеркнуть)	Дата, число, месяц	Фамилия врача, подпись
1. Врач-психиатр	выявлено не выявлено		
2. Врач-психиатр нарколог	выявлено не выявлено		
3. Врач-офтальмолог	выявлено не выявлено		
4. Врач-терапевт	выявлено не выявлено		

Заключение клинико-экспертной комиссии

печать ЛПУ

Примечание: в графе «Наличие противопоказаний» подчеркивается слово «выявлено» или «не выявлено», что означает наличие или отсутствие заболеваний, указанных в постановлении Правительства Российской Федерации от 21.07.98 №814.

Далее, на протяжении семи лет (с 11 сентября 2000г. по 19 мая 2007г.) частные охранники единообразно освидетельствовались как

«граждане, желающие получить лицензию на приобретение оружия» по форме 046-1, пока Правительство Российской Федерации 19 мая 2007г. не издало Постановление №300 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника». Для чего с момента принятия закона №2487-1 от 11 марта 1992 года потребовалось... 15 лет.

Приводим Постановление полностью.

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Постановление от 19 мая 2007г. №300

Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника

В соответствии со статьей 11.1 Закона Российской Федерации «О частной детективной и охранной деятельности в Российской Федерации» Правительство Российской Федерации постановляет: утвердить прилагаемый перечень заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника.

Председатель Правительства Российской Федерации
М.ФРАДКОВ

Утвержден
Постановлением Правительства
Российской Федерации от 19 мая 2007г. №300

Перечень заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника

№ п/п	Код заболеваний по МКБ-10 <*>	Наименование заболеваний
1.	F00 - F09, F20 - F79	Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми или часто обостряющимися болезненными проявлениями.
2.	F10 - F19	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.
3.	H52 - H54	Острота зрения с коррекцией ниже 0,5 на одном глазу и 0,2 на другом глазу или 0,7 на одном глазу при отсутствии зрения на другом.

Наконец-то медицинские комиссии, специалисты-психологи и мы с вами получили полный конкретный перечень заболеваний с их медицинскими названиями, наличие которых препятствует гражданину исполнять обязанности частного охранника. Однако прошло еще 7 лет. И ничего не поменялось. Форма медицинского заключения для частного охранника остается все той же - 046-1. И не содержит перечня из МКБ - 10 от F 00 до F 79. Не вполне уверен, что все уважаемые члены медицинских комиссий знакомы с предлагаемым перечнем. А о генеральных директорах ЧОО что и говорить!

Теперь появилась возможность заглянуть в предлагаемое справочное пособие и удостовериться.

Внимание! Федеральный закон от 21 июля 2014г. №227-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием законодательства об обороте оружия» наконец-то положил конец спорам о сроках годности справки **046-1 по форме**, утвержденной Приказом МЗРФ №344 от 11.09.2000г.

Читаем выписку:

«г) пункт 2 части двадцатой изложить в следующей редакции:

«2) не представившим медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием.»;

д) часть двадцать первую изложить в следующей редакции:

«Перечень заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, определяется Правительством Российской Федерации. Порядок проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и форма медицинского заключения об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний к владению оружием устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. **Срок действия указанного медицинского заключения для получения лицензии на приобретение оружия составляет один год со дня его выдачи.** Осмотр врачом-психиатром и врачом-психиатром-наркологом при проведении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием осуществляется в медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту жительства (пребывания) гражданина Российской Федерации. Медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием осуществляется за счет средств граждан.»;

е) в части двадцать второй слова», связанных с нарушением зрения, психическим заболеванием, алкоголизмом или наркоманией» исключить».

Нетрудно заметить, что перечень заболеваний, перечисленных в Постановлении Правительства РФ от 21 июня 1998г. №814 в п.б) и в Постановлении Правительства РФ от 19 мая 2007г. №300 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника» - в графе 2 F 10 -F 19 не вполне коррелируется. Но за 7 лет форму заключения согласно Постановлению №300 Минздрав не разработал! Такова оценка гражданским обществом значимости отрасли «частная охрана». Не замечают...

Поскольку форма освидетельствования частных охранников (и претендующих на исполнение обязанностей частного охранника) отсутствует, медицинскими комиссиями до сего дня используется форма 046-1, что согласитесь, *далеко не одно и то же!* поскольку обязанности частного охранника предполагают особый спрос с человека, отвечающего за безопасность, в том числе за безопасность **детей** и образовательного процесса, тем более когда частный охранник остается на посту один.

Видимо все же профилактика реализации «синдромов брейвика» заключается не только в ужесточении требований к укрепленности КХО, а как заметил генерал-лейтенант Гуров А.И. - в квалифицированном контроле за психологическим состоянием и психическим здоровьем кандидатов и охранников. И заниматься этой работой некому, кроме начальника охраны группы объектов. Когда на объектах с детьми и на одинарных постах внимание к психологической готовности и психическому состоянию охранника возрастает многократно: **дети!**

Главная причина

В поисках причин патологических выходов «брэйвиков» в России автором собраны с максимально возможной скрупулезностью размещенные в открытом доступе факты, характеризующие как личность каждого «брэйвика», так и обстоятельства подготовки и совершения преступлений.

Изучались: национальность, возраст, дата рождения, принадлежность к партиям или общественным движениям, социальное и семейное положение, политические взгляды, образование и способности, уровень интеллекта, увлечения, пристрастия, навыки обращения с оружием, наличие или отсутствие конфликта и его причины, вид конфликта, используемое оружие и способ его применения, происхождение оружия, отношение к событию, состояние здоровья, выявленные заболевания, мера наказания и даже место отбытия наказания.

Из 5-и изученных случаев «связки» совпадали только не более чем по двум выявленным характеристикам. Кроме одного признака - на

личие устойчивого психического заболевания зафиксировано в 4-х случаях из 5-и (в последнем случае с С.Комаровым) стационарной судебно-психиатрической и психологической экспертизы в закрытых исследовательских центрах судебной психиатрии не проводилось, а амбулаторного обследования для таких сложных случаев недостаточно.

Значит, как об одной из главных причин, объясняющих действия русских «брэйвиков» можно говорить о наличии устойчивого психического заболевания. Однако вопрос к государству и обществу должен звучать в другой плоскости: почему в поле зрения психологов и психиатров не попали «брэйвики», что помешало своевременно и должным образом выявить устойчивые заболевания и надежно перекрыть потенциальным «брэйвикам» любые траектории даже отдаленного приближения к получению доступа к использованию оружия, к местам его хранения?

Почему становится возможно?

Общественное мнение.

Е.Юрьева (газета «Советская Россия» 11 октября 2014 года).

«По записям С.Комарова в социальных сетях заметно, что его тоже мучил страх оказаться выкинутым из жизни, а еще царящее кругом лицемерие, невозможность «разорвать порочный круг». «Жизнь не дороже микроба», - заключает он свои рассуждения.

Теперь говорят, что, скорее всего, у него имеются серьезные проблемы с психикой. Но когда Комарову выдавали лицензию охранника, никаких отклонений врачи не заметили. Так что официальная справка - вовсе не гарантия, что оружие попадет в руки психически устойчивого человека.

Комаров «вырвался из порочного круга» единственным способом, которым в сегодняшнем мире можно обратить на себя внимание, - насилием. И тем самым придал, как ему наверное кажется, своей жизни значимость. Сегодня желающих путем убийства доказать, что он «не тварь дрожащая», а «право имеет», становится все больше. Причем главным образом среди совсем молодых людей» (газета «Советская Россия» 11 октября 2014 года, «Жизнь не дороже микроба»).

Врачи отказывают в справке, с полным основанием подчеркивая в заключении слова: «имеются противопоказания», видимо, тогда, когда у человека на лбу каленым железом выжжено «полный идиот». «Иметь квалификацию» для начальника охраны означает: самому уметь разбираться в психической устойчивости тех, кому мы, ЧОО, доверяем детей. Да, начальник охраны, не имея медицинского образования, не может выявить психические заболевания. Но он вполне может выявить причины, по которым заболевание может возникнуть у наблюдаемых подчиненных. Главная задача нашего справочного пособия и программы обучения психологической подготовке - наглядно указать

начальнику охраны наиболее часто встречающиеся причины психических заболеваний.

Почему же не срабатывает медико-юридический механизм допуска к профессии только надежных, с точки зрения психического здоровья, претендентов?

Противопоказаний не выявлено

Д.Виноградов, юрист компании «Ригла», четыре раза в течение года был на приеме у врача-психиатра (без разглашения конфиденциальной информации), на учет в ПНД не встал, выполнять настоятельный совет врача о стационарном лечении от психического расстройства отказался. Принимал сильные препараты против развития депрессии. Не помогло. Общество не узнало о наличии у Виноградова устойчивого психического расстройства, позднее диагностированного врачами как дистимия. По оценке физиолога П.Б.Ганнушкина, больных дистимией в России от 3-х до 6-ти процентов. Дистимия считается затяжной, если длится более 2-х лет. Виноградов страдал менее года. Те, кто страдает дистимией, подвержены повышенному риску возникновения большого депрессивного расстройства (диагноз другого психического заболевания). Отказавшись от стационарного лечения, Виноградов прошел «медицинскую комиссию» и получил её заключение по месту регистрации (г.Москва) о том, что «противопоказаний не выявлено» и начал обстоятельно готовиться к расправе с коллегами по офису. А между тем дистимия с кодом F-34 в запретный круг, очерченный Постановлением Правительства РФ №300 вошла!

Он накопил 120 тысяч рублей, купил два охотничьих карабина и боезапас, подобрал одежду, традиционную для героев шутеров. Обманув сотрудников службы безопасности (без квалификации частных охранников), Виноградов пронес карабины в офисный центр, собрал их в туалете на другом этаже, где и переоделся по шутерской моде и ...успел убить шесть человек, пока при перезарядке оружия его не остановил тяжело раненый Н.Стрельников и Ю.Марченко. «...Если бы меня не остановили, я бы продолжал убивать, а затем застрелился» (по материалам следствия). Виноградов приговорен к пожизненному заключению «с принудительным лечением у психиатра по месту отбытия наказания», т.е. в наличии у Виноградова устойчивого психического заболевания (при наличии медицинского заключения от 21.01.2013г. о том, что «противопоказаний не выявлено») - ни у кого сомнений нет.

Нужно ли начальнику охраны ограничиваться осмотром УЛЧО, если охранник выставляется на объект к **детям**? «Противопоказаний не выявлено» означает всего лишь, что их не выявили за 5 минут себе-

седования 2 врача ПНД. И только. В связи с чем мы, вопреки существующему общепринятому порядку допуска охранников на *любой объект*, рекомендуем изучать личность каждого кандидата, чтобы не допустить трагедии в образовательных организациях со стороны одного из участников возможных конфликтов - охранника. И брать на охрану объектов к детям только при наличии рекомендации из достойных доверия источников, знающих семью претендента и подробности его биографии.

Можно и продолжить: С.Гордеев, «школьный мститель» из 263-ей московской школы, получивший диагноз «параноидная шизофрения» и заключение врачей о «невменяемости и прогрессирующем недуге», - тоже не состоял на учете в ПНД и получил у врачей справку, т.к. тренировался в стрелковом тире, ведя стрельбу боевыми патронами.

Много можно писать о поведении С.Комарова. Заключение врачей - «психически здоров». Главное - он был охранником и использовал для расстрела прихожан в храме в Южно-Сахалинске табельное помповое ружье.

Так дает ли гарантию уберечься от возросшей агрессии психбольного штамп врачебной комиссии «не выявлено»? Когда охранник направляется охранять *детей*, от начальника охраны требуется значительно больше внимания к его личности, нежели тратят врачи в ПНД и НД. Случается (иногда), как видите, что уважаемые эскулапы от психиатрии ориентируется на формуляр: «состоял - не состоял». А что можно «освидетельствовать» за 5 минут, если больной «не состоял» на учете и находится в состоянии «просветления», устойчивой ремиссии или поставил перед собой параноидальную цель (как Виноградов или Комаров): доказать всему миру, кто он - «*тварь дрожащая или право имею?*»

«Тварь дрожащая или право имею»

Цитату из психологического романа Ф.М.Достоевского «Преступление и наказание», которую великий русский писатель сделал стержнем внутренней борьбы двадцатитрехлетнего Раскольников, записал в своих рассуждениях в сети Интернет С.Комаров.

На момент окончания справочного пособия уголовное дело по обвинению Комарова было направлено в суд. О Комарове с момента совершения им преступления в феврале 2014 года в СМИ не встречалось никаких материалов. Однако для понимания его психологического портрета сообщений первой недели вполне хватило. Не трудно было заранее предсказать ход следствия и приговор.

Между тем поведение Комарова и мотив «восстания против ощущений дрожащей твари» до деталей совпали с уже забытыми обстоятельствами уголовного дела некоего Марка Дэвида Чепмена, 25-ти лет,

«стопроцентного американца». С 16-ти лет Марк занимался поисками добра, пытался стать проповедником, воспитателем в детском лагере и в конце концов стал охранником в школе(!) и даже занял в своем ЧОПе (в США) первое место по огневой подготовке. Однако Марку очень хотелось прославиться, сделать так, чтобы о нем заговорил весь мир. Он составил список из дюжины самых известных знаменитостей и производил выбор: кого из них ему удастся убить? В конце-концов он остановился на Джоне Ленноне, восьмом в списке «самых известных людей в Великобритании за все времена» и №1 в группе Beatles, которая к тому времени (1980 год) распалась. Интересно, что Марк сам был поклонником Джона Леннона, продолжавшего писать музыку и выступать, проживая уже в Нью-Йорке. Марк Чепмен, действуя как заправский киллер, изучил распорядок дня Леннона, приехав из Гонолулу (Гавайские острова, штат США). И осуществил свое намерение 8 декабря 1980 года у входа в здание «Дакота», где жил Леннон. Выпустив в спину Леннона 5 разрывных пуль из купленного накануне револьвера, Чепмен сел на мостовую и начал читать роман «Над пропастью во ржи», а прибывшей полиции сразу же заявил: «Я только что застрелил Джона Леннона».

Болен? 100%!

С.Комаров тоже никуда не убежал, а сел на пол в храме и стал дожидаться полицию. Жюри, дававшее медицинскую оценку поступку Марка Чепмена состояло из 9-ти психиатров. Из которых шесть высказались за его невменяемость. Однако суд принял сторону трех тех, кто был в меньшинстве, и вынес Чепмену приговор «пожизненное» с обязательным лечением от расстройства психики. При этом осужденный содержался в помещении с покрашенными черными окнами, чтобы фанаты Леннона не смогли его убить, воспользовавшись снайперским прицелом.

Интересно, что по законам штата Нью-Йорк Чепмен по прошествии какого-то времени начал подавать просьбы о помиловании (решается через каждые два года). Уже 6-ть раз Чепмену было отказано на том основании, что он все еще общественно опасен. Сейчас ему 60 лет. Так вот: наши суды повторяют для «брэвиков» решение американского суда 34-летней давности. Дают «пожизненное» психически больным с принудительным лечением по месту отбытия наказания. Полагаю, они всего лишь выражают желание общества надежно защищаться от лиц, совершивших преступление такой степени тяжести. И к больным, и к здоровым психологическое понимание чудовищности поступка приходит позднее, как к Раскольникову. «Я не старуху убил, я себя убил», - говорит он Соне Мармеладовой. И идет сдаваться в уча-

сток. Наличие «синдромов» чепменов и степанов комаровых в обществе было предсказано русским писателем еще в 1866 году.

Для нас важно, чтобы психологически готовые на массовое убийство, да и на любое иное преступление люди не попадали в штаты частных охранных организаций, покупая справки «противопоказаний не выявлено». А для этого начальнику охраны нужно знать основы психологии, принципы, выводы ее специальных разделов и работать с личным составом в нужном направлении.

Показания отца «белгородского стрелка» о странностях сына зачитали в суде. 2013г.

По рассказам Помазуна-старшего, его сын Сергей стал малообщительным и агрессивным после выхода из тюрьмы. 31-летний мужчина нигде не работал, однако потом решил открыть категории D и E в водительском удостоверении, чтобы работать водителем маршрутки. Билеты он учил ночью, а спал днём.

«Я начал замечать, что, решая билеты, он стал заговариваться. Повторял одно и то же слово по пять-шесть раз. По многу раз он читал вслух один и тот же билет, а потом психовал и ругался нецензурной бранью, - зачитывали прокуроры показания Помазуна. - Выключатель на кухне он включал и выключал около 40 раз подряд, разговаривал сам с собой шёпотом, стал бродить бесцельно по комнате. Он вынес на улицу все наши семейные фотоальбомы, а также свои армейские фотографии, и сжёг их. На вопрос, зачем он это сделал, ответил, что они мешают, они из прошлой жизни».

После провала на экзамене в марте 2013 года будущий убийца стал ещё и агрессивным, повторял три слова: «Чечня, ГРУ, горе».

«Такое поведение у него стало почти повседневным. Разговаривать с ним стало невозможно, на каждое слово он отвечал агрессивно, кричал эти слова, а также - что поубивает нас. Угрожал, что повырезает мне глаза. При этом его на это ни я, ни моя супруга не провоцировали», - рассказал следователям отец «белгородского стрелка».

25 июля.

Прокурор вызвал в суд в качестве свидетеля мать подсудимого - Л.Помазун.

- Охарактеризуйте поведение своего сына, - попросил Л.Помазун прокурор.

- Сергей освободился из колонии 20 декабря 2012 года, - сообщила она. - Он стал каким-то отчуждённым, ничем не интересовался, замкнулся в себе. Днём спал, а ночью смотрел телевизор или играл на компьютере. Потом сжёг некоторые вещи: иконки, свои старые фотографии, сувениры. Он говорил, что всё это из прошлой жизни. Сын хотел получить водительскую категорию «D» и работать на маршрутке. Для этого принялся учить экзаменационные билеты правил дорожного движения. Но дважды не сдал экза-

мен. После этого стал агрессивным. Однажды мне позвонила знакомая и пожаловалась, что Сергей угрожал расправой её дочери. Я и его отец пытались поговорить с сыном, но он на нас наорал, а потом ударил отца, выхватил нож, с которым всегда ходил, и порезал ему подбородок. На следующий день я обратилась к врачу психиатру, но мне ответили, что принудительно лечить моего сына не имеют права, а только с его согласия, - продолжала рассказывать Л.Помазун. - Сергей же мне сказал: «Если у тебя голова больная, сама и лечись!». Я неоднократно обращалась в полицию и объясняла, что мой сын опасен для окружающих, но мне ответили, что пускай те, для кого он опасен, и пишут заявление.

30 июля.

В ходе экспертизы Помазун разоткровенничался с психиатрами и рассказал, что собирался уйти в тайгу.

- Оружие мне нужно было, чтобы прорвать оцепление, когда меня начнут ловить, - рассказал врачам Помазун. - А когда прорвался, то сразу ушёл бы в тайгу. Ведь меня объявили бы в федеральный розыск. А в тайге я бы смог выжить. Весна ведь, а следом лето. Прокормился бы.

А ещё Помазун очень сетовал, что для его поисков привлекли мало полицейских. Да и то не тех, кого он ожидал.

- Жаль, что меня искало так мало людей, да всё какие-то гаишники. Я надеялся, что будут люди в камуфляже, спецназ, армию подключат...

Вывод врачей однозначен: Помазун не обнаруживает психического расстройства личности.

В рамках расследования уголовного дела назначено более 50 экспертиз, в том числе генетические, трассологические, криминалистические, медицинские, баллистические, биологические и ряд других. С.Помазуну проведена комплексная **амбулаторная** судебная психолого-психиатрическая экспертиза, по результатам которой он признан вменяемым, - цитирует слова официального представителя СКР информационное агентство ИТАР-ТАСС.

«В мае следователи направили Помазуна на обследование. В ГНЦ имени Сербского психиатры поставили ему **предварительный диагноз** «аффективное расстройство личности с навязчивыми повторяющимися идеями». Это форма биполярного расстройства, которое может протекать с большими амплитудами - глубокими депрессиями и маниакальными состояниями, когда больной не контролирует свое поведение. По версии психиатров, Помазун начал вести себя неадекватно после освобождения из колонии за месяц до преступления. Помазун был уже трижды судим», - напоминает Полит.Ру.

Евсюкову нашли психиатрическое прошлое. Он рассчитывает выйти на свободу через 3 года.

Дело майора Евсюкова идёт по той колее, по какой идут дела совершивших какое-нибудь злодеяние солдат оккупационных войск, когда их судит оккупационное же судопроизводство.

Обнародованы данные психиатрической экспертизы милиционера-убийцы Д.Евсюкова. Спустя полгода после бойни в супермаркете выяснилось, что в детстве майор состоял на учете у психиатра и даже лежал в психбольнице, пишет GZT.RU.

Данные экспертизы, проведенной сотрудниками Института судебной психиатрии имени Сербского, были выданы И.Трунову, адвокату пострадавших от рук Д.Евсюкова. Он заявил, что «документ более чем на 40 страницах проливает новый свет на противоречивую фигуру милиционера-убийцы».

Евсюков разговорился.

Недавно обвиняемый рассказал психиатрам, которые с ним работают, что родился недоношенным и продолжительное время пролежал в барокамере. Также Евсюков сообщил, что его ближайшие родственники страдали эпилепсией. Эти данные подтвердились.

В документе подтверждается, что Д.Евсюков в детстве состоял на учете в московском психиатрическом диспансере 6. Отмечается, что в детстве майор Евсюков был слабым, капризным, отставал в развитии от сверстников, учился в школе по специальной упрощенной программе.

«Еще до школы получил несколько черепно-мозговых травм, из-за которых впоследствии испытывал сильные головные боли. В детском саду постоянно наблюдался у невропатолога. Отставал в развитии. Его освободили от сдачи экзаменов. В школе считался слабовменяемым. Постоянно раздражался, устраивал истерики и плакал даже в старших классах», - сообщается в документе.

В начале 1990-х годов у Евсюкова выявили церебрастенический синдром (повышенную нервно-психическую истощаемость).

Низкая успеваемость в школе не позволила ему закончить 10 классов, и Евсюков ушел в ПТУ, где начал заниматься рукопашным боем. В это же время наблюдавшие его врачи настоятельно рекомендовали родителям продолжить его лечение в психиатрической лечебнице более обстоятельно. Но родители Евсюкова отказались. Отец Евсюкова настоял на том, чтобы сын поступал в Институт МВД

Майора Евсюкова признали вменяемым. 2009г.

Бывший начальник ОВД «Царицыно» Д.Евсюков, устроивший стрельбу в московском супермаркете, прошел судебно-медицинскую экспертизу, по результатам которой был признан вменяемым. Как стало известно, в ходе экспертизы, проведенной врачами института судебной психиатрии имени Сербского, у майора Евсюкова не было выявлено никаких серьезных психических отклонений. Вместе с тем у Евсюкова были диагностированы склонность к циррозу и диабету, а также зафиксированы приступы панкреатита. Тем не менее, врачи выявили у Евсюкова подверженность приступам

немотивированной агрессии, для подавления которых он долгое время принимал некий психотропный препарат. Ранее сообщалось, что в крови майора были обнаружены следы фенибутирата - препарата, который врачи редко и с большой осторожностью назначают при неврозах, злоупотреблении алкоголем и некоторых психических заболеваниях. Официального заключения судмедэкспертов пока не последовало, однако фактически решение о признании майора вменяемым уже принято, подчеркивает издание. Сообщается, что адвокаты Д.Евсюкова добивались проведения повторной экспертизы, но получили отказ.

«Школьного стрелка» признали шизофреником. 2014г. Телеканал Life News.

Спустя четыре недели исследований и работы с задержанным за стрельбу в столичной школе №263 - 15-летним С.Гордеевым психологи-психиатры института имени Сербского поставили окончательный диагноз. По мнению врачей, стрелок невменяем.

- Врачи диагностировали у С.Гордеева параноидную шизофрению, отметив, что его состояние постоянно ухудшается и мальчик нуждается в срочном лечении. Ему рекомендован стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением, - прокомментировал Life News источник в правоохранительных органах столицы.

Врачи отмечали у стрелка расстройство психики и гиперактивное для подростка поведение еще на предварительном этапе обследования, но точного диагноза не было.

- Школьник не лежал, не спал, постоянно находился в движении и конфликтовал с другими подэкспертными, - сообщил источник.

Сейчас С.Гордеев находится в столичном СИЗО «Бутырка», на базе которого функционирует психиатрическое отделение. Там оказывают помощь подозреваемым и обвиняемым с психическими расстройствами.

Свидетельство о невменяемости означает, что подростка ждет принудительное лечение в специализированных клиниках закрытого типа и в тюрьму он не попадет. Дальнейшие следственные действия теперь не имеют смысла, так как официально С.Гордеев не отдавал отчета в своих действиях в момент преступления.

От рук 15-летнего ученика 10 «А» класса, который пришел в школу с двумя отцовскими винтовками - финской Tikka T3 и мелкокалиберной Browning, погибли учитель географии Андрей Кириллов и прапорщик полиции С.Бушуев.

38-летний Бушуев прибыл на место ЧП в составе группы задержания отдела вневедомственной охраны после того, как дежуривший в школе сотрудник ЧОО «Сатурн» нажал кнопку тревожной сигнализации. Когда полицейский пытался зайти в класс, мальчик застрелил его.

Старший сержант - 29-летний В.Крохин прибыл в школу уже вместе с подкреплением. Он отправился к классу, чтобы вытащить из зоны обстрела раненого бойца ОВО С.Бушуева. Крохину пуля 22-го калибра также попала в плечо, но он остался жив.

Школьного убийцу задержали после того, как отец уговорил его сдаться.

Если не министр здравоохранения, то начальник охраны?

Из представленных «мировой паутиной» возможностей для изучения обстоятельств применения кошмарного насилия российскими «брэйвиками» в отношении ни в чем перед ними неповинных людей напрашивается определившаяся закономерность. Все «брэйвики» в раннем ли возрасте или позднее проявляли признаки психических расстройств. Все они в той или иной степени в разные периоды жизни делались пациентами врачей-психиатров, но не попадали в учетные базы ПНД! А при пятиминутных освидетельствованиях медицинскими комиссиями, решавшими вопрос «о допуске к оружию», в бланках заключений доктор подчеркивал слова о наличии противопоказаний: *не выявлено*. Сложилась порочная система недооценки, недоработки, поверхностного отношения всероссийской системы здравоохранения к фиксации и концентрации амбулаторных сведений на российских граждан, касающихся психического здоровья. Здоровье тела - личное дело каждого. Здоровье души - категория общественная, когда права общества на защиту от брэйвиков становятся много выше интересов отдельной потенциально опасной личности. Врачи-администраторы бы отстали от суровой глобальной действительности. Не научились на заокеанских многочисленных примерах и закономерностях, выявленных специальной комиссией по расследованию причин «школьных» расстрелов в США.

Любой отдельно взятый факт массового убийства людей психически нездоровым пациентом для психиатров-рулевых мог стать основанием постановки вопроса о кардинальных профилактических мерах в системе учетов Минздрава. А когда одни и те же «симптомы» повторяются раз за разом? Имеется достаточно мест пребывания граждан, где все без исключения «пребывающие» наблюдаются врачами. Попробуем перечислить: родильные дома, ясли, детские сады, школы, ВУЗы (в меньшей степени), российская армия, места лишения свободы, госучреждения, Госавтоинспекция (куда стекаются сведения о ДТП и нарушениях ПДД). Наконец, стационарные больницы, участковые уполномоченные полиции, которые очень много знают о поведении граждан в быту, должны знать.

В управленческих решениях Минздрава заключена социальная ответственность перед гражданским обществом. Права личности заслили права общества на безопасность. Граждане перемещаются по необъятной стране, меняют места регистрации, учебы, работы. В связи с чем, учитывая современные возможности электронного обмена информацией, необходим всероссийский психо-неврологический учет

всех членов общества, собирающий от рождения до смерти отзывы психиатров и психологов на каждого гражданина, где бы он не находился и какие бы симптомы неадекватных психических реакций не проявлял. Только запросив сведения из всероссийского Центра психического здоровья, члены комиссии могут сделать приближенный к правдоподобию вывод: «выявлено» - «не выявлено».

Видимо настало время, когда и сведения по «анонимным обращениям» о диагностировании и лечении следует направлять в такой центр. Слишком дорого приходится платить за вооружение «не выявленных» евсюковых, виноградových, гордеевых, помазунов, комаровых. Вероятность предрасположенности к психическому заболеванию по наследству у ребенка, если болен один из родителей - 10-13%. Двое - 40-46%. Значит, с учетом высокой степени предрасположенности, база данных должна содержать и сведения о психическом здоровье родителей, о полученных черепно-мозговых травмах, о судимостях (это - длящийся стресс).

Если общество захочет защититься, предвидеть атаки брейвиков - нет более надежного способа профилактической защиты. А пока ничего подобного нет и скорее всего, не будет никогда, начальники охраны группы объектов образования должны по крайней мере понимать если не симптоматику психических заболеваний (их множество видов и групп от F00 до F79), то объективные выпирающие наружу причины, по которым возможно выделить и отделить, перевести из охраны образовательных организаций тех, кто наиболее «подвержен вероятности» иметь психический недуг.

Конечно, знание основ психологической подготовки необходимо всем сотрудникам охраны. Но у начальников охраны детских образовательных организаций целых две «группы охвата» - собственные охранники в первую очередь(!) и школьники (если мы - профессионалы). Поскольку кровавые школьные конфликты рождает сама школа внутри себя. И чаще всего такие конфликты заметны, долго обсуждаются всеми педагогами и воспитателями. Но не становятся достоянием охраны! Их «переваривает» класс, педагоги, психологи и руководство образовательной организации. И часто отделяют и меняют траекторию не лидера-«булли»*, а жертвы, оставляя в ее душе смятение на всю жизнь. Вот тогда-то школа окончательно превращается в сознании подростка в «дом зла», формируя нового «школьного мстителя» или суицидальный синдром. О действиях «школьного мстителя» общественность узнаёт, когда «гремит гром», причем гремит в стенах школы.

Профессионалы, частная охрана не должны оставаться в развитии ситуации с буллингом лишними, а затем и крайними. Только совместная профилактика, формирование рабочих групп и поиск способов сво-

временного выявления и исчерпания конфликтов. Но об этом - во II части справочного пособия.

Главное

Для частной детективной и охранной деятельности, для допуска к профессии «частный охранник» ключевым, главным нормативным документом является Постановление Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 года №300 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника». Все-го полстраницы.

Постановление содержит колоссальный объем информации. Но понятной только специалистам. Профессионалам частной охранной деятельности, которым может стать каждый начальник охраны, если он поставил перед собой цель подняться выше примитивного шабашника, бегающего между объектами и затыкающего дыры.

По федеральному государственному образовательному стандарту специалисты среднего звена (у нас - начальники охраны группы объектов) - выпускники средних профессиональных образовательных организаций с объемом учебных часов - 3214. И государственной итоговой аттестацией. Такой стандарт для частной охраны еще не написан. Цифра - из аналога.

Тешу себя надеждой, что справочное пособие пригодится нашим коллегам-специалистам среднего звена в их практической работе на объектах образования.

Поможем коллегам. Перечень заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника (утвержденный(!) Постановлением Правительства РФ от 19 мая 2007 года №300) составлялся Минздравом на основании Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр). Код МКБ-10.

В России Международная классификация болезней 10-го пересмотра принята как единый нормативный документ для учета заболеваемости, причин обращения населения в медицинские учреждения всех ведомств, причин смерти. МКБ-10 внедрена в практику здравоохранения на всей территории РФ в 1999 году приказом Минздрава России от 27.05.97г. №170. Выход в свет нового пересмотра (МКБ-11) планируется в 2015 году. Когда готовилось Постановление Правительства РФ от 21.06.98г. №814, приказ №170 уже действовал, что и отразилось на формулировке пункта «а».

Для того чтобы настоящее справочное пособие стало для начальников охраны образовательных организаций возможной энциклопедией

дией психологической подготовки, включаем в главу расшифровку психических заболеваний (препятствующих исполнению обязанностей частного охранника) по блокам.

Этот блок включает в себя:

По МКБ-10 в перечень заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника, вошли заболевания (по классификатору) с F00 по F09, с F10 по F19, с F20 по F79. То есть 80 групп психических заболеваний, вызывающих хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

V класс (F00 - F99) включает психические расстройства и расстройства поведения. Из них:

F00 - F09 - органические, включая симптоматические, психические расстройства;

F10 - F19 - психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ;

F20 - F29 - шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;

F30 - F39 - расстройства настроения (аффективные расстройства);

F40 - F48 - невротические, связанные со стрессом, и соматические расстройства;

F50 - F59 - поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;

F60 - F69 - расстройства личности и поведения в зрелом возрасте;

F70 - F79 - умственная отсталость;

В перечень «№ 300» не вошли:

F80 - F89 - расстройства психологического развития;

F90 - F98 - эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в подростковом или детском возрасте.

F99 - неуточненные психические расстройства.

Разъясним: в табуированный перечень (запретов) для исполнения обязанностей в качестве частного охранника вошли *очень многие психические заболевания*.

Вопрос в том: могут ли все психические заболевания быть выявлены при освидетельствовании группой врачей-психиатров из двух специалистов, если освидетельствование длится 5 минут, а освидетельствуемый никогда не состоял на учете в ПНД и желает скрыть от общества наличие психического заболевания? Значительную часть психических заболеваний возможно выявить при длительном наблюдении, в ходе опроса лиц, хорошо знающих больного, при изучении его биографии и анализе особенностей поведения.

Частная охранная организация не обладает правами принудительного обследования охранников, проявляющих признаки неадекватного поведения. Иногда необходимы и специальные методы обследования. Например, электроэнцефалография. В связи с этим выявить признаки одной из перечисленных в перечне групп психических заболеваний и подобрать не противоречащие закону меры по отстранению «подозрительного» в своем поведении работника от исполнения обязанности охранника образовательных организаций может только начальник охраны группы объектов.

Ниже мы приведем наиболее часто встречающиеся в практике начальников охраны причины появления психических расстройств, выявить которые вполне способен специалист среднего звена, имеющий под рукой предлагаемое справочное пособие.

Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)

Включены: нарушения психологического развития.

Исключены: симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

Этот класс содержит следующие блоки:

F00-F09. Органические, включая симптоматические, психические расстройства.

F10-F19. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

F20-F29. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

F30-F39. Расстройства настроения (аффективные расстройства).

F40-F48. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.

F50-F59. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

F60-F69. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

F70-F79. Умственная отсталость.

F80-F89. Расстройства психологического развития.

F90-F98. Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

F99. Неуточненные психические расстройства

Звездочкой обозначены следующие рубрики:

F00.* Деменция при болезни Альцгеймера.

F02.* Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках.

Foo-F09. Органические, включая симптоматические, психические расстройства.

Этот блок включает в себя ряд психических расстройств, сгруппированных вместе в связи с наличием явных этиологических факторов, а именно: причиной этих расстройств явились болезни головного мозга, травма головного мозга или инсульт, ведущие к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть первичной (как при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (как при системных заболеваниях или нарушениях, когда головной мозг вовлекается в патологический процесс наряду с другими органами и системами).

Деменция (слабоумие) (Foo-F03) - синдром, обусловленный поражением головного мозга (обычно хронического или прогрессирующего характера), при котором нарушаются многие высшие корковые функции, включая память, мышление, ориентацию, понимание, счет, способность к обучению, речь и суждения. Сознание не затемнено. Снижение познавательной функции обычно сопровождается, а иногда предваряется ухудшением контроля над эмоциями, социальным поведением или мотивацией. Этот синдром отмечается при болезни Альцгеймера, при цереброваскулярных болезнях и при других состояниях, первично или вторично поражающих головной мозг.

При необходимости идентифицировать первоначальное заболевание используют дополнительный код.

F10-F19. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Этот блок содержит широкий спектр различных по тяжести и клиническим проявлениям расстройств, развитие которых всегда связано с употреблением одного или более психоактивных веществ, предписанных или не предписанных по медицинским показаниям. Трехзначная рубрика идентифицирует использованное вещество, а четвертый знак кода определяет клиническую характеристику состояния. Такое кодирование рекомендуется проводить для каждого уточненного вещества, однако необходимо отметить, что не все четырехзначные коды применимы для всех веществ.

Идентификация психоактивного вещества должна основываться на возможно большем числе источников информации. К ним относятся данные, сообщенные самим индивидом, результаты исследования крови и других биологических жидкостей, характерные соматические и психологические признаки, клинические и поведенческие симптомы, а также другие очевидные данные, такие, как вещество, находящееся в распоряжении пациента, или информация от третьих лиц. Многие по-

требители наркотиков используют не один вид наркотического вещества. Основной диагноз должен быть по возможности установлен по веществу (или группе веществ), которое вызвало клинические симптомы или способствовало их появлению. Другие диагнозы следует кодировать в случаях, когда другое психоактивное вещество принято в количестве, вызвавшем отравление (общий четвертый знак .0), причинившем вред здоровью (общий четвертый знак .1), приведшем к зависимости (общий четвертый знак .2) или другим нарушениям (общий четвертый знак .3-9).

Только в тех случаях, когда применение наркотических веществ носит хаотичный и смешанный характер или вклад различных психоактивных веществ в клиническую картину невозможно вычлениить, следует ставить диагноз расстройств, вызванных употреблением нескольких наркотических веществ (F19.).

Исключено: злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость (F55).

Следующие четвертые знаки используются в рубриках F10-F19.

0. Острая интоксикация.

Исключено: интоксикации, подразумевающие отравления (T36-T50).

1. Употребление с вредными последствиями.

Употребление психотропного вещества, которое наносит ущерб здоровью. Повреждение может быть физическим (как в случаях гепатита от самоназначения введенных психотропных веществ) или психическим (например, эпизоды депрессивного расстройства при длительном употреблении алкоголя).

Психотропная токсикомания

2. Синдром зависимости.

Группа поведенческих, мнестических и физиологических феноменов, развивающихся при неоднократном использовании вещества, которые включают сильное желание принять наркотик, отсутствие самоконтроля, употребление несмотря на пагубные последствия, более высокий приоритет употребления наркотиков перед другими действиями и обязательствами, увеличенную толерантность к веществам.

Синдром зависимости может относиться к определенному психотропному веществу (например, табак, алкоголь или диазепам), к классу веществ (например, препараты опиоида), или к более широкому диапазону различных психотропных веществ.

- Хронический алкоголизм.
- Дипсомания.
- Наркомания.

3. Синдром отмены.

4. Синдром отмены с делирием.

5. Психотическое расстройство.

6. Амнестический синдром.

7. Резидуальное состояние и психотическое расстройство с отставленным дебютом.

Расстройство, при котором нарушения познавательных функций, эмоций, личности или поведения, вызванные приемом алкоголя или психоактивного вещества, могут сохраняться после периода, в течение которого проявляется непосредственное влияние психоактивного вещества. Начало расстройства должно быть непосредственно отнесено к употреблению психоактивного вещества. Случаи, при которых начало возникновения нарушений оказывается позже эпизода (эпизодов) употребления психоактивного вещества, могут кодироваться вышеуказанным четвертым знаком, только если совершенно доказана очевидная принадлежность расстройства к остаточным явлениям воздействия психоактивного вещества.

Резидуальные явления можно отличить от психотического состояния отчасти по их эпизодичности, преимущественно короткой продолжительности, по их дублированию предшествующих алкогольных или наркотических проявлений.

Алкогольная деменция БДУ.

Хронический алкогольный церебральный синдром.

Деменция и другие легкие формы стойких нарушений познавательных функций.

«Флэшбэк» (Flashbacks).

Отсроченное психотическое расстройство, вызванное употреблением психоактивного вещества.

Нарушение восприятия после употребления галлюциногена.

Резидуальное:

- эмоциональное [аффективное] расстройство;
- расстройство личности и поведения.

Исключено:

алкогольный или наркотический:

- корсаковский синдром (F10 - F19 с общим четвертым знаком .6);
- психотическое состояние (F10 - F19 с общим четвертым знаком .5).

8. Другие психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

9. Психическое и поведенческое расстройство вследствие употребления психоактивных веществ неуточненное.

F20-F29. Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства.

Этот блок включает в себя шизофрению как наиболее важную составную часть группы, шизотипическое расстройство, устойчивые бредовые расстройства и большую группу острых и преходящих психотических расстройств. Шизоаффективные расстройства были оставлены в этом блоке, несмотря на их противоречивый характер.

F30-F39. Расстройства настроения (аффективные расстройства).

Этот блок включает в себя расстройства, при которых основным нарушением является изменение эмоций и настроения в сторону депрессии (с тревогой или без нее) или в сторону приподнятости. Изменения настроения обычно сопровождаются изменениями общего уровня активности.

Большинство других симптомов являются вторичными или легко объясняются на фоне изменений настроения и активности. Такие расстройства чаще всего имеют тенденцию к рецидивированию, причем начало отдельного эпизода нередко может связываться со стрессовыми событиями и ситуациями.

F40-F48. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Исключены: связанные с расстройствами поведения, классифицированными в рубриках F91.-(F92.8).

F50-F59. поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

F60-F69. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

Этот блок включает различные состояния и модели поведения клинической значимости, имеющие тенденцию к устойчивости и возникающие как выражение характерного образа жизни индивида и его взаимоотношений с окружающими. Некоторые из этих состояний и образцов поведения проявляются рано в ходе индивидуального развития как результат одновременного воздействия конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются на более поздних этапах жизни.

Специфические расстройства личности (F60.-), смешанные и другие расстройства личности (F61.-), длительно сохраняющиеся изменения личности (F62.-) являются глубоко укоренившимися и длительными моделями поведения, проявляющимися как негибкая ответная реакция на самые разные личные и социальные ситуации. Такие расстройства представляют собой чрезвычайные или значительные отклонения от способа, которым обычный человек данного уровня культуры вос-

принимает, мыслит, чувствует и особенно общается с окружающими. Такие модели поведения имеют тенденцию к устойчивости и охватывают многие области поведения и психологического функционирования. Данные расстройства часто, но не всегда связаны с субъективными переживаниями различной степени и проблемами социального характера.

F70-F79. Умственная отсталость.

Состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения либо без него.

Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизованными тестами, определяющими состояние пациента. Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков.

Интеллектуальные способности и социальная адаптация со временем могут измениться, однако достаточно слабо. Это улучшение может явиться результатом тренировки и реабилитации. Диагноз должен базироваться на достигнутом на настоящий момент уровне умственной деятельности.

Для идентификации степени умственной недостаточности рубрики F70-F79 употребляются со следующим четвертым знаком:

0. С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения.

1. Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения.

8. Другое нарушение поведения.

9. Без указаний на нарушение поведения.

При необходимости идентифицировать состояния, связанные с умственной отсталостью, такие, как аутизм, другие нарушения развития, эпилепсия, расстройства поведения или тяжелый физический недостаток, используют дополнительный код.

F80-F89. Нарушения психологического развития.

Расстройства, включенные в этот блок, имеют общие черты: а) начало обязательно в младенческом или детском возрасте; б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим со-

зреванием центральной нервной системы; в) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов. В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Обычно задержка или нарушение, проявившиеся настолько рано, насколько возможно было их достоверно обнаружить, будут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, хотя более легкая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.

Ф90-Ф98. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Ф99. Неуточненные психические расстройства.

Необходим взвешенный подход к правам отдельно взятой личности на конфиденциальность при обращении за медицинской помощью и правом гражданского общества на безопасность в случае наличия у обратившихся граждан «хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», а также в случае возможности возникновения таких состояний в силу их вхождения в типовую диагностическую картину болезни.

У СРО «Школа без опасности» есть все основания внести в Минздрав предложения об изменении методики выдачи медицинских заключений и об изменении сбора и хранения учетных данных о лицах, проявляющих психические расстройства. Позволим себе их изложить.

Предложение №1.

Основание: письмо министра здравоохранения РФ В.И.Скворцовой и Постановление Правительства РФ от 28.04.1993г. №377.

Суть предложения: распространить действие указаний В.И.Скворцовой на граждан, претендующих или исполняющих обязанности частных охранников (вид медицинского освидетельствования, установленный Постановлением Правительства РФ от 19.05.2007г. №300 для частных охранников).

Обязать всех граждан, попадающих под перечень, указанный в письме, проходить освидетельствование медицинскими комиссиями только по месту постоянной регистрации в государственных организациях.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Письмо от 5 апреля 2012г. №14-5/10/2-3374

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с главным внештатным специалистом-психиатром Минздравсоцразвития России рассмотрело обращение по вопросам проведения психиатрического освидетельствования, освиде-

тельствования на наличие медицинских противопоказаний к управлению личным транспортным средством, **освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием** и сообщает следующее.

В соответствии с Порядком проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.04.2011 №302н «Об утверждении Перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (далее - Порядок), участие **врача-терапевта**, врача-психиатра и врача-психиатра-нарколога при прохождении предварительного и периодического медицинского осмотра является обязательным для всех категорий обследуемых при поступлении на работу, связанную с управлением общественным транспортом, и **непосредственно работников с опасными условиями труда**.

Пункт 38 Порядка определяет функцию врача-психиатра и (или) психиатра-нарколога: в случае выявления врачом-психиатром и (или) наркологом лиц с подозрением на наличие медицинских противопоказаний, соответствующих профилю данных специалистов, к допуску на работы с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также к работам, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, указанные лица, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, направляются для освидетельствования во врачебной комиссии, уполномоченной на то органом здравоохранения.

Согласно ст.65 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны **здоровья** граждан в Российской Федерации» медицинское освидетельствование лица представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

Видами медицинского освидетельствования являются:

освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);

психиатрическое освидетельствование;
освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;

освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

иные виды медицинского освидетельствования, установленные законодательством Российской Федерации.

Психиатрическое освидетельствование проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.

В соответствии с Перечнем медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 №377 «О реализации Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”», работы, связанные с движением транспорта, в том числе автомобилей категории В, относятся к видам профессиональной деятельности в условиях повышенной опасности.

Периодичность психиатрического переосвидетельствования для данной категории лиц - не реже одного раза в пять лет. Необходимым **функциональным исследованием является электроэнцефалография, дополнительные исследования - электрокардиография, экспериментальное психологическое исследование.** Вероятность выявления характерной эпилептиформной активности головного мозга у больных с разными формами эпилепсии при проведении однократного электроэнцефалографического исследования составляет 60-65%. Учитывая эффективность электроэнцефалографического исследования, его проведение всем кандидатам в водители и водителям необходимо, поскольку способствует снижению аварийности, случаев травматизма и смертности в ходе эксплуатации личных авто- и мототранспортных средств.

Выдача результатов психиатрического освидетельствования (заключения о состоянии здоровья) без проведения необходимых и дополнительных функциональных исследований является нарушением порядка проведения психиатрического освидетельствования.

Электроэнцефалография (ЭЭГ)

ЭЭГ или электроэнцефалография - современный и достоверный метод изучения деятельности головного мозга. В процессе исследова-

ния регистрируется биоэлектрическая активность нейронов, что помогает сделать вывод о функциональном состоянии мозга, его физиологической зрелости, наличии и характере очаговых поражений. ЭЭГ используется для постановки диагноза и назначения адекватной терапии в нейрохирургии, неврологии и психиатрии.

Процедура ЭЭГ не доставляет никакого дискомфорта, практически не имеет противопоказаний и выполняется в течение 15-20 минут. Во время обследования пациент находится в звукоизолированном и светозащищенном помещении, в специальном кресле с подголовником. Врач надевает на голову пациента шлем, снабженный чувствительными датчиками, которые присоединены к электроэнцефалографу с помощью проводов. Сигналы от датчиков врач оценивает визуально на экране прибора, после чего данные подвергаются обработке на компьютере. Ее результатом являются карты и графики мозговой активности.

Метод ЭЭГ помогает:

- Выявить опухоли и сосудистые патологии, оценить последствия травмы головного мозга.

- Найти эпилептические очаги.
- Получить представление об общем состоянии головного мозга.
- Определить, насколько деятельность головного мозга соответствует возрасту пациента. Данное исследование показано, если вас беспокоят:

- ухудшение сна.
- Расстройства внимания, высокая тревожность.
- Частые головные боли.
- Панические состояния.
- Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы.
- Постоянные стрессы.
- Проблемы с шейным отделом позвоночника.

ЭЭГ - ценный инструмент диагностирования задержки психомоторного развития у детей. ЭЭГ помогает выявить причину нестабильного поведения и плохой успеваемости ребенка, что необходимо для выбора оптимальной терапевтической методики.

Так что же такое ЭЭГ и в каких случаях она нужна?

Кривая, получаемая в результате колебаний электрического потенциала головного мозга через покров головы, называется электроэнцефалограммой. ЭЭГ отражает мозаику активности коры головного мозга. У здорового человека данная структура имеет определенную картину, которая соответствует гармоничному протеканию основных нервных процессов в мозге. Если у человека наблюдается патология мозга, гармония процессов искажается.

Показатели электроэнцефалограммы существенно меняются под влиянием паталогического процесса, при этом наблюдается прямая зависимость от характера и степени поражения. Картина изменения ритмов биопотенциала коры показывает очаговые нарушения, которые являются следствием локального паталогического процесса. Такая диагностика особенно важна для тяжелых больных, пострадавших от черепно-мозговой травмы, больных после внутричерепных кровоизлияний, а также после проведенных нейрохирургических операций. Здесь оценка состояния мозга крайне важна, поскольку дает возможность спрогнозировать развитие паталогического состояния. Обследование головы очень ценно в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы и операций, а также для больных эпилепсией.

Преимущества электроэнцефалограммы:

- метод полностью безвредный, безболезненный и неинвазивен;
- позволяет выявить пострадавшие зоны мозга и структуры, вовлеченные в паталогический процесс, а также оценить степень их тяжести;
- помогает осуществить контроль динамики развития заболевания.

Сегодня ЭЭГ - это широко применяемый и доступный метод диагностики, применяемый в неврологии нейрохирургии, позволяющий выявить функциональные изменения головного мозга.

Исследование проводится как в покое (состоянии расслабленного бодрствования), так и при нагрузочных функциональных пробах (открытие-закрывание глаз, световые раздражения, форсированное дыхание).

В чем состоит новация В.И.Скворцовой от 05.04.2012г.?

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.04.2012г. №14-5/10/2-3374 психиатрическое освидетельствование врачом-психиатром диспансера на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, **к владению оружием**, к иным видам медицинского освидетельствования, установленного законодательством РФ, осуществляется после предоставления заключения ЭЭГ и экспериментально-психологического исследования (заключения психолога).

Учитывая, что медицинское заключение о допуске граждан к исполнению обязанностей частного охранника выдается по той же форме 046-1, что и освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, предлагаю:

1. Распространить требования Министерства здравоохранения и социального развития РФ, издав дополнение к письму от 5 апреля 2012г. №14-5/10/2-3374 на всех граждан, обращающихся в органы вну-

тренних дел за оформлением (продлением) удостоверений личности частного охранника. Справочно: в отношении получения, продления, обмена водительских удостоверений новый порядок действует с марта 2014 года.

2. Разработать и ввести для освидетельствования лиц, желающих исполнять обязанности частных охранников отдельную форму медицинского заключения, где указать противопоказания с учетом кодов МКБ-10, согласно перечня, имеющегося в Постановлении Правительства РФ от 19.05.2007г. №300.

Предложение №2.

Подготовить Постановление Правительства РФ о создании всероссийского единого информационного центра психического здоровья, где систематизированно будут сосредотачиваться данные на всех граждан Российской Федерации о медицинских показаниях, имеющих значение при диагностировании состояния их психического здоровья: при рождении из родильных домов, из детских дошкольных учреждений и организаций, из общеобразовательных организаций, из российской армии, из мест исполнения наказания, автоинспекции, стационарных больниц всех видов, а также о выдаче медицинских заключений по установленной форме в ходе реализации Постановления Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28.04.1993г. №377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Справочно.

Министр здравоохранения В.И.Скворцова, доктор медицинских наук по специальности врач-невролог. Высоко оценивает роль ЭЭГ, роль заключения клинического психолога и только после этого - проведение собеседования с психиатром в ПНД.

В письме Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.04.2012г. №14-5/10/2-3374 четко указывается, что необходимым функциональным исследованием «для владения оружием» является экспериментальное психологическое исследование. В этом письме министр здравоохранения подчеркивает: «Выдача результатов психиатрического освидетельствования (заключения о состоянии здоровья) без проведения необходимых и дополнительных функциональных исследований **является нарушением порядка проведения психиатрического освидетельствования**».

До сих пор нарушение порядка продолжается, к чему автоматически пристегнута частная охрана, т.к. с 2000-го года пользуется «оружейной» справкой формы 046-1.

IV. Медицинские противопоказания к допуску к работам

48. Работники (лица, поступающие на работу) не допускаются к выполнению работ...

при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний, при наличии следующих общих медицинских противопоказаний:

последствия повреждений центральной и периферической нервной системы, внутренних органов, ...от воздействия внешних факторов (травмы, радиация, термическое, химическое и другое воздействие и т.д.), ...заболевания центральной нервной системы различной этиологии с двигательными и чувствительными нарушениями выраженной степени, расстройствами координации и статики, когнитивными и мнестико-интеллектуальными нарушениями;

нарколепсия и катаплексия;

заболевания, сопровождающиеся расстройствами сознания: эпилепсия и эпилептические синдромы различной этиологии, синкопальные синдромы различной этиологии и др.;

психические заболевания с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и приравненные к ним состояния, подлежащие обязательному динамическому наблюдению в психоневрологических диспансерах;

В случаях выраженных форм расстройств настроения, невротических, связанных со стрессом, соматоформных, поведенческих расстройств и расстройств личности вопрос о профессиональной пригодности к соответствующим работам решается индивидуально комиссией врачей-специалистов, соответствующих профилю заболевания, с участием врача-профпатолога.

алкоголизм, токсикомания, наркомания;

болезни эндокринной системы прогрессирующего течения с признаками поражения других органов и систем и нарушением их функции 3-4 степени; злокачественные новообразования любой локализации.



РАЗДЕЛ IV

Профессиональная фильтрация претендентов при отборе персонала охраны образовательных организаций

Скрытые заболевания центральной нервной системы, влияющие на изменение сознания, поведения и личности, не совместимые с обеспечением безопасности детей

Каковы причины психических заболеваний?

Отчего и почему одни люди сохраняют ясный взгляд на жизнь, а другие становятся жертвами психических расстройств, ученые спорят до сих пор. За долгие годы изучения так и не был найден ответ на этот вопрос, и причины психических заболеваний сегодня можно установить довольно субъективно. Ученые выяснили, что каждый из нас имеет подверженность к психическим расстройствам, но кто-то легко преодолевает волнения и трудности, а кто-то запирает их внутри себя, провоцируя болезнь. Огромную роль в этом играют характер, менталитет и темперамент человека, а так же *наличие наследственной предрасположенности*.

Исследование наследственной предрасположенности



Путем долгих наблюдений за целыми поколениями семей, был сделан вывод, что психические заболевания по наследству не передаются, а *передается предрасположенность* к ним. Человек, чьи предки страдали от шизофрении, может прожить вполне нормальную жизнь, не испытывая даже малейших намеков на неполноценность, но при особых обстоя-

Табуированные группы риска ДЕТИ!



тельствах предрасположенность проявляет себя, и из зачатков формируется болезнь. В качестве пускового механизма могут быть психологические травмы, смерть близкого, личная трагедия или сложная ситуация в жизни. Именно поэтому специалисты советуют детей, находящихся в группе риска, с детства ограждать от сильных потрясений и травм.

Ученые пытались выяснить, влияет ли наследственность на развитие заболевания, даже если воспитывать ребенка в условиях здоровой семьи. Для эксперимента детей от психически больных женщин в младенчестве отлучали от матери, и воспитывали в условиях нормальной семьи. Выводы ошеломили - у 50% детей проявились признаки заболевания их матери, даже несмотря на отсутствие душевных потрясений.

Какие болезни передаются генетически?

Психические заболевания, передающиеся по наследству - это одна из самых сложных категорий в психиатрии, так как течение их часто замедленно, и они приобретают хронический ход. Одно из самых распространенных заболеваний такого рода - шизофрения, ведь риск заболеть ею у людей с наследственной *предрасположенностью* составляет 30%, а без нее - 1%.

Пока науке неизвестно, можно ли предотвратить наследование психических расстройств, но разработано немало методов для их лечения.

Шизофренические и аффективные расстройства (и предположительные факторы и вероятность их наследования)

Многочисленные исследования показали, что генетические факторы играют значительную роль в развитии таких психических заболеваний как шизофрения и маниакально-депрессивный психоз. К такому выводу привели длительные исследования семей, близнецовых пар, а также приемных детей, страдающих этими психическими расстройствами.

Шизофрения представляет собой заболевание, для которого характерны различные психологические отклонения, связанные с нарушением восприятия, мышления, поведения, эмоциональной сферы, движения. Распространенность этой болезни составляет примерно 1-2%.

Зачастую неспециалисты в этой области полагают, что шизофрения возникает в раннем возрасте, однако это не совсем так. Действительно, наиболее тяжелые формы этого заболевания проявляются с детства, однако их число не превышает 5% от всех случаев. В остальных случаях средний возраст начала заболевания варьирует от 20 до 33 лет. Принято считать, что в развивающихся странах люди заболевают шизофренией в более раннем возрасте, чем жители развитых стран. Однако, согласно данным исследований, в США этот показатель равен 21±6 лет, а, например, в Германии и Дании - 33±9 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения в Москве средний возраст возникновения шизофрении составляет 32±9 лет. Эти цифры, возможно, завышены, поскольку при расчете за нижнюю границу брали 18 лет, а не 15, как в других странах. По другим данным,

полученным в рамках не эпидемиологических, а научных исследований, средний возраст начала заболевания шизофренией у жителей Москвы несколько ниже - 22 ± 7 лет. Также отмечено, что мужчины заболевают шизофренией в более молодом возрасте, чем женщины.

Заболеваемость шизофренией в большой степени связана с генетическими факторами и передается по наследству. Оценка вероятности наследования шизофрении имеют очень высокий процент - от 68 до 89%. Однако, реальный риск развития этого заболевания (даже при наличии генетической предрасположенности) намного ниже - даже у однояйцевых близнецов он составляет только 48%. Риск возникновения шизофрении у ребенка, имеющего одного больного родителя - 13%, при обоих больных родителях - 46%. Если больны родственники второй степени родства (бабушки, дедушки, дяди, тети), то величина риска развития шизофрении составляет всего 4-5%.

Для анализа степени наследуемости шизофрении проводят различно-го рода исследования. В целом такие исследования подтверждают факт, что у детей, рожденных от больных шизофренией родителей, риск развития этого заболевания выше, чем у детей, чьи родители психически здоровы.

В частности, проводилось изучение детей, рожденных от больных шизофренией родителей и впоследствии усыновленных здоровыми семьями. Обследование показало, что у таких детей вероятность развития заболевания была на уровне 10%, в то время, как у биологических детей их приемных родителей эта вероятность составляла 1,5%.

В другом исследовании изучалось психическое состояние приемных детей, от которых отказались больные шизофренией родители. Было обнаружено, что у этих детей гораздо чаще возникали пограничные расстройства (например, расстройства личности) по сравнению с детьми, биологические родители которых были психически здоровы.

Несмотря на то, что за возникновение шизофрении чаще всего отвечают генетические факторы, не стоит забывать и про влияние внешних воздействий на развитие этого заболевания. Многие ученые придают большое значение роли внешней среды в развитии шизофрении у больного. На сегодняшний день исследователями выделено несколько не относящихся к генетике факторов, влияние которых увеличивает риск возникновения шизофрении: рождение в зимние месяцы, рождение в густонаселенной местности, вирусные инфекции, осложненные беременность и роды, и некоторые психосоциальные факторы, например, эмиграция.

Доказательства вирусного происхождения шизофрении являются, в основном, косвенными. Исследования, проведенные в ряде стран, показали, что у женщин, перенесших вирусные инфекции в течение первого триместра беременности, повышена вероятность рождения ребенка, подверженного риску возникновения шизофрении. Сезонность рождения боль-

ных шизофренией (зимние месяцы) объясняется именно тем фактом, что распространение многих вирусных заболеваний тесно связано с временем года. Однако до сих пор ученым не удалось обнаружить конкретный вирус, вызывающий шизофрению. Было найдено лишь несколько косвенных обоснований вирусного происхождения этой болезни. Так, у некоторых больных шизофренией отмечалось увеличение содержания антител к отдельным паразитам микробного происхождения, заражение которыми может происходить через домашних кошек. Были даже проведены несколько исследований, в которых было обнаружено, что больные шизофренией чаще соприкасались с кошками, чем лица контрольной группы.

Связь возникновения шизофрении с осложненными беременностью и родами является одним из аргументов в пользу теории возникновения шизофрении, основывающейся на дефектах развития. Согласно этой теории последующее развитие шизофрении обусловлено поражением головного мозга, которое имеет место в определенный период развития плода или непосредственно после рождения ребенка.

Поиску генов шизофрении посвящены многочисленные исследования, но пока все результаты носят предварительный характер. В частности, были обнаружены специфические участки на хромосомах 1, 6, 8, 13 и 22, где с большой вероятностью могут быть расположены эти гены. Более конкретные данные были получены в результате исследований связи данного заболевания с изменениями генной структуры нескольких генов кандидатов: так, у больных шизофренией чаще встречаются определенные полиформные варианты генов рецептора серотонина, рецептора дофамина и СОМТ, однако эти же генные изменения связаны, как уже упоминалось, и с проявлением некоторых других психологических признаков и психических нарушений.

Несколько слов необходимо сказать и о таком эндогенном психическом расстройстве, как маниакально-депрессивный психоз. В международной классификации психических болезней (МКБ-10) его рассматривают в рубрике «аффективные расстройства» и обозначают как биполярное расстройство. Для течения этого заболевания характерно наличие маниакальных и депрессивных состояний. Популяционный риск заболевания маниакально-депрессивным психозом составляет 0,3-1,5%, однако риск его возникновения у родственников больных выше, чем популяционный. Наследуемость этой болезни составляет от 30 до 80%. Вероятность развития заболевания для однояйцевых близнецов достигает 65%, для двуяйцевых - 14%. Однако, накопление этого заболевания в семьях встречается достаточно редко. Молекулярно-генетические исследования маниакально-депрессивного психоза позволяют предположить, что соответствующий ему ген находится на хромосоме 18.

Если в картине маниакально-депрессивного психоза возникают только депрессивные состояния, то его обозначают как депрессия. Риск возникновения депрессии у женщин составляет 12-20%, что несколько выше, чем у мужчин (9-12%). Риск заболевания депрессией для родственников первой степени родства составляет 5-25% и совпадает с популяционным риском, что позволяет сделать вывод о фактическом отсутствии генетической предрасположенности к этому заболеванию. Тем не менее, показатель наследуемости этого заболевания достаточно высок и изменяется в достаточно узком интервале 70-79%. При изучении близнецовых пар обнаружено, что вероятность совпадения заболевания для однояйцевых близнецов составляет 40%, а для двуяйцевых— 17%.

Изучение приемных детей, имевших кровных родственников, страдавших депрессиями, также подтверждает влияние генетических факторов на развитие этого заболевания. Так, было отмечено, что биологические родители приемных детей с аффективными расстройствами часто злоупотребляли психоактивными веществами.

За последние три десятилетия были получены данные о том, как нарушения в серотониновой системе человеческого мозга влияют на развитие депрессии. Ученые считают, что аномалии обмена серотонина в мозге обуславливают основной симптом данного заболевания - собственно депрессию, а также тревожность. В связи с этим молекулярно-генетические исследования депрессии направлены на поиск нарушений в генах, отвечающих за обмен серотонина в организме человека.

Психопатии

Помимо устойчивых психических заболеваний, к которым наблюдается наследственная предрасположенность, у большого числа пациентов психиатрических кабинетов наблюдаются **патологии характера**, за которыми закрепилось название **психопатии**.

Раскроем так называемую «триаду психопатии», сформулированную психиатрами П.Б.Ганнушкиным и О.В.Кербиковым.

«1. Тотальность проявления психопатических черт характера: это означает, что данные черты проявляются в поведении человека всегда и в любых условиях, а не только время от времени. Психопатические черты характера равным образом заметны и в кругу семьи, и на работе, и в кругу совершенно незнакомых людей, в любых видах деятельности. Психопатические личности не могут приспосабливаться к ситуации и вести себя так, как требует конкретная ситуация: их поведение всегда одинаково.

2. Относительная стабильность проявления черт во времени: психопатические черты практически не меняются по мере роста и развития человека - с тех пор, как характер сформировался, и до конца жизни ха-

рактик остается одним и тем же. Конечно, **под характером** вообще подразумеваются устойчивые свойства, но в нормальных случаях они все же подвергаются определенной коррекции: каким бы ни был ваш характер, если вы раз за разом сталкиваетесь с тем, что некоторые ваши черты не доводят вас до добра, - вы меняетесь, адаптируетесь, может быть, с трудом и с помощью других людей, но вы способны на это. Психопатическая же личность «законсервирована» в одном и том же состоянии.

3. Социальная дезадаптация: психопатические черты выражены в такой степени, что это серьезно мешает человеку адаптироваться в обществе. Психопатическая личность не может приспособиться к желаниям и требованиям других людей, к установленным правилам и нормам.»

Люди довольно часто используют слово «психопат» как ругательство, называя так людей с «тяжелым» характером; причем подразумеваться тут могут самые разные свойства - и чрезмерная раздражительность и вспыльчивость, и беспричинная слезливость, повышенная конфликтность... Но мы с вами теперь знаем, что на самом деле «психопат» - не ярлык, который можно навесить на любого неприятного в общении человека, а *болезнь характера*. Впрочем, психопатию и болезнью-то в полном смысле этого слова назвать трудно.

Крупнейший отечественный исследователь психопатий П.Б.Ганнушкин подчеркивал, что насколько сильно психопаты «на воле» отличаются от нормальных людей, настолько же они отличаются и от психически больных пациентов в психиатрической клинике.

«Существует громадная категория душевнобольных, душевнобольных несомненных - так называемых психопатов, которые никогда (или чрезвычайно редко) не лечатся в закрытых психиатрических учреждениях, а живут среди так называемых здоровых психически людей, занимая в обществе самое разнообразное положение, начиная с видных должностей и кончая тюрьмой...» (П.Б.Ганнушкин. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. М., 1933).

Такое вот странное явление - психопатия: «явная душевная болезнь» - и в то же время не болезнь, поскольку у болезни есть начало, течение и исход, а патология характера является устойчивым и неизменным на протяжении жизни состоянием: она не развивается, не подвергается каким-то резким изменениям, но постоянно и существенно мешает человеку приспособиться к окружающей среде безболезненно для себя самого и для связанных с ним людей. Кроме того, в отличие от болезней, психопатии, увы, не лечатся... И первая трудность тут состоит в том, что именно в силу патологического характера люди, страдающие психопатиями, совершенно не склонны обращаться за помощью и принимать ее: они не видят своей проблемы, не считают себя больными».

Те, кто не попал на учет в ПНД

Уважаемые господа!

Впреки расхожему мнению специалистов, отдаленно интересующихся «школьными» проблемами, поясняю: всех кандидатов на посты в школы и детские садики в столице подбирают/отбирают и организуют стажировку не кадры, а именно начальники охраны группы объектов лично. При отборе используются рекомендации заслуживающих доверие источников, длительное собеседование и проверка по прежнему месту работы. Вместе с тем начальникам охраны необходимо помнить, что среди охранников существуют достаточно обширные прослойки субъектов, которые, согласно отсутствию медицинских противопоказаний в заключении медкомиссии, могут выполнять функции частных охранников. Но не желательны в дошкольных и общеобразовательных организациях, т.к. мы не можем допустить ни в малой степени эксцессов с участием охранников, когда могут пострадать дети или образовательный процесс.

Начальник охраны не может и не должен определять психические заболевания, пропущенные врачами у лиц со справкой №046-1. Но он и не должен проходить мимо выявления причин таких заболеваний. Каковы же лежащие на поверхности причины, выявление которых не требует квалификации медицинского работника?

В ходе анкетирования и заполнения опросных листов вполне доступно и в пределах возможностей обладающего знанием *психологии* начальника охраны выявить следующие, подлежащие особому вниманию особенности, относящиеся к психическому здоровью обследуемых кандидатов на должность охранника дошкольных образовательных организаций и общеобразовательных организаций.

Наличие психических заболеваний у близких родственников обследуемого.

Наличие в прошлом черепно-мозговых травм.

Применение ранее методов медицинского лечения от алкоголизма или наркомании.

Об особенностях наследственной (генной) предрасположенности к возникновению психических заболеваний мы рассказывали в предыдущей главе.

Черепно-мозговая травма

Черепно-мозговой травмой (ЧМТ) являются повреждения черепа, головного мозга, мозговых оболочек, сосудов и черепно-мозговых нервов, сопровождающиеся клинической симптоматикой.

Травматизм занимает 3 место в структуре летальности населения. За последние 15 лет в России смертность от травмы вышла на второе место, обогнав онкологические заболевания. ЧМТ относится к наиболее распро-

страненному виду повреждений и составляет от 36 до 40% от всех видов травм. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, частота ЧМТ ежегодно увеличивается на 2%, при этом отмечается нарастание частоты более тяжелых видов повреждений, что связано с развитием техники, прежде всего средств передвижения, увеличением количества автомашин, урбанизацией населения. В России частота черепно-мозговой травмы составляет 4,5 на 1000 населения в год. Стационарное лечение проходят более 80 000 пострадавших в течение года. Черепно-мозговой травме наиболее часто подвержены люди трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет), т.е. наиболее активный контингент населения. Летальность при ЧМТ составляет 5-10%, а при наиболее тяжелых формах достигает 41-85%.

Какие знания о черепно-мозговой травме могут пригодиться начальнику охраны?

В России основными причинами травмы при ЧМТ являются падение с высоты роста (в 70% случаев в алкогольном опьянении) и криминальная травма - около 65%. На дорожно-транспортные происшествия (ДТП) (водители, пассажиры и пешеходы) приходится еще около 20%.

Механизмы травмы в значительной степени различаются у молодых и пожилых пострадавших, а также зависят от времени года. Летом преобладает «криминальная» травма у молодых пострадавших, зимой травма черепа и мозга чаще регистрируется у пациентов старших возрастных групп и ведущей причиной являются падения с высоты роста. Пик пострадавших в ДТП приходится на январь и сентябрь и отмечается значительный спад в летние месяцы.

Травма мозга чаще возникает в месте приложения травмы, однако в значительном числе повреждения возникают на противоположной стороне черепа в зоне противоудара.



Различные механизмы получения черепно-мозговой травмы.

В зависимости от степени тяжести выделяют следующие виды черепно-мозговой травмы:

- **легкая:** сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени;

- **средней степени тяжести:** ушиб головного мозга средней степени тяжести;

- **тяжелая:** ушиб головного мозга тяжелой степени, острое сдавление головного мозга.

Также выделяют **изолированную** (когда отсутствуют какие-либо внечерепные повреждения), **сочетанную** (одновременное наличие ЧМТ и повреждений других органов и систем) и **комбинированную** черепно-мозговую травму (если одновременно воздействует несколько видов энергии - механическая, лучевая, химическая и т.д.).

К **закрытой** ЧМТ относят повреждения, при которых отсутствуют нарушения целостности кожных покровов головы, к **открытой** - когда имеются раны мягких тканей головы. **Проникающей** называется черепно-мозговая травма сопровождающаяся повреждением твердой мозговой оболочки, что может сопровождаться истечением спинномозговой жидкости (ликворея) или проникновением воздуха в полости черепа. При открытой и особенно проникающей черепно-мозговой травме значительно чаще могут развиваться гнойно-инфекционные осложнения.

По видам повреждений мозга выделяют:

1. Сотрясение головного мозга.
2. Ушиб головного мозга:
 - ушиб мозга легкой степени,
 - ушиб мозга средней степени,
 - ушиб мозга тяжелой степени.
3. Сдавление головного мозга:
 - внутричерепная гематома,
 - вдавленный перелом.
4. Диффузное аксональное повреждение мозга (ДАП).
5. Сдавление головы.

Сотрясение мозга - это состояние, возникающее чаще вследствие воздействия небольшой травмирующей силы, характеризуется преобладанием обратимых функциональных изменений головного мозга. Встречается почти у 70% пострадавших с ЧМТ. При сотрясении пострадавшие обычно кратковременно утрачивают сознание - от 1-2 до 10-15 минут. Больных беспокоит головная боль, тошнота, реже рвота, головокружение, слабость, болезненность при движении глазных яблок. Пострадавшие часто не помнят обстоятельства произошедшего. Симптомы сотрясения мозга через 5-8 дней проходят. Следует помнить, что схожую клинику могут иметь и более тяжелые формы черепно-мозговой травмы - ушибы головного мозга и внутричерепные гематомы.

Несмотря на то, что сотрясение головного относится к легкой ЧМТ, до 50% пострадавших имеет различные остаточные явления, снижающие их трудоспособность. Пациенты с сотрясением головного мозга должны быть обязательно осмотрены нейрохирургом или неврологом, который определяет необходимость проведения дополнительных исследований - КТ или МРТ головного мозга, электроэнцефалографии. Сотрясение головного мозга является единой формой и не подразделяется на степени тяжести.

Ушиб головного мозга - при этом виде черепно-мозговой травмы происходит повреждение вещества мозга, чаще с кровоизлиянием. По клиническому течению и выраженности повреждения мозговой ткани ушибы мозга разделяют на ушибы легкой, средней и тяжелой степени.

Ушиб головного мозга легкой степени. Повреждение вещества мозга при данном виде патологии минимально. У 25% пациентов выявляется переломы черепа. Жизненно-важные функции (дыхание, сердечная деятельность) не нарушены. При КТ головного мозга чаще патологических изменений не обнаруживается, однако могут наблюдаться очаги посттравматической ишемии. Неврологическая симптоматика выражена умеренно и регрессирует в срок от 2 до 3 недель.

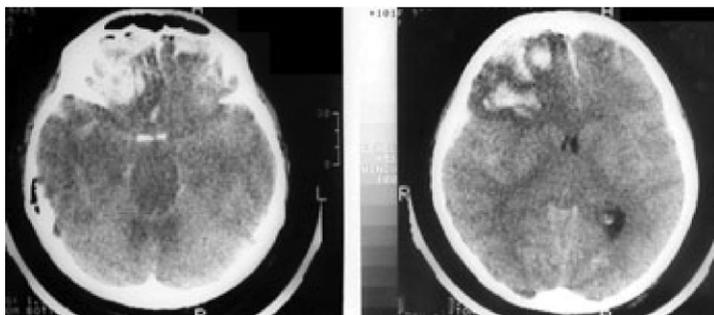
Ушиб головного мозга средней степени тяжести - значительно более тяжелый вид травмы. Возможны нарушения психической деятельности и преходящие расстройства жизненно-важных функций (бради- или тахикардия, повышение артериального давления). Определяется менингеальная и очаговая симптоматика (нарушения зрачковых реакций, парезы конечностей, патологические стопные рефлексы). При ушибе средней степени тяжести при КТ нередко обнаруживают переломы свода и основания черепа, признаки субарахноидального кровоизлияния и небольшие очаговые изменения вещества мозга соответствующие очагу ушиба. В процессе лечения на повторной КТ эти изменения подвергаются обратному развитию.



КТ головного мозга. Аксиальный срез. Геморрагический ушиб правой лобной доли головного мозга средней степени тяжести.

Ушиб головного мозга тяжелой степени. Мозговое вещество повреждается в значительном объеме. Очаги кровоизлияния могут захватывать несколько долей мозга. Пострадавшие утрачивают сознание на срок от нескольких часов до нескольких недель. Наблюдаются тяжелые нарушения жизненно-важных функций вследствие чего больных госпитализируют в реанимаци-

онные отделения. На КТ часто обнаруживают переломы свода и основания черепа, массивное субарахноидальное и внутрижелудочковое кровоизлияние, очаги ушиба мозга большого объема, внутричерепные гематомы.



КТ головного мозга, аксиальный срез. Ушиб головного мозга тяжелой степени. В обеих лобных долях визуализируются очаги ушиба и разможнения мозга.

Диффузное аксональное повреждение мозга. К особой форме ушибов мозга относится диффузное аксональное повреждение мозга (ДАП). Наиболее часто ДАП развивается при автомобильных авариях. При диффузном аксональном повреждении мозга происходит повреждение или разрыв длинных отростков нервных клеток-аксонов, нарушение проведения нервного импульса. У пострадавших с диффузным аксональным повреждением имеется первичное повреждение ствола мозга при котором нарушаются витальные функции - дыхание, кровообращение и пациент требует обязательной медикаментозной и аппаратной коррекции. Снижение степени бодрствования является характерным клиническим признаком ДАП и у 25% пострадавших длительность утраты сознания превышает 2 недели. Летальность при диффузном аксональном повреждении мозга очень высока и достигает 80-90%, а у выживших развивается апаллический синдром - т.е. функциональное разобщение ствола мозга и больших полушарий. В таком состоянии больные могут находиться в течение длительного времени.

При КТ и МРТ при диффузном аксональном повреждении выявляют отек мозга, на фоне которого обнаруживают мелкие геморрагические очаги в белом веществе полушарий мозга, мозолистом теле, подкорковых и стволовых структурах.

Сдавление головного мозга происходит за счет скопления крови - образования гематом в полости черепа и уменьшения внутричерепного пространства. Особенностью клинического течения сдавления головного мозга является проявление клинической симптоматики не сразу по-



МРТ головного мозга, коронарный срез. Диффузное аксональное повреждение мозга. На фоне отека мозга в мозолистом теле визуализируются небольшие очаги повышенного МР-сигнала (кровоизлияние).

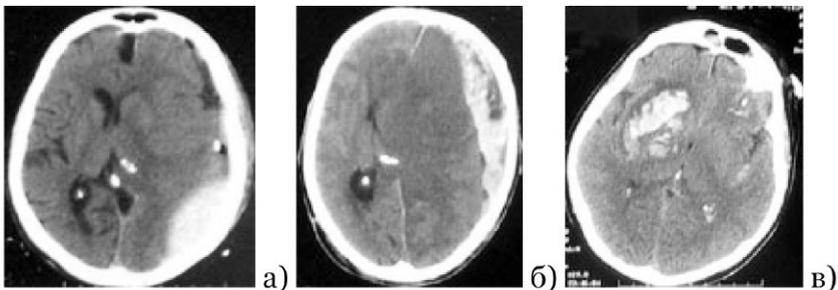
сле травмы, а через определенный промежуток времени (так называемый «светлый промежуток», который характеризуется периодом относительно нормального самочувствия).

В зависимости от анатомических взаимоотношений костей черепа и твердой мозговой оболочки выделяют:

- **эпидуральные гематомы**, которые локализуются над твердой мозговой оболочкой;

- **субдуральные гематомы** - образуются между твердой мозговой оболочкой и веществом мозга, на КТ имеют вид серповидной зоны, нередко распространяющиеся на все полушарие;

- **внутри мозговые гематомы** - расположены в веществе мозга, на КТ имеют округлую или неправильную форму повышенной плотности.



КТ головного мозга, аксиальные срезы: а) эпидуральная гематома; б) субдуральная гематома; в) внутримозговая гематома.

При сдавлении головного мозга происходит ущемление ствола головного мозга в естественно жестких структурах черепа и твердой мозговой оболочки вследствие чего происходит нарушение жизненно-важных функ-

ций дыхания и кровообращения. Поэтому сдавление головного мозга является показанием к неотложному оперативному вмешательству с целью устранения гематомы, вызывающей компрессию и предотвращения дальнейшего вклинения ствола мозга.

Последствия черепно-мозговых травм

Медики нередко говорят: не так страшны черепно-мозговые травмы, как их последствия. И это действительно так, потому именно о последствиях мы и поговорим в первую очередь.

Современный человек порой с неповольительным расточительством относится к собственному здоровью, особенно, если он старается добиться успеха. И даже серьёзные в сущности заболевания переносятся на ногах, чтобы не терять времени. Однако медики не зря предупреждают, что даже грипп или любые другие вирусные заболевания необходимо лечить, а не глушить симптомы, потому что само по себе заболевание не так страшно, как разрушительные для сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма его последствия.

Черепно-мозговые травмы, даже на первый взгляд незначительные, могут приводить к серьёзным последствиям. Отмечаются как неврологические, так и психические расстройства, которые могут надолго вывести человека из строя.

Так, одним из достаточно распространённых расстройств, являющихся непосредственным следствием черепно-мозговых травм, является травматическая энцефалопатия. Существует несколько разновидностей этого расстройства. Прежде всего, это травматическая астения - заболевание, проявляющееся существенным снижением работоспособности, повышением раздражительности, рассеянности, нарушениями сна. Могут проявляться также головокружения, головные боли, появиться или усилиться метеорологическая чувствительность. На втором плане другое проявление травматической энцефалопатии - травматическая апатия, выражающаяся в существенной заторможенности реакций, нарушениях памяти, развитии депрессивных состояний. К слову, депрессия также может являться следствием черепно-мозговой травмы. Такие депрессивные состояния отличаются повышенной агрессивностью или, наоборот, состоянием оглушённости, повышенной тревожностью, возможно развитие различных фобий.

Также одним из проявлений энцефалопатии может оказаться галлюцинаторно-бредовой психоз, который чаще всего поражает мужчин после сорока. При этом травма может быть получена ещё в юности, но в том случае, если она не вылечена должным образом, последствия могут быть плачевными. Галлюцинаторно-бредовой психоз характеризуется приступами помрачения сознания, появлением галлюцинаций. При отсутствии своевременного лечения острая форма психоза переходит в хроническую.

Отмечаются также такие отдалённые последствия черепно-мозговых травм как травматическое слабоумие, возникающее почти у пяти процентов людей, перенесших некогда черепно-мозговую травму. Это последствие характерно для тех, кто перенёс открытую черепно-мозговую травму с поражением височных и лобных долей головного мозга. Причём в разных формах это может наступать и у взрослых, и детей. В частности, отмечено, что дети, перенесшие тяжёлые формы черепно-мозговых травм, имеют более низкий интеллект, снижение активности - как интеллектуальной, так и физической, нарушения памяти. И у взрослых, и у детей основными проявлениями травматического слабоумия считаются нарушения интеллектуальной деятельности, отсутствие критической оценки собственных возможностей и состояний, расторможенность влечений. Если взрослые люди при наличии таких симптомов употребляют алкоголь, вероятность активизации разрушающих сознания процессов приближается к 100%. Отдаленные последствия черепно-мозговых травм возникают тогда, когда после перенесенной травмы не наступает полного выздоровления. Это зависит от многих факторов: тяжести травмы, возраста больного в тот момент, состояния его здоровья, особенностей характера, эффективности проводимого лечения и воздействия дополнительных факторов, например, алкоголизации. (*Сайт «Я живу! Здорово!»*).

— **Травматическая энцефалопатия** - самая распространенная форма психических расстройств в период отдаленных **последствий травмы головного мозга**. Выделяют несколько ее вариантов.

На первом месте эмоциональные расстройства. Эксплозивный тип травматической энцефалопатии характеризуется резкой раздражительностью, взрывчатостью, утратой самоконтроля, грубостью, агрессивностью. В силу этих качеств больные постоянно вступают в конфликт с окружающими, отличаются эгоистичностью, грубым стремлением к достижению любых своих желаний, могут обнаруживать сутяжные тенденции.

Травматическая астения (церебрастения) выражается, в основном, в раздражительности и истощаемости. Больные становятся несдержанными, вспыльчивыми, нетерпеливыми, неуступчивыми, сварливыми. Легко вступают в конфликт, потом раскаиваются в содеянном. Наряду с этим для больных характерна быстрая утомляемость, нерешительность, неверие в собственные силы и возможности. Больные жалуются на рассеянность, забывчивость, невозможность сосредоточиться, нарушения сна, а также головные боли, головокружения, усиливающиеся при плохой погоде, перемене атмосферного давления.

Травматическая апатия проявляется в сочетании повышенной истощаемости с вялостью, заторможенностью, снижением активности. Интересы ограничиваются узким кругом забот о собственном здоровье и необходимых условиях существования. Память обычно нарушена.

Маниакальные приступы бывают чаще депрессивных и встречаются преимущественно у женщин.

Депрессии сопровождаются слезливостью или мрачно-злым настроением. Депрессия с тревогой и страхом часто сочетается с помраченным сознанием (легким оглушением, делириозными явлениями). Если депрессии часто предшествует психическая травма, то маниакальное состояние провоцируется приемом алкоголя.

Приподнятое настроение то принимает вид эйфории и благодушия, то возбуждения с гневливостью, то дурашливости с напускным слабоумием и детским поведением. При тяжелом течении психоза возникает помрачение сознания типа сумеречного или аментивного, что прогностически менее благоприятно. Приступы психозов обычно похожи один на другой по своей клинической картине, как и другие пароксизмальные расстройства, и склонны к повторяемости.

Галлюцинаторно-бредовой психоз чаще встречается у мужчин после 40 лет, много лет спустя после травмы. Начало его обычно провоцируется оперативным вмешательством, приемом больших доз спиртного. Развивается остро, начинается с помрачения сознания, а затем ведущими становятся обманы слуха («голоса») и бредовые идеи. Острый психоз обычно переходит в хронический.

Паранойальный психоз формируется, в отличие от предыдущего, постепенно, в течение многих лет и выражается в бредовой трактовке обстоятельств получения травмы и последующих событий. Могут развиваться идеи отравления, преследования. У ряда лиц, особенно злоупотребляющих алкоголем, формируется бред ревности. Течение хроническое (непрерывное, либо с частыми обострениями).

Травматическое слабоумие возникает примерно у 5% лиц, перенесших черепно-мозговую травму. Чаще наблюдается как следствие тяжелых открытых черепно-мозговых травм с поражением лобных и височных долей. Травмы в детском и позднем возрасте вызывают более выраженные дефекты интеллекта.

Способствуют развитию слабоумия повторные травмы, частые психозы, присоединяющиеся сосудистые поражения головного мозга, злоупотребление спиртными напитками. Основными признаками слабоумия являются нарушения памяти, снижение интересов и активности, расторможенность влечений, отсутствие критической оценки собственного состояния, назойливость и недопонимание ситуации, переоценка собственных возможностей.

Научные взгляды на воздействие алкоголизма на центральную нервную систему и изменение сознания, поведения и личности

Гены и алкоголизм. Влияние наследственных факторов на формирование алкоголизма

Существует множество факторов, которые воздействуют на человека и играют порой ключевую роль в развитии и формировании алкогольной зависимости. Среди них особый интерес ученых вызывают наследственные факторы. Изучением взаимосвязей между алкоголизмом и генетикой занимаются в лаборатории анализа генома Института общей генетики им. Н.И.Вавилова Российской академии наук. По мнению сотрудников института, алкоголизм зачастую носит семейный характер и передается по наследству, как и шизофрения.

Чтобы установить биологический фактор предрасположенности к алкоголю, ученые проводили исследования детей алкоголиков и усыновленных детей, родители которых были болезненно зависимы от алкоголя. Усыновленные дети по склонности к развитию алкоголизма оказались больше похожими на своих биологических родителей, а не на приемных. Это показывает, что гены влияют на предрасположенность к алкоголизму. По мнению ученых, не подлежит сомнению, что биологическая предрасположенность к алкоголю, на почве которой может развиться болезненная зависимость, наследуется от родителей. Если у ребенка родители алкоголики, то в 50% случаев он может не стать алкоголиком, а у болеющего шизофренией родителя только в 20% случаев остается возможность воспитать здорового ребенка.

Разные люди по-разному реагируют на прием алкоголя, некоторые становятся веселыми и радостными, а другие чувствуют усталость и спят. Многие алкоголики проявляют раздражительность и становятся агрессивными. Оказывается, это связано с тем, что существуют две группы генов, одна из которой контролирует метаболизм алкоголя в крови, а вторая отвечает за поведение. Усвоение алкоголя в организме происходит следующим образом: сначала под действием фермента алкогольдегидрогеназы спирт или этанол превращается в ацетальдегид, практически в яд. Современные рандомизированные изыскания ученых показали, у значительной части жителей Азии и Дальнего Востока первый этап превращения этанола в ацетальдегид происходит очень быстро, а второй этап обезвреживания токсичного вещества слишком медленно.

В результате даже после приема небольшого количества алкоголя жители азиатских стран мучаются головными болями и тошнотой. Это явление ученые связывают с отсутствием у них гена под названием ADH2*2, который отвечает за содержание фермента - алкогольдегидрогеназы. У европейцев и русских все оказалось наоборот, первый этап окисления у них идет медлен-

но, а второй - быстро. Поэтому если у человека гены ацетальдегиддегидрогеназы представлены «азиатской» версией, то он просто не может выпить большое количество алкоголя. У многих русских, к сожалению, отсутствует этот защитный генотип в отношении алкоголизма. По мнению генетиков, у каждого человека имеется так называемая «зона рая» в самом центре мозга, куда идут сигналы удовольствия. Алкоголь действует именно на эту зону. Человек, привыкший возбуждать «зону рая» алкоголем, уже забывает про остальные удовольствия. Это связано с тем, что у некоторых людей сигналы в «зону рая» доходят очень быстро. Их называют генетическими оптимистами. А вот у генетических пессимистов жизнь бывает не очень радостной, поэтому в «зоне рая» у них не хватает сигнала о том, что удовольствия получены в нужном количестве. Люди-пессимисты возбуждают эту зону алкоголем.

Ученые выявили десятки генов, связанные с психологической зависимостью от алкоголя. Так у людей, имеющих ген рецептора дофамина, наблюдается низкий уровень запоминания негативных событий и извлечения уроков из ошибок. Люди с низким уровнем дофамина больше подвержены риску зависимости от алкоголизма. В итоге ученые пришли к выводу, что в генетической основе алкоголизма лежит набор генов, регулирующих усвоения алкоголя и несколько генов, ответственных за поведение человека.

Однако, сами люди, получившие в наследство «алкогольные гены» не страдают от пьянства. Все муки выпадают на долю близких им людей. Поэтому кто будет оправдывать свою чрезмерную тягу к алкоголю, обвиняя во всем гены, переданные в наследство, ждет незавидное будущее. И пока ученые не нашли пути лечения алкоголизма посредством генной терапии, советуем идти лечиться к наркологу. А людям, ведущим здоровый образ жизни, чьи родители злоупотребляли алкоголем, рекомендуем не поддаваться тяге к алкоголю. Помните, жизнь дана нам не для того, чтобы так жестоко растрчивать его на пагубные привычки.

Мнение авторитетов.

Ф.Г.Углов (1904-2008) - советский и российский хирург, действительный член Российской академии медицинских наук, член Союза писателей России, действительный и почётный член Петровской академии наук и искусств, почётный доктор Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова, главный редактор журнала «Вестник хирургии имени И.И.Грекова» (1953-2006), почётный член многих отечественных и зарубежных научных обществ, вице-президент Международной Славянской академии, президент Государственного православного фонда. Пропагандист трезвого образа жизни.

Интересные факты из биографии академика Углова Ф.Г.

Фёдор Григорьевич любил читать историческую литературу, работать на садовом участке, бывать на природе, собирать грибы, кататься на лыжах.

В последние годы жизни увлекался народным целительством и нетрадиционной медициной (в основном, рефлексотерапией). Практиковал ежедневные обливания холодной водой. Будучи крещён ещё в детстве, в конце жизни стал глубоко верующим православным христианином.

Одну из последних операций выполнил накануне собственного столетия в присутствии представителей Книги рекордов Гиннеса.

В интервью газете «Аргументы и факты» Углов сообщал, что сохраняет способность к осуществлению интимной жизни в возрасте 100 лет благодаря соблюдаемому им с юности правилу совершать не более одного-двух половых актов в неделю и бдительному отношению к своему здоровью. Последний ребёнок Углова родился, когда отцу было 66 лет.

Весной 2006 года перенёс инсульт, который стал следствием плохо перенесённого им наркоза во время операции (удаление камней в почке), затем последовал полугодовой период реабилитации, большую часть которого хирург провёл на своей даче в Комарово. Скончался 22 июня 2008 года в Санкт-Петербурге на 104-м году жизни от сердечного приступа. Похоронен на Никольском кладбище Александро-Невской лавры.

Ф.Г.Углов. ПРАВДА И ЛОЖЬ О РАЗРЕШЁННЫХ НАРКОТИКАХ

Глава 1. Алкоголь и мозг

Я хирург, я всю жизнь оперирую больных. И я видел то, чего не видят обычные люди. У человека нет такого органа, который бы не страдал от приема спиртных изделий - любых, не важно водка ли это, вино или пиво.

Однако больше всех и тяжелее всех страдает мозг. Потому что там концентрация алкоголя максимальна. Если принять за единицу концентрацию алкоголя в крови, то в печени она будет 1,45, а в мозгу - 1,75.

Я уж не буду подробно описывать страшную картину «сморщенного мозга» (у большинства просто выпивающих людей на вскрытии мозг сморщен, резко уменьшен в объеме, мозговые оболочки отечны, сосуды расширены, а извилины мозга просто сглажены). При более тонком исследовании выясняется, что изменения в нервных клетках такие же резкие, как и при отравлении очень сильными ядами. Эти изменения необратимы. Что неизбежно сказывается на умственной деятельности. При этом страдают прежде всего самые высшие, самые совершенные функции мозга, а низшие - примитивные, приближающиеся к подкорковым рефлексам, сохраняются дольше.

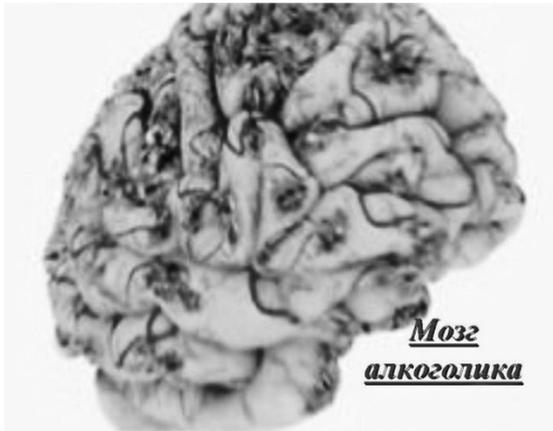
Тыршанов и Рейц из лаборатории Бехтерева установили гораздо более сильное влияние алкоголя на молодые развивающиеся организмы. При приеме алкоголя щенками в течение 1,5-3 месяцев установлена поразительная разница в величине головы у «пивших» и нормальных щенков. При взвешивании во всех случаях полушария мозга, особенно лобные доли

получавших алкоголь щенков весили меньше, чем у контрольных. Эффект тем заметнее, чем с более раннего возраста начинали давать алкоголь.

Поражения головного мозга, вызванные алкоголем, можно сравнить с травмами черепа. При сотрясении мозга, когда даже при микроскопическом исследовании **не обнаруживается** изменений ни в оболочке, ни в сосудах мозга - клинически мы наблюдали потерю сознания на время от нескольких минут до нескольких часов, а впоследствии - сильные головные боли. Если же после травмы головы в веществе мозга или в его оболочках **обнаруживаются** хотя бы небольшие кровоизлияния или точечные некрозы - мы говорим об ушибе мозга (контузии). В этом случае потеря сознания нередко продолжается много часов и выявляется выпадением или поражением функции нервов и групп нервов. В последующем - упорные головные боли, а в отдаленные сроки - ранняя гипертония.



КАЖДАЯ ВЫПИВКА ОСТАВЛЯЕТ
СВОЙ СЛЕД...



А.Староверов. «Алкоголь и мозг человека»

Влияние алкоголя на красные кровяные тельца (эритроциты) было открыто случайно.

В 1961 году три американских физика Найс, Москау и Бенингтон изучали строение глаза человека с помощью изобретённого ими длиннофокусного микроскопа. Им впервые в истории человечества удалось заглянуть внутрь кровяного сосуда. Была дана боковая подсветка, и учёные увидели, как по сосудикам сетчатки глаза течёт жидкость, состоящая из отдельных красных и белых кровяных телец. Они обследовали несколько человек и отложили эксперимент на выходные. При продолжении эксперимента у одного из обследуемых увидели, что по сосудикам движутся не только отдельные красные кровяные тельца, но целые склейки от 5-10 и даже до 1000 штук.

Они обследовали других пациентов, всё было нормально. Оказалось, что пациент, у которого в крови гуляли склейки, вчера выпивал алкоголь. Тогда учёные попросили нескольких пациентов, у которых в крови не было отклонений, выпить по бутылочке пива. Через 15 минут отклонения появились и у них, по крови побежали склейки эритроцитов.

В дальнейшем было установлено, что спирт, содержащийся в алкогольном напитке, при поступлении в кровь начинает взаимодействовать с эритроцитами, которые переносят кислород от лёгких к клеткам организма, а углекислый газ в обратном направлении.

В обычном состоянии внешняя поверхность эритроцитов покрыта тонким слоем жиров, которые при трении о стенки сосудов электризуются и приобретают поверхностный электрический заряд.

Каждый из эритроцитов несёт на себе однополярный, отрицательный заряд, и поэтому эритроциты имеют изначальное свойство отталкиваться друг от друга.

Спирт, попавший в кровь, будучи великолепным растворителем жиров, удаляет этот защитный слой и снимает электрический заряд. При этом красные кровяные тельца, потеряв способность отталкиваться, начинают слипаться друг с другом, формируя более крупные по размеру образования, а при рассмотрении в электронный микроскоп становятся похожими на виноградные гроздья.

Диаметр капилляров в коре головного мозга настолько мал, что эритроциты в обычном режиме буквально «протискиваются» в них поодиночке, доставляя кислород к отдельной клеточке коры головного мозга, нередко при этом даже раздвигая стенки капилляров. Поэтому ясно, что образование, содержащее уже два и более эритроцитов, не способно двигаться по самым мелким капиллярам. Однако сгустки эритроцитов могут содержать от нескольких штук до 200-500 эритроцитов, средний их размер равен 60 микрон. А при большом количестве выпитого алкоголя могут встречаться отдельные сгустки, содержащие даже тысячи эритроцитов.

Двигаясь по ветвящимся артериям, а затем по капиллярам всё меньшего диаметра, сгусток достигает, в конце концов, капилляра, имеющего диаметр, меньший диаметра сгустка, закупоривает его и полностью прекращает кровоток. Разумеется, тромбы таких размеров перекрывают капилляры не самого мелкого диаметра. В результате опьянения даже малым количеством алкоголя сначала нарушается кровоснабжение отдельных нейронов, а затем и целых групп нейронов коры головного мозга.

Процесс нарастания количества и размеров этих гроздей идёт обвальное, в режиме снежного кома, причём, интенсивность процесса нарастает с количеством выпитого алкоголя.

В результате кислородного голодания происходит отмирание сначала отдельных клеток коры головного мозга, затем целых участков. На следующих же стадиях опьянения погибают клетки не только коры головного мозга, но и клетки более глубоких слоёв мозга.

Развязное, вульгарное поведение возникает вследствие того, что в первую очередь гибнут клетки коры головного мозга, находящиеся в самом верхнем слое коры головного мозга, клетки, отвечающие за нравственные центры, что приводит в первую очередь к потере нравственных ограничений в поведении. Это воспринимается человеком как «безобидное» состояние опьянения, затем следуют нарушения в работе вестибулярного аппарата, утрата памяти и поэтому сильно перебравшие многого не помнят о том, что было вчера. Особенно если они не остановились и при увеличении дозы алкоголя, организм отключил большинство функций сознания.

Так что, «сон», наступающий в результате сильного опьянения, это не сон в обычном физиологическом смысле. Это именно потеря сознания вследствие нейрохимических нарушений, вызванных алкогольной гипоксией мозга, т.е. это алкогольная кома. Импульсы давления, распространя-

ющегося по кровяному руслу вместе с сокращениями артерий и капилляров, при встрече с преградой-тромбом вызывают сильное расширение сосудов в непосредственной близости от тромба. Иногда его расширение оказывается необратимым: появляется вздутие капилляра - микроаневризма. В отдельных случаях стенки капилляров не выдерживают повышенного давления, возникают кровоизлияния - микроинсульты.

Эти микроинсульты можно наблюдать у человека в виде покрасневшего носа и других частей тела. Отсюда и выражение «у пьяницы нос красный». Появление сосудистой сетки с определённой свидетельствует, что происходит нарушение кровеносной системы носа. Немного подумав, наш читатель может сделать и следующее умозаключение (которое обычно как-то не приходит в голову): точно такие же нарушения кровеносной системы происходят и во всех внутренних органах, особенно интенсивно кровоснабжаемых в силу их жизненной важности, каковыми являются головной мозг и печень.

Состояние возбуждения - эйфорию, возникающую при приёме спиртных напитков, многие исследователи приписывают всё той же гипоксии - кислородному голоданию головного мозга. Для определённой стадии кислородного голодания характерно состояние возбуждения.

Напомним трагическую историю аэростата «Зенит», произошедшую 15 апреля 1875 года. Экипаж состоял из опытного аэронавта Тиссандье и двух его спутников. Достигнув высоты 7 километров, они решили подниматься выше. Самочувствие у всех было хорошее, настроение радостное и приподнятое. Тиссандье почувствовал, что погружается в лёгкий приятный сон. В последний момент, обеспокоенный необычностью ощущений, он открыл клапан своего кислородного прибора. Когда он очнулся через час с сильной головной болью, то увидел своих товарищей без сознания, но с радостной улыбкой на лицах. После посадки аэростата врачи с трудом смогли спасти жизнь Тиссандье, его товарищи погибли. Трагическая история аэронавтов казалась загадочной современникам полёта. Теперь, когда высотные полёты стали делом обычным, эта история понятна. Аэронавты были уверены, что почувствуют недостаток кислорода и успеют включить кислородные подушки. В этом и была их ошибка. Сейчас хорошо изучено изменение состояния человеческого организма и субъективные ощущения человека на различной высоте.

Сначала человек чувствует слабость, головокружение, с ростом высоты - неприятные ощущения исчезают, он чувствует себя хорошо, становится весел и возбуждён. Однако при небольшом усилии или резком движении человек теряет сознание. Интересно, что сам человек обычно не замечает нарушения нормальной деятельности организма, вызванных высотой. Более того, чем слабее становится сознание, тем спокойнее, увереннее он

себя чувствует. Если ему сказать, что он плохо соображает, он будет утверждать обратное.

Мы видим, что состояние при кислородном голодании очень напоминает алкогольное опьянение. Та же переоценка своих сил («море по колено»), то же радостное и возбуждённое состояние, та же неспособность нравственно (критически) оценивать свои действия. Всё так же, только гипоксия алкогольного происхождения вызвана не недостатком кислорода в воздухе, а затруднением его доставки к клеткам тканей в первую очередь головного мозга в результате нарушения кровоснабжения.

Итак, веселье, связанное с приёмом алкоголя, имеет в основе гипоксию клеток головного мозга, которая, в свою очередь, обусловлена склеиванием эритроцитов и образованием тромбов в мелких сосудах головного мозга. Значит, чтобы прочувствовать удовольствие от выпитого, надо обязательно вызвать тромбоз сосудов. А тромбоз сосудов - это всегда отмирание клеток, лишённых доступа кислорода.

Синдром похмелья не что иное, как процесс, связанный с удалением из головного мозга погибших из-за отсутствия кровоснабжения нейронов. Организм отторгает погибшие клетки, с этим и связаны утренние головные боли и повышенная потребность в жидкости. Для удаления погибших клеток в коре головного мозга создаётся повышенное давление за счёт усиленного притока жидкости и фактически прямого физиологического «промывания» головного мозга. Именно с этим и связана мучающая утром жажда, потребность в дополнительном объёме жидкости.

Таким образом, приходим к выводу: безвредных доз алкоголя не существует в принципе. Любое, даже однократное употребление алкоголя меняет возможности головного мозга и, прежде всего, коры головного мозга, обеспечивающей высшую нервную деятельность человека. Фактически ту деятельность мозга, которой мы и отличаемся от животных. Именно в коре головного мозга сосредоточены нравственные центры, отвечающие за понятия: совесть, достоинство человека, жалость, сострадание, общественный долг; центры, отвечающие за сверхсознание, за интуитивные прозрения, фактически за творчество в самом высоком смысле этого слова.

Выпивая алкогольсодержащую жижу, хомо сапиенс отключает кору головного мозга, добровольно отказывается от высших своих качеств и опускается ниже уровня животного.

Словосочетание хомо сапиенс состоит из двух латинских слов: хомо - низшее существо, сапиенс - разум. Низшее существо становится человеком, только приобретая разум. И наоборот, лишая себя разума, человек превращается просто в хомо, в низшее существо.

Для этого превращения чрезвычайно «полезно» модное сегодня пиво. Кроме алкоголя, пиво содержит аналоги женских половых гормонов (фитоэстрагены), в результате, употребляющий пиво мужчина, молодой че-

ловек превращает себя в существо неопределённого рода: становится женственным, безвольным, неактивным, раздражительным, у него ослабевает сердце (возникает синдром «пивное сердце»), а также повреждаются половые клетки (сперматозоиды). У такого существа меняется даже фигура, растут грудные железы, расширяется таз.

Если же женщина, девушка употребляет пиво, то это может приводить, как показано в опытах на крысах, к увеличению матки, разрастанию тканей матки и влагалища, выделению излишнего секрета и слизи в фаллопиевых трубах, нарушению менструального цикла. Кроме того, повреждаются женские половые клетки (яйцеклетки).

Все это значительно снижает возможность зачатия ребёнка, а также вероятность рождения здорового потомства, как от такого мужчины, так и у такой женщины.

И в этом смысле наиболее опасны для общества именно пропагандисты теории умеренного питья (ТУП) как сторонники превращения Человека в низшее существо, снижения рождаемости и рождения нездорового потомства. Культура умеренного питья, пропагандируемая ими, направлена, кроме того, ещё и против природной, естественной детской трезвости, на оТУПление детей наших и тем самым против светлого будущего нашей Отчизны.

«Умеренно и культурно» выпивающий взрослый, особенно родитель и педагог, для общества стократ опаснее алкоголика - он формирует у детей ложный критерий взрослости, показывает ложный пример правильного поведения взрослого, совершая самый подлый обман в отношении ребёнка. Именно он своим примером показывает, что лишать себя статуса Человека с большой буквы, лишать себя разума весьма «приятно», «полезно» и «весело», главное научиться лишать себя этого высокого статуса в меру и «культурно».

С точки зрения педагогики такое поведение «взрослого» приучает ребёнка в первую очередь даже не к алкоголю, а ко лжи и подлости приучает говорить одно, а делать совершенно другое. Вспомните, как педагоги, отмечающие праздники в школе с алкоголем всегда были вынуждены прятаться от детей. В привитии именно этой лживой культуры детям культуропитейщики видят «спасительную» для России задачу. При этом даже участь американских индейцев их не настораживает. А в ответ на информацию из этой брошюры возмущаются и заявляют, что де этот вопрос этот так ставить нельзя, ведь «питиё есть веселие Руси» и это древнейшая традиция русских, изменить её невозможно, следовательно, и не нужно.

Иногда складывается такое ощущение, что в результате употребления алкоголя нравственные центры коры головного мозга у многих культуропитейщиков утрачены безвозвратно.

Однако нам, трезвомыслящим людям следует знать, что сказать им в ответ. Пропаганда «культуры умеренного питания» это ничто иное, как пропаганда «культурной» лжи, «умеренного» и «культурного» разврата, очень похожих на пропаганду полезности для организма вашего ребёнка «умеренного», «культурного» заражения СПИДом.

В.И.БЕГУНОВ. Журнал «Здоровье», 78/3.

Мишень алкоголя - мозг

Человек выпивает рюмку, другую - и через несколько минут по телу разливается приятное чувство тепла, поднимается настроение. Человек оживлен, болтлив, доволен собой и окружающими. Еще несколько рюмок - и благодушно-приподнятое настроение сменилось обидчивостью, раздражительностью, гневливостью. Заметно нарушилась координация движений, речь стала невнятной, смазанной.

Эти внешние признаки опьянения - результат отравления головного мозга алкоголем. Он легко проходит сквозь биологические мембраны и начинает всасываться в кровь уже во рту, а затем в желудке и кишечнике; с током крови он разносится по всему организму. Головной мозг обильно снабжается кровью, алкоголь попадает сюда довольно быстро и жадно поглощается липидами - жирыми веществами, содержащимися в нервных клетках мозга - нейронах. Здесь он задерживается и проявляет свое токсическое действие до тех пор, пока не произойдет его полное окисление.

Алкоголь часто называют стимулирующим средством. Это абсолютно неверно. Ведь алкоголь не что иное, как специфический яд, и на центральную нервную систему он оказывает не стимулирующее, а угнетающее действие. Как известно, в основе высшей нервной деятельности человека лежат два противоположных процесса - возбуждение и торможение; в нормальном состоянии они уравновешены. Но даже незначительная доза спиртного угнетает процессы активного внутреннего торможения, отсюда и некоторая развязность, несдержанность.

Доказано, что действие алкоголя на мозг находится в прямой зависимости от его концентрации в крови. В начале опьянения страдают структуры коры больших полушарий; активность центров мозга, управляющих поведением, подавляется: утрачивается разумный контроль над поступками, снижается критическое отношение к себе. По мере того, как концентрация алкоголя в крови нарастает, происходит дальнейшее угнетение тормозных процессов в коре головного мозга. Центры ее приходят в хаотическое возбуждение, из-под их регулирующего влияния высвобождаются нижележащие подкорковые отделы, что сопровождается «раскрепощенностью» низших форм поведения и инстинктов. И.П.Павлов называл такое состояние «буйством подкорки».

При очень большом содержании алкоголя в крови угнетается активность двигательных центров мозга, главным образом страдает функция мозжечка - человек полностью теряет ориентацию.

В последнюю очередь парализуются центры продолговатого мозга, в ведении которых находятся жизненно важные функции: дыхание, кровообращение.

Многочисленные эксперименты и наблюдения показали, что даже однократный прием крепких спиртных напитков вызывает хотя и временные, но довольно серьезные нарушения работы всех отделов головного мозга. Не станем «опускаться» на молекулярный уровень и касаться тех сложнейших процессов, которые происходят в нервных клетках под действием алкоголя (хотя именно патологические изменения обмена веществ в нейроне - первопричина расстройства и его функций и функций мозга в целом). Обратимся к фактам, лежащим на поверхности.

Алкогольная диплопия (двоение в глазах) - явление, хорошо всем известное. Сколько существует шуток и анекдотов по этому поводу! А сущность этого явления заключается в том, что в результате токсического действия алкоголя в глазодвигательном центре мозга создается очаг торможения. Мышцы глаз сокращаются слабее, их согласованная работа нарушается. Зрительные оси смещаются относительно друг друга, и изображение попадает на несимметричные места сетчатки - у человека начинает двоиться в глазах.

После приема алкоголя заметно снижается острота зрения, и, чтобы различить мелкие предметы, человеку необходимо более сильное освещение. Некоторые специалисты сравнивают действие алкоголя на зрение с эффектом темных очков в сумерках или темноте.

Отрицательно сказывается действие алкоголя на слуховом восприятии; искажаются вкусовые ощущения; снижаются реакции на внешние раздражители; увеличивается число ошибок при решении простейших арифметических примеров.

Алкоголь крайне неблагоприятно влияет на сосуды головного мозга. В начале опьянения они расширяются, кровоток в них замедляется, что приводит к застойным явлениям в головном мозге. Затем, когда в крови, помимо алкоголя, начинают накапливаться вредные продукты его неполного распада, наступает резкий спазм, сужение сосудов. Поэтому в состоянии опьянения довольно часто (и особенно у людей пожилых) развиваются такие опасные осложнения, как мозговые инсульты, приводящие к тяжелой инвалидности и даже смерти.

У пьющих людей кровеносные сосуды, особенно мелкие артерии и капилляры, извитые и очень хрупкие. В результате происходят многочисленные микрокровоизлияния; интенсивность кровообращения снижается. Нейроны, лишенные бесперебойного снабжения питанием и кислородом, «голодают», и это проявляется в общей вялости, неспособности сосредоточиться, головной боли.

Столь тяжелые испытания, выпадающие на долю нервных клеток пьющего человека, приводят к их преждевременному износу и дегенерации (перерождению); наблюдается их массовая гибель. Распадаются и исчезают нервные волокна: выходят из строя километры нервных коммуникаций. Правда, мозг человека насчитывает более 10 миллиардов нейронов, нервная ткань высоко пластична и обладает большим запасом компенсаторных возможностей. Но всему есть предел. А если учесть, что нервные клетки в отличие от всех других неспособны к регенерации, а «алкогольные залпы» уничтожают их тысячами, то стано-

вится понятным, почему у людей, злоупотребляющих спиртными напитками, отмечаются изменения структуры головного мозга. Сморщиваются, уменьшаются в размерах большие полушария. Извилины коры истончаются, становятся низкими, расширяются желудочки.

Эти явления особенно выражены в лобных долях (а как известно, лобный участок коры играет основную роль в процессах мышления) и центральных извилинах. Грубые органические изменения не могут не сказаться на функции мозга. У пьющих людей наблюдается умственное оскудение. Утрачивается способность к творчеству, интерес к работе, общественной жизни. У одних эти явления выражены ярко, у других они не столь откровенны. Это зависит от индивидуальных особенностей центральной нервной системы, от того, насколько хорошо развиты компенсаторные механизмы. Например, у детей и подростков, головной мозг которых находится в стадии развития, все нарушения проявляются резко. Повышенной чувствительностью и «незащищенностью» их мозга объясняется и быстрое наступление у детей и подростков состояния опьянения и развитие пристрастия к алкоголю.

Изменения структуры мозга, вызванные многолетней алкогольной интоксикацией, почти необратимы, и даже после длительного воздержания от употребления спиртных напитков они сохраняются. Если же человек не может остановиться, то органические и, следовательно, психические отклонения от нормы идут по нарастающей. Клиническая практика свидетельствует: злоупотребление алкоголем является истоком и первопричиной многих психических расстройств.

Что происходит с мозгом пьющего человека?

Алкоголь оказывает прямое воздействие на мозг, в результате чего в органе вырабатывается дофамин в больших количествах, чем у непьющего человека. Это наблюдается и у людей, склонных к алкоголизму. Дофамин усиливает желание пьющего человека употреблять алкогольные напитки, в результате чего алкоголик каждый раз испытывает удовольствие от выпитого напитка.

Дофамин является одним из нейромедиаторов, которые передают электрический импульс от одного нейрона к другому. В этой цепи дофамин выступает посредником удовольствия, символизируя собой некоторую систему поощрения.

Алкоголь воспрепятствует деятельности антагонистов дофамина, то есть веществам, блокирующим излишнюю активность нейромедиатора. В результате дофамин осуществляет активную деятельность, которая не находит препятствия на своем пути.

Проведенные исследования показали, что у людей, находящихся в группе риска или постоянно употребляющих спиртные напитки, уровень дофамина больше, чем у непьющих людей. Выброс дофамина увеличивает привлекательность алкоголя для пьющего человека, тем самым повышая желание выпить еще одну рюмку спиртного.

Влияние алкоголя на мозг

Лобная доля является ключевым пунктом в осуществлении регуляции движений. Кроме того, она играет немалую роль в принятии решений человеком, отвечает за суждения, индивидуальность, речь, то есть за все качества, присущие каждому человеку и отличающие его от животных. Вполне ясно, к чему приведет сбой в работе этой части - человек из высшего представителя планеты Земля превращается в обычное животное.

Ряд исследований показал, что нарушение связи между областью мозга и лобной долей приводит к последствиям, описанным выше. Мозжечок, находящийся в этой области, страдает не меньше, что видно по походке пьяного человека. Это объясняется тем, что мозжечок является регулятором движения, в результате воздействия на него алкоголя регулятивная функция ослабевает, пьяный человек теряет координацию движения. Кроме того, оболочка мозжечка остается нарушенной даже через неделю после употребления алкоголя.

Исследования, проводимые ранее, наглядно показали, что хроническое употребление спиртного приводит к необратимым изменениям структуры, метаболизма и функций головного мозга.

Исследование, проводимое под руководством Б.Роджерса - профессора университета Вандербилта, который находится в США, показало, что связь в вышеназванных областях имеется еще до принятия порции спиртного и сохраняется после, подтверждая теорию о необратимости изменений. Пациенты, которые находились под наблюдением, через неделю испытывали ломку и сильную тягу к спиртному, о чем они должны были сообщать, постукивая пальцами.

Но выяснилось следующее - для принятия решения и выполнения дальнейших действий были задействованы другие части мозга, а не те, которые отвечают за подобные операции у здоровых людей.

Ученые, исследуя мозг пациентов, нашли меньше функциональных связей, которые должны были быть между мозжечком и лобной долей. Это указывает на сильное ослабление передачи нейронов двух областей. Данное открытие показало, что для мозга алкоголика характерны признаки функционирования поврежденного головного мозга.

У алкоголиков высыхает мозг: миф или реальность?

Исследователи Медицинского колледжа города Массачусетс утверждают, что частое употребление спиртных напитков в больших количествах приводит к уменьшению объема мозга. Ими было обнаружено, что любые спиртные напитки, особенно крепкие, вызывают проблемы в области мышления, обучения и памяти, тем самым приближая слабоумие.

Объем мозга уменьшается с возрастом его обладателя примерно на 1,7% каждые 10 лет. При употреблении алкоголя этот процесс происходит

быстрее. Кроме того, было установлено, что мозг женщины больше подвержен этому влиянию, в результате чего мозг пьющей женщины деградирует быстрее мозга мужчины.

Ранее существовало мнение о некоторых положительных свойствах алкоголя в случае его умеренного употребления. Старение человека и некоторые болезни, например, старческое слабоумие приводят к уменьшению объема головного мозга. Считалось, что алкоголь позволяет задержать данный процесс. Естественно, речь идет об умеренных дозах. Но последние исследования разбили это устоявшееся утверждение - алкоголь в любых количествах вреден как для организма в целом, так и для мозга.

Стоит разобраться - в чем кроется причина так называемого высыхания и что происходит с мозгом? Главными составляющими мозга человека являются нейроны, которые отвечают за таланты и способности человека, позволяя ему быть личностью, обладателем сильного интеллекта. **При употреблении спиртных напитков нейроны погибают в первую очередь.** Утром после очередных посиделок человек испытывает жажду и страдает от головных болей. Это объясняется тем, что организм, пытаясь вывести вредные продукты распада, повышает давление и увеличивает приток жидкости. В результате человек получает не только головную боль, но и частично разрушенный мозг. Сам он этого не замечает.

Мертвые клетки не могут восстанавливаться - в этом еще одна уникальность мозга. Поэтому мозг пьющего человека при вскрытии выглядит как засушенный орган, уменьшенный в объеме. Таким образом, утверждение, что **мозг алкоголика высыхает**, имеет под собой основание.

Под Волгоградом охранник московского метро пытался убить пасынка гранатой. *В поселке Новый Рогачик Городищенского района около 7 вечера работник московского ЧОПа, охраняющего метрополитен, бросил в сторону приемного сына две гранаты. Одна из них взорвалась, при этом никто не пострадал, сообщил ИА «Высота 102» руководитель Городищенского СО СУ СКР по Волгоградской области О.Левин. По материалам уголовного дела по статье «Покушение на убийство», пенсионер Вооруженных сил вернулся с вахты из столицы и, находясь в состоянии алкогольного опьянения, решил выяснить отношения с двумя пасынками, которые жили в доме неподалеку. Супруга подозреваемого заметила, что с собой нетрезвый мужчина прихватил два боеприпаса Ф1. После того, как мать предупредила сыновей, что к ним идет отчим, а также позвонила в полицию, мужчины вышли во двор, поскольку в доме находились маленькие дети. В результате в ходе перепалки в ноги одного из братьев пенсионер вооруженных сил, выдернув обе чеки, бросил гранаты. Разрушений нет, ранений участники конфликта не получили. Задержание подозреваемого проводили прибывшие на место ЧП сотрудники полиции. Решается вопрос об аресте охранника ЧОПа, которому также вменяется незаконное хранение оружия: в его доме обнаружен целый арсенал.*

Научные взгляды на воздействие наркомании на центральную нервную систему и изменение сознания, поведения и личности

Внимание! По всей стране передовые НОУ включают в свои программы обучения охранников признаки употребления наркотиков и нахождения в состоянии наркотического опьянения.

В Государственном контракте №1126/4 от 5 декабря 2012г. на оказание услуг по осуществлению комплекса мер, направленных на защиту материального имущества объектов, соблюдение внутриобъектового и пропускного режимов для государственных образовательных учреждений, города Москвы в 2013-2015 годах содержатся следующие пункты о взаимодействии с Управлением Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по городу Москве.

«5.4.18. Исполнитель, в течение десяти рабочих дней с даты подписания Контракта обязуется обратиться в Службу по Юго-Западному административному округу города Москвы Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по городу Москве для заключения соглашения о взаимодействии в сфере профилактики распространения наркомании на объектах образования на срок: с даты заключения указанного соглашения до даты, установленной Службой по Юго-Западному административному округу города Москвы Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по городу Москве.

5.4.18.1. Под обращением в Службу по Юго-Западному административному округу города Москвы Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по городу Москве понимается подача документов, необходимых для заключения соглашения, указанного в п.5.4.18, перечень которых устанавливается Управлением Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по городу Москве.

5.4.18.2. В случае, если Исполнитель в срок, указанный в п.5.4.18 не обратится в Службу по Юго-Западному административному округу города Москвы Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по городу Москве для заключения соглашения, предусмотренного пунктом 5.4.18, или Исполнителю будет отказано в заключении такого соглашения по основаниям, предусмотренным Законодательством РФ - Заказчик вправе расторгнуть настоящий Контракт по основаниям, предусмотренным Законодательством РФ».

Обратимся к Интернету. «Урал без наркотиков» научил охранников распознавать наркоманов (2014г.). Специалисты центра «Урал без наркотиков» активно делятся знаниями по работе с наркозависимыми людьми, проводят семинары для преподавателей вузов и школ, сотрудников транспортных предприятий, родителей подростков.

По информации пресс-службы Министерства здравоохранения Свердловской области, очередной обучающий семинар, который прошел в стационаре центра, был проведен для сотрудников частных охранных предприятий. Главной темой семинара стал вопрос определения наркозависимого человека по внешним признакам, поведению, повадкам, специфической речи. Кроме того, специалисты Управления ФСКН России по Свердловской области осветили вопросы, касающиеся юридического аспекта взаимодействия с наркозависимыми людьми.

Сотрудники ЧОПов в качестве слушателей были выбраны не случайно. В своей работе им часто приходится сталкиваться с людьми, находящимися под воздействием наркотических веществ или алкоголя.

Общие признаки употребления наркотиков

- Внешний вид и поведение в той или иной мере напоминает состояние алкогольного опьянения, но при отсутствии запаха алкоголя изо рта или при слабом запахе, не соответствующем состоянию.
- Изменение сознания: сужение, искажение, помрачение.
- Изменение настроения: беспричинное веселье, смешливость, болтливость, злобность, агрессивность, явно не соответствующие данной ситуации.
- Изменение двигательной активности: повышенная жестикуляция, избыточность движений, неусидчивость или обездвиженность, вялость, расслабленность, стремление к покою (независимо от ситуации);
- Изменение координации движений: их плавность, скорость, соразмерность (размашистость, резкость, неточность), неустойчивость при ходьбе, покачивание туловища даже в положении сидя (особенно явное при закрытых глазах), нарушенный почерк.
- Изменение цвета кожных покровов: бледность лица и всей кожи или, наоборот, покраснение лица и верхней части туловища.
- Блеск глаз.
- Сильно суженные или сильно расширенные зрачки, не реагирующие на свет.
- Изменение слюноотделения: повышенное слюноотделение или, наоборот, сухость во рту, сухость губ, осиплость голоса.
- Изменение речи: ее ускорение, подчеркнутая выразительность, или же замедленность, невнятность, нечеткость речи («каша во рту»).

При употреблении конопли - у наркомана расширены зрачки, красные глаза, покраснение губ, сухость во рту («сушняк»). Наркоман подвижен, весь в движении. Речь ускоренная, торопливая. Очень верный признак - зверский аппетит, обычно на исходе опьянения.

При приеме опиатов – сонливость, в самые неподходящие моменты («рубит»), может забыть о прикуренной сигарете и обжечься, либо выронить ее, периодически просыпается и сразу начинает принимать участие в разговоре. Речь наркомана медленная, он растягивает слова, может по не-

сколько раз говорить об одном и том же. В этом состоянии он добродушен, спокоен, если ему ничего не мешает. Очень верный признак - необычно узкие зрачки, не реагирующинт на свет, т.е. не расширяющиеся («севший зрачок»). Кожа - бледная, но губы могут быть припухшими, покрасневшими. Сильно снижена болевая чувствительность. Общий признак - это нарушение режима сна и бодрствования (поздно ложится и поздно встает, если есть наркотик или деньги).

При приеме психостимуляторов - наркоман необычайно оживлен, стремителен в действиях и решениях. Не может сидеть на одном месте. Очень быстро говорит, перескакивает с одной темы на другую. Расширенные зрачки. Быстро выполняет все дела. Если у наркомана есть наркотик или деньги на него, то он может находиться в таком состоянии несколько суток. Некоторые виды психостимуляторов сильно повышают половое желание наркомана, поэтому часто психостимуляторы употребляют вдвоем с женщиной. Наркоманы могут по несколько часов заниматься каким-то одним делом, к примеру, убираться в доме.

При приеме галлюциногенов - признаки вытекают из названия. Разнообразные галлюцинации - визуальные, когда наркоману видятся разные животные (крысы, крокодилы, мухи, жуки, змеи и т.д.), он может смотреть на пол и ему кажется, что там болото со змеями, из телевизора кто-то может с ним разговаривать и т.п., слуховые галлюцинации - когда наркоману слышатся голоса, что кто-то с ним говорит, наркоман может говорить с этим «кто-то». При длительном употреблении или при прекращении приема часто бывают депрессии, психозы.

При приеме снотворных препаратов - похоже на алкогольное опьянение. Речь невнятная, заплетающаяся. Бывает сухость во рту. Координация движений нарушена. При приеме некоторых снотворных препаратов в больших дозах могут быть галлюцинации.

При приеме летучих наркотически действующих веществ - напоминает алкогольное опьянение, шумное вызывающее поведение. Пахнет ацетоном, бензином, клеем «Момент». Часто бывают галлюцинации, из-за них подростки и начинают употреблять, галлюцинации они называют «мультиками».

По определению ВОЗ зависимость (нарко- и токсикомания) - это состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое употреблением естественного или синтетического вещества, характеризующееся следующими признаками:

- овладевающее желание (обсессия) или неодолимое влечение (компульсия) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями;
- тенденция увеличивать дозу (рост толерантности);

- возникновение личных или социальных проблем, обусловленных злоупотреблением.

В МКБ-10 к психоактивным средствам относятся: алкоголь, производные опия, каннабис (гашиш), седативные и снотворные средства, кокаин, стимуляторы ЦНС, включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители. В российской психиатрии традиционно зависимость от алкоголя и табака не относится к нарко- и токсикоманиям.

Таблица признаков интоксикации психоактивными веществами

В таблице приводится перечень признаков интоксикации с оценкой степени их выраженности в баллах: 0 - признак отсутствует, 1 - признак слабо выражен, 2 - умеренно выражен, 3 - заметно выражен, 4 - резко выражен.

Симптомы	опиаты	барбитураты	гашиш	стимуляторы	атропиноподоб. В-ва	седативные	Ср-ва бытовой химии
Зуд носа и лица	4	0	0	0	0	0	0
Расширенные зрачки (мидриаз)	0	0	4	3	4	0	3
Суженные зрачки (миоз)	4	4	0	1	0	3	0
Покраснение лица	0	4	4	2	3	3	3
Бледность лица	4	0	0	0	1	0	0
Отечность лица	2	3	2	1	2	2	3
Повышенная влажность кожи, потливость (гипергидроз)	0	4	0	1	0	4	2
Повышенное слюноотделение (гиперсаливация)	0	4	0	0	0	3	0
Замедление сердцебиения (брадикардия)	0	0	0	0	0	0	0
Учащение сердцебиения (тахикардия)	0	4	4	2	4	3	3
Урежение частоты дыхания (брадипноэ)	2	3	3	0	0	3	0
Учащение частоты дыхания (тахипноэ)	0	0	0	4	4	0	3
Сердечная аритмия	0	0	0	0	0	4	2
Пониженное артериальное давление	1	4	2	1	2	3	1
Нестабильное артериальное давление	0	1	4	3	2	4	2
Сухость во рту	4	1	4	4	4	3	2
Сухость в носоглотке	0	1	4	2	4	2	2
Спец. запах в выдых. воздухе	0	0	1	0	0	0	4
Повышение аппетита, жажда	0	0	4	0	0	0	0

Вялость, сонливость	2	3	3	2	0	3	2
Тошнота	0	0	1	3	3	1	4
Рвота	2	0	1	3	0	0	4
Боли в животе	0	0	0	0	0	0	4
Шум в ушах	0	0	4	3	0	1	1
Оглушенность	0	2	1	0	3	4	4
«Белая горячка» (делирий)	0	0	0	0	4	0	2
Подавленное настроение со страхом	0	1	2	0	2	2	2
Тревога	0	1	2	1	3	1	2
Отвлекаемость	0	4	2	1	1	3	1
Застраиваемость мышления	0	4	2	0	0	3	2
Персеверация мышления	0	4	2	0	0	3	2
Снижение памяти (гипомнезия)	0	4	2	2	2	3	2
Грезоподобные представления							
Иллюзорная деперсонализация, дереализация	0	2	4	2	2	2	3
Зрительные галлюцинации	1	2	2	3	4	0	3
Слуховые галлюцинации	0	0	1	3	2	0	0
Чувство утраты веса тела	2	2	4	1	0	0	0
Двигательная расторможенность	0	4	3	1	2	4	1
Суетливость, болтливость	0	3	3	4	3	2	0
Повышение либидо	0	3	3	3	2	0	1
Гипомания	2	4	2	2	1	3	1
Невнятная речь (дизартрия)	0	4	0	0	1	3	0
Двоение в глазах (диплопия)	0	4	0	2	4	3	1
Тремор	0	0	0	0	0	1	1
Неуверенность в походке (атаксия)	0	4	0	0	0	3	1
Судорожные припадки с потерей сознания	0	0	0	0	2	0	1
Снижение мышечного тонуса	0	4	1	1	1	3	1
Симптом Бабинского	0	2	0	0	0	2	0
Клонус стоп	0	3	0	0	0	3	0
Оживление рефлексов	4	1	1	1	1	0	1

Вред наркомании. Наркотики убивают мозг!

Что происходит с мозгом, когда в него попадают наркотики? Какой вред наркотиков испытывают на себе нервные клетки? Из каких частей состоит мозг, какие функции они выполняют, и как вред наркомании проявляется по отношению к ним? Что такое нейроны, и каким образом происходит обмен информацией между ними? Какие наркотики «обманывают» нейроны, а какие перегружают каналы связи между ними? Как наркотики нарушают систему коммуникации между нейронами? Что такое лимбическая система, и какой из «гормонов счастья» она выделяет? Что такое

понижающая регуляция? Как появляется эффект привыкания и развивается наркомания? Наркотическая зависимость возникает в организме или в сознании? Существуют ли эффективные методы лечения наркомании? Можно ли определить, что человек наркоман?

Что наркотики делают с мозгом?

Наркотики - это химические вещества, которые даже при однократном приёме могут нанести непоправимый вред. Например, всего лишь после одного единственного приёма, самый нейротоксичный синтетический наркотик МДМА («экстази») повреждает серотониновую систему мозга настолько, что она уже никогда не возвращается в своё первоначальное состояние. Попадая в мозг, наркотики нарушают систему передачи сигналов, вмешиваясь в порядок отправления, получения и обработки информации нервными клетками. Все наркотики действуют на мозг по-разному, так как у них разный химический состав. Действие некоторых наркотиков на мозг продолжается даже после того, как человек прекращает их употребление. Иногда вред наркотиков оказывается чрезвычайно сильным, и процесс разрушения мозга становится необратимым. Разумеется, если принимать наркотики регулярно, то это произойдет с большей вероятностью.

Некоторые наркотики, такие, например, как марихуана и героин, активируют нейроны, так как их химический состав похож на состав настоящих нейротрансмиттеров. Таким образом, эти наркотики могут как бы «обмануть» рецепторы нейронов, запустив их активацию, но проблема в том, что эти вещества действуют не так, как настоящие нейротрансмиттеры, и нейроны начинают беспорядочно рассылать по всему мозгу сигналы, в которых на самом деле нет необходимости. Другие наркотики, например, амфетамин, метамфетамин или кокаин, заставляют нервные клетки выделять слишком много естественных нейротрансмиттеров, при этом нарушая в мозге их процесс рециркуляции. Это приводит к особо сильному обмену сообщениями между нейронами и в конечном итоге наносит серьёзный вред мозговым каналам коммуникации. Работа мозга в нормальном режиме и под действием наркотика в этом случае различаются примерно так же, как тихий шепот и громкий крик. Таким образом, вред наркотиков для мозга заключён в лучшем случае в лёгком нарушении работы системы обмена сигналами между нейронами, а в худшем случае в её серьёзном повреждении - частичном или полном.

Употребление любого наркотика - алкоголя, никотина, марихуаны, кокаина, героина, метамфетамина и т.д. влияет на центр мотивации поведения, который отвечает за удовлетворение от совершения какого-либо действия и входит в состав так называемой лимбической системы. Эта часть мозга реагирует на приятные ощущения, выделяя нейротрансмит-

тер, который называется дофамин (один из трёх так называемых гормонов счастья, два других - серотонин и эндорфин). Дофамин создает чувство удовольствия и подаёт в мозг сигнал о том, что было сделано что-то приятное и хорошее, что на это необходимо обратить внимание и что это необходимо запомнить. Действие наркотиков нарушает нормальный порядок этого процесса, так как после их употребления образуется слишком большое количество дофамина, к тому же дофамин выделяется значительно дольше, чем при получении удовольствия от других вещей. Избыток дофамина приводит к развитию состояния эйфории, которое часто возникает у человека после принятия наркотиков.

Наркотики попадают в систему коммуникаций организма и вмешиваются в нормальные процессы получения, обработки и отправки информации нейронами. Каждый наркотик по-своему действует на организм человека, так как они имеют разную химическую структуру. Ряд наркотических препаратов могут изменять механизмы действия мозга так, что такие изменения сохраняются даже после того, если человек перестанет принимать наркотические вещества.

Ряд наркотических препаратов, такие как марихуана и героин, могут активизировать нейроны, потому что их химическая структура полностью имитирует природные медиаторы. Такие наркотические вещества могут «обмануть» рецепторы, присоединяются к ним и активируют нервные клетки. Но главная проблема состоит в том, что наркотические вещества не действуют как природные нейромедиаторы. В конечном итоге это приводит к тому, что нейроны начинают посылать неправильные сигналы.

А такие наркотические вещества как амфетамин, заставляют нервные клетки выпускать слишком большое количество нейромедиаторов или ограничивают процесс переработки этих же веществ. В результате это приводит к тому, что мозг получает преувеличенные сигналы, которые хаотически рассеиваются в каналах коммуникаций.

Например, наркотические препараты, такие как **марихуана**, **никотин**, **кокаин** и ряд других непосредственно влияют на систему удовольствия, которая является частью лимбической системы организма. Эта система, как правило, реагирует на приятные ощущения, и при этом выпускает нейромедиатор дофамин, который создает в организме человека чувство удовольствия, говоря мозгу, что происходит очень важное событие, на которое следует обратить внимание и хорошо запомнить его. Своим воздействием наркотические вещества полностью захватывают эту систему, высвобождая при этом довольно большое количество дофамина. И как раз такое большое количество дофамина создает у наркомана чувство **эйфории** или «прихода», в результате употребления наркотических препаратов.

Как развивается наркотическая зависимость?

Вспомните, как вы себя чувствуете, если случается что-нибудь хорошее - например, когда ваша любимая команда выигрывает важный матч или когда вас хвалят за отлично выполненную работу? Все ваши ощущения в этот момент - результат работы лимбической системы. Получение удовольствия от различных ощущений и событий - очень важная часть нашей жизни, именно поэтому, создавая положительные эмоции, лимбическая система заставляет нас снова и снова искать то, что может нас порадовать. Наркотики, начиная свою коварную разрушительную экспансию на ваш организм и управление вашей судьбой, эксплуатируют именно этот фактор.

Когда человек впервые принимает наркотик, то обычно испытывает невероятно сильные приятные ощущения, радость и удовольствие. Положительно и активно стимулируется центр мотивации поведения, который передаёт в мозг сигналы с помощью дофамина. Разумеется, употребление наркотиков может иметь и другой эффект. Вред наркотиков проявляется сразу, в момент их первого употребления. Например, те, кто впервые пробует курить, часто заходятся в сильном кашле, их тошнит и даже рвёт под действием токсичных веществ, которые содержатся в табаке или марихуане.

Но, у человека, начавшего употреблять наркотик регулярно, через некоторое время организм определённым образом адаптируется. Доза наркотика, приводящая в первые приёмы к явно выраженному отравлению, теперь воспринимается организмом абсолютно нормально, хотя степень интоксикации не снижается, а даже наоборот.

Однако, несмотря на регулярное отравление, в мозге под действием постоянного избыточного количества нейротрансмиттеров начинают происходить серьёзные изменения. Лимбическая система постоянно вырабатывает дофамин, и нейроны постоянно получают больше дофамина, чем обычно. Вред наркомании заключается в том, что нейроны могут начать сокращать число рецепторов, реагирующих на дофамин, или просто вырабатывать меньше дофамина сами. В итоге в мозг поступает меньше дофаминовых сигналов - учёные называют это **понижающей регуляцией**. При этом многие нейроны погибают под действием наркотических веществ, так как наркотики - это мощный яд.

В результате способность дофамина активировать центры, отвечающие за приятные ощущения, значительно снижается. Человек становится ко всему равнодушным, его ничто не радует, он впадает в депрессию, которая даже способна привести к самоубийству. Жизнь без наркотиков кажется лишённой всех красок. Теперь этому человеку необходимы наркотики, чтобы нормализовать уровень дофамина в мозге, однако, чтобы вызвать избыток дофамина и, соответственно, такую же сильную эйфорию, которую человек испытал в самый первый раз, требуются всё большие и большие дозы наркотиков - именно это и называется **эффектом привыкания**.

Под влиянием изменений, которые происходят в структуре мозга, человек стремится принимать наркотики снова и снова, не задумываясь о последствиях и не останавливаясь ни перед чем - он ворует, теряет друзей и работу, ссорится с родственниками. Кроме того, начинаются серьёзные проблемы со здоровьем, в том числе и психическим - всё это и есть **наркотическая зависимость**, т.е. наркомания.

Несмотря на то, что сегодня точно известно, что происходит с мозгом при наступлении наркотической зависимости, невозможно определить, сколько раз человеку необходимо принять наркотик, чтобы стать зависимым от него. Здесь важную роль играют генетические и социальные факторы. Ведь именно гены делают нас такими, какие мы есть, а социальная составляющая определяет окружение, в котором мы живём. Точно можно сказать одно - все, кто принимает наркотики, сильно рискуют стать зависимыми от них и не хотят задумываться о последствиях наркомании.

Как определить, что человек болен наркоманией?

Чтобы выяснить, есть ли у человека проблемы с зависимостью от наркотиков или алкоголя, можно задать ему некоторые вопросы. Ответы на эти вопросы не помогут выявить наркотическую зависимость со стопроцентной точностью, однако положительный ответ на любой из них может быть сигналом о начале проблем, которые, возможно, потребуют вмешательства профессионального врача-нарколога. Вот список этих вопросов.

- Случалось ли Вам ездить в автомобиле, которым управлял человек, находившийся в состоянии наркотического или алкогольного опьянения (в том числе и Вы сами)?
- Принимаете ли Вы алкоголь или наркотики для того, чтобы снять напряжение, расслабиться, почувствовать себя более комфортно в компании?
- Употребляете ли Вы алкоголь или наркотики в одиночку?
- Случалось ли Вам не помнить, что Вы делали после приёма наркотиков или алкоголя?
- Советовали ли Вам друзья или родственники употреблять меньше алкоголя или наркотиков?
- Случалось ли Вам попадать в неприятности в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

НАРКОЛИКВИДАТОР

Влияние наркотика на мозг

Молекулярно-клеточный уровень. Напомним, что клеточные мембраны представляют серьёзный барьер, который избирательно регулирует проникновение в клетку отдельных ионов, воды и других молекул. Однако этот барьер оказывается легко проницаемым для этанола и некото-

рых наркотиков. Клеточные мембраны нейронов, как уже упоминалось, состоят из двух слоев липидов, заряженные части которых обращены к внешней поверхности мембраны, а длинные незаряженные хвосты жирных кислот ориентированы внутрь мембраны, и белков, которые встроены в липидный матрикс и обеспечивают функциональное назначение мембраны. Многие фармакологические средства, в том числе и вещества, обладающие аддиктивным потенциалом, влияют на мозг, взаимодействуя именно с этими специфическими белками мембран нервных клеток (белки, которые рассматривают как рецепторы, имеют сложную структуру с участками узнавания и связывания нейромедиатора) или влияя на определенные ферменты (вторичные посредники) и ионные каналы (структуры, формирующие функциональные поры в мембране, через которые специфические ионы могут проникать в клетку или выходить из нее). Согласно одной из наиболее известных гипотез, так называемой «мембранной гипотезе», алкоголь и другие наркотические вещества действуют на мембрану нервных клеток дестабилизирующее. Они способны менять физико-химические свойства (так называемую диэлектрическую константу) ее липидных компонентов таким образом, что повышается «жидкость» мембраны. Следствием этого является нарушение одной из облигатных функций клеточной оболочки - барьерной, что неизбежно и негативно отражается на внутриклеточных процессах.

Мембранная гипотеза позволяет объяснить действие высоких доз препаратов, обеспечивающих депрессантные и токсические эффекты. Однако она не может объяснить эффекты малых доз, в частности эйфорию, уменьшение чувства страха, анксиолитическое действие и анальгезию. Существуют данные, что эти эффекты обусловлены непосредственным влиянием на уже упоминавшиеся специфические внутриклеточные сигнальные пути. Психотропные вещества способны влиять на различные элементы этих путей, а следовательно, на клеточный метаболизм, что в конечном итоге меняет функциональное состояние нейрона.

Нейрохимический уровень. Наиболее значимые эффекты алкоголя и других наркотических веществ на мозг реализуются через нейромедиаторные процессы. Именно по этой причине многие исследователи пытаются понять, как наркотики влияют на процессы управления синаптической передачей.

Разнообразие поведенческих эффектов наркотиков, вероятно, отражает варианты их воздействия на многочисленные компоненты нейромедиаторных систем. Наркотические вещества способны изменять функционирование самих медиаторов, ферментов, участвующих в синтезе или разрушении медиаторов, рецепторов медиаторов, или и тех, и других, и третьих одновременно.

ДОФАМИНЕРГИЧЕСКАЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНАЯ СИСТЕМА. Алкоголь и наркотические вещества стимулирующего типа по отношению к дофаминергической системе выступает в роли не прямых агонистов. Острое воздействие этих веществ способствует выбросу из нервных окончаний дофамина. Дофамин, как мы уже успели выяснить, это медиатор, опосредующий эмоциональную окраску и приятные ощущения, связанные с едой, питьем, сексом и другими мощно мотивированными видами поведения. Он играет существенную роль в реализации «наградных» механизмов. Именно дофаминергические свойства стимуляторов, по-видимому, лежат в основе их способности активировать систему положительного подкрепления.

Опиатная система. Взаимодействуя с опиатной системой, наркотики (особенно производные опия) влияют на обмен нейромодуляторов (эндорфины, энкефалины), регулирующих взаимоотношения медиаторов, прямо и косвенно вмешиваясь в функционирование опиатной системы мозга. Такое вмешательство способно существенно повлиять на интрацентральные отношения, определяющие активность системы «награды» и спровоцировать состояние, характеризующееся ощущением глубинного, может быть, никогда ранее не испытанного комфорта. Степень выраженности и глубина этого состояния определяется двумя факторами: величиной аддиктивного потенциала наркотика и исходным состоянием медиаторных систем конкретного человека.

Таким образом, все без исключения наркотические вещества являются синаптическими ядами (т.е. точкой приложения их фармакологического эффекта является зона синапса), а по своей нейрохимической ориентации - непрямыми агонистами катехоламинов (стимулирующее действие, эйфория), ГАМК (транквилизирующее, анксиолитическое и седативное действие), прямыми или опосредованными агонистами опиатных рецепторов (противоболевые эффекты, базисное чувство комфорта, активация «наградных» механизмов). С точки зрения функциональной организации ЦНС даже однократное применение наркотика или опьянение - это существенная перестройка функционирования мозга на рассмотренных уровнях (молекулярно-клеточный, нейрохимический), что не может не отразиться на следующем уровне функционирования.

Нейрофизиологический или поведенческий уровень

Существенно меняется само поведение человека на фоне опьянения во всех его проявлениях. Даже легкая степень любого опьянения всегда меняет поведенческие компоненты, формирующие облик человека. Выражение лица, мимика, вазомоторика, настроение, вегетативные реакции, речь, же-

стикуляция - все становится иным, не характерным для данного человека в его физиологическом состоянии. Степень этих изменений связана с глубиной опьянения и зависит от дозы и индивидуальной устойчивости каждого организма, а конкретные проявления многочисленны и разнообразны.

Например:

- изменение настроения: беспричинная веселость, неадекватная ситуации смешливость или, наоборот, злобность, агрессивность;
- речь: ускорение или замедление темпа, иногда невнятность («каша во рту»), подчеркнутая выразительность, вплоть до вычурности, и др.;
- вегетатика: изменение цвета кожных покровов (тотальная бледность или локальное покраснение отдельных частей тела), блеск или помутнение глаз, необычайно суженные или расширенные зрачки, плохо реагирующие на свет, повышенное слюноотделение или, наоборот, сухость во рту, осиплость голоса и т.п.

В основе перечисленных поведенческих сдвигов лежит глобальная перестройка функциональной активности основных нейромедиаторных систем в результате синаптических эффектов наркотических веществ. Субъективно опьянение обеспечивает выраженную активацию системы «награды», т.е. резкий сдвиг в сторону зоны положительного подкрепления. Степень выраженности этого сдвига определяется, как было сказано выше, с одной стороны, «силой» наркотика, а с другой - индивидуальными особенностями каждого конкретного человека, т.е. тем, что медики называют **предрасположенностью**.

Приобретенная или врожденная предрасположенность к формированию зависимости от психоактивных веществ означает, что употребление даже, так называемых «слабых» наркотиков или алкоголя вызывает у человека чрезвычайно яркие ощущения, существенно сдвигая равновесие в сторону зоны комфорта. Такой человек, исходно дискомфортный, неуверенный в себе, склонный к тревожно-депрессивным реакциям, испытывающий затруднения с коммуникацией, никогда не знавший чувства внутреннего удовлетворения или покоя, встречаясь с наркотическим веществом, может переживать нечто вроде психологического шока, впервые в жизни испытывая ярко окрашенное позитивное чувство. Употребление наркотика, как поведенческий феномен, будет оценено таким человеком на глубинном биологическом уровне как безусловно позитивный поведенческий образец, и отмечено в долговременной памяти соответствующей биркой со знаком «+».

Социально-психологический или личностный уровень

Исходя из собственных мировоззренческих установок, люди по отношению к наркотическим веществам делятся на две большие группы. Представители одной из них говорят наркотику решительное «нет!», а представители другой - не менее решительное «да!» (справедливости ради следует указать на третью расплывчатую группу колеблющихся). Пути формирования этих «да» и «нет» в подростковой душе неисповедимы. Можно только предположить, что они являются конечным (или промежуточным) результатом таинственных процессов, сопровождающих контакт генетически детерминированного индивида с окружающей его с момента рождения микро- и макросоциальной средой. К сожалению, человечество (та самая макро- и микросоциальная среда) в основной своей массе не имеет ни отчетливых экзистенциальных ориентиров, ни твердых нравственных установок.

Гедонистические устремления типичного представителя современной молодежи в любой мировоззренческой упаковке ничего содержательного не могут противопоставить наркотической идее. В самом деле, почему бы в общей погоне за удовольствиями не использовать еще немного кайфа, хотя бы для разнообразия? Эпизодическое употребление наркотических веществ, наполненное ярким и убедительным для индивида биологическим смыслом, либо вообще не находит возражений на личностном уровне, либо эти возражения слабы, неопределенны и легко рушатся под напором «биологической целесообразности». Колебания «умов, ни в чем не твердых», в этих условиях создают предпосылки для формирования разнообразных и очень опасных в перспективе иллюзий. Наиболее типичная из них - это иллюзия собственного всемогущества: «Вот, наконец, я нашел инструмент, с помощью которого могу в любое время по собственному желанию модулировать свое психическое состояние. Это именно то, чего мне так не доставало на протяжении всей предыдущей жизни!»

Таким образом, мы констатируем, что даже однократный прием вещества, обладающего аддитивным потенциалом, приводит к существенным сдвигам на всех уровнях функционирования. Опьянение - это другой, отличный от физиологического метаболизм, сопровождающийся изменением всех облигатных функций нейрона, это другая нейромедиаторика, это другое поведение и другая память, это другие личностные характеристики с иной системой ценностно-смысловых ориентаций, иным темпераментом, иначе организованными межличностными отношениями, иначе функционирующими механизмами психологической защиты. Выраженность этих сдвигов на всех уровнях функционирования, как уже

было сказано, зависит, с одной стороны, от дозы, а с другой - от исходной устойчивости организма.

Однако, как бы значительно ни отличалось состояние В от состояния А, оно конечно, и заканчивается восстановлением всех характеристик после полной элиминации наркотика и его метаболитов. С физиологической точки зрения состояние С (состояние после опьянения) идентично состоянию А, т.е. $C=A$. Возникает вопрос, а полная ли это идентичность? Ответ очевиден: нет, неполная. Человек после опьянения фатально отличается от человека до опьянения памятью о пережитом событии. В рамках предложенной схемы это будет выглядеть следующим образом:

Указанные сдвиги характеризуют то, что врачи называют психологической зависимостью, подчеркивая отсутствие патологического начала на этом этапе. Психологическая зависимость, как память о приятных ощущениях, испытанных во время опьянения, не является болезнью. Сила ее и готовность к воспроизведению следа памяти напрямую связана с яркостью впечатлений, полученных человеком на фоне опьянения. Чтобы состоялась зависимость как явление патологическое, болезненное, необходимо одно неперемutable условие - система употребления наркотика. Вне такой системы не может состояться зависимость. Возникает вопрос, существуют ли в природе силы или обстоятельства, способные заставить человека перейти от эпизодического употребления наркотических веществ к системе? Вопрос этот, а вернее ответ на него важен, поскольку именно он определяет основные направления первичной профилактики наркозависимости.

Патология функций мозга при наркотизации

Итак, мы констатируем достаточное количество потенциально значимых факторов, способных влиять на переход от эпизодического к систематическому употреблению наркотических веществ. Комбинация из трех и более перечисленных факторов почти неизбежно приведет к такому переходу. Что означает **система употребления наркотика** для организма? Она означает **навязанное** организму, **вынужденное** существование в условиях, принципиально отличных от физиологических, условиях постоянного присутствия активного **действующего начала** в его внутренней среде. Это необычное, вынужденное, навязанное ему состояние требует от организма ответа в альтернативной форме: либо приспособляйся, поддерживая гомеостаз как основу сохранения жизни, либо нарушай второй закон термодинамики и разрушайся.

Организм, стремясь к выживанию, в полном соответствии с законами биологического детерминизма выбирает жизнь и **адаптируется** к предложенным ему условиям. Адаптация никогда не бывает бесплатным про-

цессом. И в данном случае выживание достается довольно дорогой ценой. В качестве разменной монеты выступают устойчивые, а зачастую и **необратимые патологические черты** на всех уровнях функционирования, которые мы обсуждаем.

Уважаемые господа!

*Приносим извинения за множество специфических медицинских терминов, оставленных нами для сохранения общего смысла статьи о многообразии изменений в ЦНС на молекулярно-клеточном уровне в результате употребления наркотиков. То есть **необратимо!***

Каково влияние наркотиков на психику человека?

Ничто в человеке не остается прежним из-за употребления наркотиков, в том числе личность, характер, поведение и психика человека в целом. Как мы определяем, здоров ли человек душевно или нет, способен ли он добиваться успеха и быть счастливым? У человека, чья психика не разрушена наркотиками, и который способен успешно действовать и быть счастливым, высокие моральные принципы, идеалы, стремления и мечты. Такой человек ведет честную жизнь, действуя не только в своих интересах, но и в интересах других людей. Такой человек способен помогать и поддерживать свою семью, друзей, близких людей и даже незнакомых. Такой человек приносит и себе и окружающим больше пользы, чем вреда. Он правдив, хорошо относится к другим людям и животным, поддерживает чистоту и порядок дома и на рабочем месте, способен проявлять настойчивость, способен достигать понимания с другими людьми, он искренен и т.д. Всё это свидетельствует о здоровой психике, о душевном здоровье. Да, в жизни всё бывает и бывает так, что человек на какое-то время становится как будто сумасшедшим, но такие единичные случаи - менее важный показатель. Что происходит, когда человек начинает употреблять наркотики?

Влияние наркотиков на психику человека таково - человек постепенно становится сконцентрированным на самом себе. Он перестает замечать, что происходит вокруг. Он становится неискренним, нечестным, способным обмануть и причинить боль даже тем, кого он любил. Он перестает испытывать положительные эмоции без наркотиков, а потом и принимая наркотики. Он неспособен сконцентрироваться на чем-либо, а то, что он делает, приносит, как правило, только вред. Кроме того, память человека превращается в шкаф, в котором все вещи перемешались и чтобы найти что-то, нужно долго искать (нарко-

маны обычно долго соображают). Разум человека, похожий на совершенный компьютер, который призван решать жизненные задачи, под влиянием наркотиков превращается в старую, наполненную вирусами машину, которая тормозит и выдает ответы разве что с ошибками, если вообще их выдает. Способен ли такой человек, находящийся под разрушительным влиянием наркотиков на его здоровье и психику, вести счастливую жизнь, создавать семью и растить детей, быть руководителем и даже заурядным сотрудником?

*Ознакомившись с содержанием предыдущих разделов, начальник охраны образовательных организаций получает в свое распоряжение примитивный, но надежный механизм профилактики чрезвычайных ситуаций с **участием охранника** на своих объектах.*



РАЗДЕЛ V

Роль положительных эмоций в формировании мотивации исполнителей охранных услуг. Возможные мотивации в современной охранной деятельности

О мотивации и духовной пище

О пище духовной и хлебе насущном в дохристианскую эру говорил Сократ (его слова донес до нас Диоген Лаэртский): «Иные люди живут, чтобы есть, а я ем, чтобы жить». Нынешняя пропорция представляется в подавляющем преимуществе «иных людей». В 1943 году прошлого века в США психолог А.Х. Маслоу нарисовал две пирамиды, содержание которых, как он утверждал, касается всех.

Да простят меня взыскательные коллеги и С.В.Тернова, я использую чужой метод - метод Маслоу, но сначала кратко напомню вам его суть, переписав несколько фраз из учебников по психологии.

Согласно А.Маслоу, человеческие потребности имеют уровни от более простых к более высоким, и стремление к более высоким потребностям, как правило, возможно и возникает только после удовлетворения потребностей более низкого порядка, к примеру, в еде и безопасности. Здесь учение Маслоу входит в противоречие с учением Иисуса Христа и со словами Моисея (Второзаконье). Мы подробно разберем их суть в дальнейшем.

В своей работе «Мотивация и личность» (1954) Маслоу предположил, что все потребности человека врожденные, и что они организованы в иерархическую систему приоритета или доминирования, состоящую из пяти уровней. Пирамида следующая:

1. Физиологические потребности (пища, вода, сон и т.п.).



2. Потребность в безопасности (стабильность, порядок, зависимость, защита, свобода от страха, тревоги и хаоса).

3. Потребность в любви и принадлежности (семья, дружба, свой круг, референтная группа).

4. Потребность в уважении и признании (уважаю себя я, уважают меня другие, я известен и нужен. 1: я достигаю, 2: престиж и репутация, статус, слава).

5. Потребность в самоактуализации (развитие способностей. Человек должен заниматься тем, к чему у него есть склонности и способности).



В других работах А.Маслоу описывал эту пирамиду потребностей как состоящую из 7 уровней.

Позже, А.Маслоу иногда добавлял еще два уровня: уровень познавательных способностей и уровень эстетических потребностей.

По мнению Маслоу, потребности одного типа должны быть удовлетворены полностью прежде,

чем другая потребность, более высокого уровня, проявится и станет действующей. Другая закономерность, замеченная Маслоу, состоит в том, что когда удовлетворяются потребности более простые, человек начинает тянуться к потребности более высокого порядка. При этом сам же Маслоу отмечал, что из этого правила нередко случаются исключения: у некоторых людей потребность в самоактуализации может оказаться важнее, чем потребность в любви, также **как некоторые люди остаются на уровне низших потребностей, не испытывая интереса к потребностям более высоким, даже когда низшие потребности вроде бы удовлетворены.** По мнению Маслоу, все такие нарушения нормального развития человека происходят в результате прогрессирующего невроза либо в ситуации сильно неблагоприятных внешних обстоятельств.

В охране образовательных организаций столицы мы сталкиваемся с большой социальной группой, которую Маслоу занес в исключения, встречающиеся «под влиянием сильно неблагоприятных внешних обстоятельств». Парадокс в том, что исключением стала социальная группа, а не единичные представители социального слоя.

Используя метод Маслоу, можно построить пирамиды мотивации для основных групп персонала частных охранных организаций, занятых в охране объектов - образовательных организаций. Основные группы - те, от которых напрямую зависит производственный процесс. Охранники и начальники охраны группы объектов. Опрос и длительное наблюдение за охранниками стационарных постов в образовательных организациях показали, что мотивация высокой заработной платы для охранников находится в группе так называемых (по Маслоу) «нужд» на одинаковом уровне с потребностями, выражающими условия, при которых труд охранника может быть продан частной охранной организации. При этом, учитывая, что «старших» охраны на объектах образования не бывает, можно констатировать, что мотивация карьерного роста у охранников практически не встречается (за много лет - всего несколько примеров). Сегодня среди охранников стационарных постов образовательных организаций в столице в силу сложившихся экономических обстоятельств встречается *бездуховность* и мотивируется нуждами нижнего порядка - «от живота». По Сократу: живут, чтобы есть. Без какого-либо позыва на актуализацию личности.

В отношении начальников охраны группы объектов картинка несколько иная: преобладает резко обозначенная материальная заинтересованность, необходимость на фоне информационного стресса, непрекращающегося кризиса неукладываемости выполнять предъявляемые требования так, как этого требует контракт, стандарты, законодательство. При этом подавляющее большинство начальников охраны, в отличие от постовых охранников, имеют определенные материальные цели: закрепиться в Москве, накопить денег на квартиру или построить дом в Подмосковье, дать детям достойное образование за плату, регулярно ездить отдыхать «за кордон» и т.д.

Потребности этой социальной группы и ее мотивация носят более сложный характер. Мотивация в механизме возрастания квалификационного уровня начальника охраны выступает как активный стимулятор процесса развития, перестройки личности. Одновременно в процессе формирования личности действует и другой процесс - изменение мотивации под влиянием изменения условий или сферы деятельности. При одновременном психологическом воздействии на сознание возможно параллельное «дотраивание» мотивации в сторону идеологизации процесса труда. И через начальников охраны - на охранников,

с одновременным ростом положительного эмоционального фона (см. следующий материал).

Побуждения к действию определенным мотивом обозначаются как мотивация. Мотивация объясняет целенаправленность трудовых усилий. Мотивация складывается из разнородных процессов, осуществляющих функцию саморегуляции деятельности центральной нервной системы по отношению к действию, к деятельности, к трудовой деятельности. Потребности, расположенные (в пирамидах) над уровнем «удовлетворенных» определяют активную полезную деятельность.

Проблема изменения мотивации в услугах напрямую увязывается с экономическим обоснованием привлекательности профессии для тех или иных групп и не может быть решена только хорошим отношением, положительными эмоциями и отеческой заботой о подчиненных. Работать приходится с той социальной группой, которую удовлетворяют указанные рынком экономические условия. Или (редко) для которой экономические условия не являются первостепенными (что мы и наблюдаем на социальных объектах с вахтой). Преобладающая скудость мотивации у «отстающих» социальных групп, близких к люмпен-пролетариату, неразвитость потребностей, удовлетворяемых посредством трудовой деятельности, делают охранника трудно управляемым, практически не поддающимся всем видам материального и морального стимулирования. Поколения советских и российских граждан привыкли материальные блага *не зарабатывать, а получать из рук руководителя или государства*. Находиться на иждивении, прикрытом формальными трудовыми отношениями.

Иждивенческий подход к труду породил и изменения в психологическом восприятии трудовой деятельности: нежелание повышать квалификацию, учиться, получать новые знания, осваивать дополнительную параллельную профессию. Выводы относятся и к постовым охранникам, и к вышестоящим специалистам среднего звена. Вот и получается, что при предполагаемых экономических условиях оплаты услуг, при лишь частичном возмещении затрат частных охранных организаций на качество услуг, ряды персонала будут пополняться все большим числом работников с обедненной мотивацией, не способных «угнаться» за новыми технологиями охраны, с низким устойчивым уровнем профессионализма, не способных к саморазвитию в труде, предпочитающих «откупиться», а не переобучаться. Как побочное явление мы получаем рост «внутренней коррупции», в которой участвуют НОУ.

Только менее 10% руководителей частных охранных организаций формируют общую стратегию работы с персоналом в привлечении работников к управлению, в создании условий для обучения, повышения квалификации и саморазвития, в издании малых СМИ с информирова-

нием персонала о состоянии дел на предприятии и (даже!) с участием в прибыли наиболее одаренных отличившихся специалистов. Все перечисленные формы мотивации (а это именно они) используются в группе «СТАРК-Безопасность» уже много лет. И результат нарастает закономерно. Подобных «Старку» оазисов в частной охране пока немного. И все они обязаны своим существованием наличию неординарных лидеров. Профессоров частной охраны.

подавляющее большинство руководителей области профессиональной деятельности «частная охрана» предпочитают методы силового давления, необоснованные штрафы, бесправное положение персонала, засилье узких групп приближенных, объясняя такой подход заботой о состоянии дисциплины. Успех придет к тому, кто развивает у подчиненных вторичные потребности, потребности психологические, духовные (не хлебом единым!). Такие, как чувство коллективизма, уважение, привязанность и принадлежность к организации, карьерный рост (в определенных пределах), в межличностном общении с коллегами. Поскольку каждый человек - индивидуальность, то и диапазон вторичных потребностей очень широк. Потребность психологическая вызывает побуждение, ощущение недостатка в чем-либо, имеющее определенную направленность и цель. При достижении цели наступает удовлетворение духовной потребности. Человек раскрывается для общественно-полезной деятельности, поднимаясь над нуждами и эгоизмом.

На основании опыта руководства частным охранным бизнесом автор предлагает набор материальных и нематериальных стимулирующих приемов и способов удовлетворения вторичных потребностей в следующем разделе.

Лежащее наверху пирамиды Маслоу - удовлетворение потребности в самоактуализации достигают, по мнению самого А.Маслоу, лишь 2% респондентов. Сам же Маслоу считал, что человек живет хлебом единым, когда хлеба нет. Когда удовлетворены нижние уровни потребностей человека, он приходит к высшим, к свободному развитию своих способностей на благо общества. Мы исследуем не всё охранное сообщество, а лишь группу, занятую на социальных объектах Москвы.

Это одна из немногих чужих теорий, которые в исследовании психологии охранника, в психологической подготовке охраны нужно обязательно учитывать. Даже не теория, а методика.

Исследования Маслоу очень важны в оценке готовности персонала хотя бы повышать квалификацию. Но для нас, для жителей России, для работающих в частной охране ради достижения общественного блага, значения уровней пирамиды Маслоу меняются. Наш соотечественник К.Симонов писал: «Когда человек думает только о себе, о собственном благе, о собственном кармане, о собственных удобствах, о собственном

спокойствию, он может говорить об этом любыми самыми красивыми словами, но истинной поэзии в этих заботах о самом себе нет места. Истинная поэзия появляется в мыслях, в словах и делах человеческих тогда, когда человек принимает в свою душу и берет на свои плечи заботу о других людях, об их счастье и об их благополучии».

Обе тенденции объединил в единую стройную систему великий исследователь «жизни человеческого духа» Л.Н.Толстой. Самый лучший человек тот, считал Толстой, «кто живет преимущественно своими мыслями и чужими чувствами, самый худший сорт человека - который живет чужими мыслями и своими чувствами. Из различных сочетаний этих четырех основ, мотивов деятельности - все различие людей». Если перевести эту классификацию на язык потребностей, то лучшим окажется человек с преобладанием тенденции «для других» в сфере социальных потребностей в сочетании с потребностью познания, свободной от побочных влияний. Самый худший - эгоистически ориентирован на себя, а свои суждения подчиняет не объективной истине, но заимствованным и выгодным для него взглядам.

Для духовной деятельности человека характерно ее **бескорыстие**, причем бескорыстие двоякого рода. Деятельность «для других» осуществляется без расчета на немедленное социальное вознаграждение, а познание не преследует конкретных прагматических целей. Разумеется, это бескорыстие субъективно. Мы прекрасно понимаем, что без объединения усилий, без сотрудничества и взаимопомощи существование общества невозможно. Точно так же результаты познания окружающего мира обеспечивают совершенствование технологии, средств и способов производства материальных благ, необходимых для удовлетворения витальных и социальных потребностей. Но **объективная полезность** духовной деятельности человека диалектически сочетается с ее **субъективным бескорыстием**. Именно это «освобождение» познавательной и социально-альтруистической деятельности от сиюминутной конкретизации ее целей, от вопроса «зачем?» создает возможность **развития** цивилизации, открытия новых явлений (которые позднее будут поставлены на службу практике), формулировки новых форм общественной жизни, соответствующих изменившимся условиям существования».

Исследования Э.А.Уткина и А.И.Кочеткова 1996 года, характерные для России, - не менее 80% работников имеют деградированное трудовое сознание, из которого вытеснено все, что относится к общественно-полезному смыслу трудовой деятельности, к развитию профессиональных качеств. Суть трудовой мотивации у большинства работников сводится к желанию иметь гарантированную плату при низкой интенсивности и низком качестве труда.



Ступенчатая пирамида потребностей, удовлетворение которых необходимо охранникам стационарных постов в образовательных организациях, как обязательное условие трудовой деятельности

ка труда на приобретение документа, в том числе заведомо фальшивого документа, а не знаний. Отчего в НОУ исполнение программы обучения в соответствии с учебным планом стало географической редкостью?

Охранная актуализация пирамиды Маслоу

Коллективы частных охранных организаций по возможности межличностного общения можно условно разделить на две неравные ча-

Преобладающая скудость мотивации и неразвитость потребностей, удовлетворяемых посредством трудовой деятельности, делает работника трудно управляемым, практически неподвластным стимулированию. К этому стоит прибавить патерналистское сознание - все блага от премии до квартиры работнику «должны» предоставлять работодатели за сам факт нахождения в штатном расписании, без оценки трудового участия. Расстановка приоритетов в мотивации рядовых охранников в какой-то степени соответствует исследованиям 1996 года. Нет или почти нет заинтересованности в повышении квалификации. Отчего так возрос спрос рын-

сти. Коллектив руководителей, характеризующийся высокой степенью активности общения и сплоченности и потому управляемый и гибкий. И собственно, главные исполнители услуги, охранники стационарных постов. Исполнители дежурят на разных объектах, покидать которые запрещено. «Оставление территории поста» - грубое нарушение условий Государственного контракта. Годами охранники вращаются в несовпадающих по времени сменах - вахтах. Поскольку на социальных объектах устоялся принцип «одна вахта в месяц», краткосрочное общение на бегу происходит лишь при пересменках - два раза в месяц. По сравнению с другими объектами, где имеется и по два и по двадцать постов, охранники образовательных организаций пребывают в крайней степени разобщенности, поскольку все посты в школах и детских садах **одинарные**. Дефицит межличностных отношений частично восполняется по телефону в вечерние и ночные часы. Иногда нуждающиеся в общении «бегают» друг к другу с объекта на объект «через два дома»... и попадают при проверках. Эпицентрами группового межличностного общения стали электропоезда - экспрессы и поезда дальнего следования. Некоторые из них битком набиты едущей на смену или со смены вахтой. В застойных регионах, где нет работы, немало деревень полностью существующих уже во втором поколении за счет охраны мегаполисов. Если мегаполис находится не так далеко (200-400 км), охранники договариваются приезжать на вахту вчетвером-впятером в автомобиле (еще живы «копейки»). Скидываются на бензин. В каждой такой деревне работает беспроводный охранный телеграф, проводятся неформальные профсоюзные собрания.

Охранники внимательно следят за обидами, чинимыми в тех или иных ЧОПах. Общаются в социальных сетях, давая оценку охранным организациям, где «кинули». Возможно, свои дописки вносят и конкуренты (поди проверь!). Особенно внимательно охранники ведут наблюдение за уровнем зарплаты в смену (в сутки). Журналистам, экономистам и прочим сторонним активистам, берущимся рассуждать о быте, наклонностях и зарплате секьюрити хорошо бы усвоить истину об отсутствии у охранников столичного стационарного поста понимания о средней зарплате. Для охранника и для руководителей ЧОПов средняя зарплата по факту категория отвлеченная. А для статистики - скорее дезориентирующая, т.к. дается без учета часов отработанного времени. Поскольку 75,6% охранников в Московском мегаполисе жители других регионов, суточных смен в месяц (и зарплаты, соответственно) каждый из них набирает столько, сколько может... «отстоять».

Случается и так - охранник пожил две недели на вахте - перебрался на другой объект. Там пожил - перебрался на третий. Каждый руководитель ЧОПа знает немало примеров непрерывного проживания

охранников на вахте долгие годы (читайте «Гардинфо» и сайт СРО «Школа без опасности» - блог Степанова Н.А. - материал «Домики для бедных поросят»). И руководители охранных организаций, и чиновники, и полицейские понимают, что причиной сложившегося положения являются экономические условия, определяемые двумя институтами: рынком труда и государством. Поскольку изменить положение возможно только увеличив оплату охранных услуг в 4 раза. Охранники наше положение тоже понимают. Московские вахтовые деньги намного превышают возможный заработок в отдаленных регионах. Поэтому уровнем оплаты недовольны, только когда какой-то ЧОП прибавил «в смену» 50 рублей. А свой - не прибавил. Тогда закипает возмущение, проявляется недовольство. Что может закончиться переходом в другой, «хороший» ЧОП. Поскольку беспроволочный телеграф бесперебойно доносит до каждого охранника информацию о столь значительных в отрасли переменах.

Камертоном междуобъектовых («межличностных») настроений, дирижером позитивных событий, доносителем нужной информации о напряженности ситуации до руководителей и учредителей ЧОО является ключевая фигура управления социально-психологическими и профессиональными процессами в частной охране - начальник охраны группы объектов. Он и мобильный компьютер, и беспроцентный заемщик и духовный отец-утешитель (никак не иначе) своим охранникам одинарных постов. Он же надежный подменщик, когда охраннику понадобится бежать за билетом на поезд или отлучаться с поста по какой другой причине (ПП-например). Иной раз возникает острая нужда отлучиться на 3-4 часа, естественно, с докладом оперативному дежурному и пользователю услугой. От качества психологического контакта в спарке охранник - начальник охраны группы объектов зависит большая часть успеха в работе с качеством услуги на одинарных постах.

Расставляя приоритеты в мотивации для охранника образовательных организаций, отметим, что высокая заработная плата, как и повышение заработной платы здесь очень важные, но не самые главные стимулы. А.Маслоу писал: «Хлебом единым жив человек, пока его нет». Безусловно, охранник едет в столицу за тысячу километров из Волгоградской области, из Пензы, Иванова, из Заволжья - **за хлебом!** Но попробуйте предложить сызранскому трактористу работать «два через два» или «сутки через сутки» с проживанием в общежитии. Он развернется и пойдет искать по газете «Из рук в руки» другой ЧОП. Понимая (в отличие от журналистов), что значит в объявлении «месячная зарплата 45 000».

Получается, в формировании мотивации «вахтового» люмпена - «околопролетария» наряду с хлебом насущным не меньшее значение

имеют график, режим, условия труда (можно ли спать, где и сколько дают спать). Отметим также, что вахтовый охранник будет кипеть и кричать, когда ему не прибавили 50 рублей. Но не пойдет на зарплату в два раза выше, где втрое выше интенсивность труда, где перерывы для отдыха и приема пищи предоставляются строго по кодексу: от 30 минут до 2-х часов в сутки (и иного вы в ТК не ищите - не найдете!). И эту убогую мотивацию тоже можно использовать, хорошо изучив все ее особенности, если отнестись с пониманием и терпимостью к нуждам, составляющим для частного охранника основу и заполняющим большую часть пирамиды Маслоу, применительно к охранникам образовательных организаций в городе Москве.

Итак, в перечне потребностей, в системе мотивации охранников образовательных организаций главными и решающими потребностями остаются **нужды**. Среди них, наряду с «хлебом насущным» - зарплатой, что «не ниже, чем у других», находящихся в аналогичных условиях, попадают в потребности: работа с невысокой интенсивностью, позволяющая без убийственного стресса, вызванного психологическими нагрузками, «отстоять» вахту в 15 суток (что и называется «удобный режим»), возможность спать по 5-6 часов ночью без штрафов за попрание принципа непрерывности услуги, оборудованное удобное место отдыха (спальное помещение, каморка в подвале для проживания). Где-то рядом в пирамиде размещается расположение объекта не вдалеке от оптимальной траектории челночных поездок: дом - объект - дом. И лишь наряду со всеми не понятными извне условиями существует потребность в зарплате «в смену» такой же, как у всех остальных в регионе с такими же условиями труда, с минимальным количеством штрафов и с отсутствием цели специально доискиваться нарушений со стороны тех, кто все про все знает: своих, чоповских начальников.

В числе мотивационных потребностей не на последнем месте располагается взаимопонимание внутри треугольника: начальник охраны - охранник - получатель услуги (зам по ГО и ЧС, директор). Такие мотивирующие приманки как «карьерный рост» встречаются в охране объектов образования крайне редко. Так как вахтовый охранник не в силах поменять режим и не может (почти никогда) поменять место жительства. Лучшие начальники охраны вырастают из иногородних, добившихся изменения места жительства. Что является редчайшим исключением. Один «вышедший в начальники» на сотни тех, кто об этом не думает, до последнего дыхания надеясь, что в его родном регионе все наладится, как было 30 лет назад. Но пока не налаживается.

Нам необходимо понять, что сегодня рынок и прежде всего рынок труда, поставил нас в условия, которые мы не можем изменить. Мы обязаны понять мотивацию и её происхождение и проникнуться уваже-

нием к нашему кормильцу, принять его таким, каков он есть, помогать ему всячески, учить на рабочем месте (по другому ничего не выйдет) и приучать (и тут по другому не получится), уживаясь с ним, управлять процессом оказания услуги максимально эффективно, комплексно используя все самые современные технологии: кнопки, ТСО, резерв, мобильные группы, удаленный контроль, уборщиц, которые обо всем докладывают, если найти к ним подход, и многое другое, что накопила частная охрана, начиная с 1989 года.

VOX POPULI IN SHOOL NON EST VOX DEI

Логично утверждать, что в частной охране и в государственной правоохранительной системе удовлетворение потребностей низшего уровня позволяет в сознании каждого представителя профессии сосредоточить духовные силы на удовлетворении потребности в самоуважении. Человеку недостаточно быть сытым, одетым, защищенным от внешних угроз и одиночества. Ему необходимо чувствовать себя достойным, значимым, пребывать во внутреннем убеждении, что он чьего-то достоин уважения. Для представителя нашей профессии именно в **служении** людям, обществу в целом, заключается глубинный смысл самого существования и смысл выражения Иисуса Христа: «Не хлебом единым жив человек, но словом, сказанным из уст Божьих». При этом «глас народа - есть глас Божий» (*Vox populi vox Dei* - «голос народа - голос Бога», латинская поговорка). В отношении профессии правоохранителей общественная оценка приобретает не меньшее, а скорее решающее значение, нежели самооценка, и лежит в основе самоуважения (мнение автора здесь расходится с теорией А.Маслоу).

Что же касается людей иных профессий и в особенности молодых людей без профессии, в нашей теме - школьников 15- и 17-летнего возраста, необходимо учитывать, что отношение окружения к личности определяют личные особенности этих «других людей», принятые между ними, внутри широкой или узкой социальной группы стереотипов. На стереотипах, сложившихся в недоразвившемся сознании молодых людей, школьников построены оценка и отношение к своим сверстникам в средней общеобразовательной организации. Которое порой, как несовместимая с жизнью психологическая катастрофа, воспринимается подростками «не такими, как все». На неправильном, гипертрофированном восприятии оценки группы сверстников с недоразвившимся миропониманием, ценностей построены все факты и школьной травли детей и подростков, и в ее повторяющихся во всех странах мира тяжелых последствиях. Поэтому, весьма опасно строить свое самоуважение преимущественно на оценке других людей. В основе работы всех школьных

психологов должно лежать умение убедить подростков «не таких, как все», что здоровое отношение к себе должно прежде всего основываться на собственном восприятии и знании себя, а не только на мнении окружающих. *Respice quod non es* (отбрось то, что не есть ты). Навыки психологического убеждения в работе с **детьми**, как и в работе с персоналом частной охранной организации в школе, также важны, как медицинское оказание первой помощи при несчастных случаях. Выражение экстренная психологическая помощь для школы весьма уместно. Да и не только для школы. С годами же потребность в самоуважении хотя и не исчезает, но перестает быть в сознании уже доразвившейся личности доминирующей. Когда статус и знание собственных возможностей подтверждены, открывается путь к самоактуализации. Предполагается, что все потребности нижних уровней являются врожденными и общими для всех и каждого. В то время как верхняя часть пирамиды - потребности в актуализации - строго индивидуальны и отмечают индивидов по их мотивации.

По самым разным причинам множество homo sapiens не осознают на протяжении всей жизни потребности в самоактуализации, считая увлечение удовлетворением потребностей на нижних уровнях главным смыслом жизни. Пренебрежение вершиной потребностей (в пирамиде) вызывает неосознанный дискомфорт, причина его человеку не ясна. Сколько бы очевидных своих потребностей человек не ощущал, чего-то ему все равно не хватает для достижения духовной гармонии. От себя лично могу лишь напомнить вам, господа, внутренний монолог Печорина из «Княжны Мэри»: «Пробегаю в памяти все мое прошедшее и спрашиваю себя невольно: зачем я жил? Для какой цели я родился?...А, верно, она существовала, и верно было мне назначение высокое, потому что я чувствую в душе моей силы необъятные... Но я не угадал этого назначения, я увлекся приманками страстей пустых и неблагодарных; из горнила их я вышел тверд и холоден, как железо, но утратил навеки пыл благородных стремлений - лучший свет жизни».

Каково, господа? Как сказано Лермонтовым прямо по нашей теме?

Вывод: чем выше человек поднимается в иерархии своих потребностей, чем в более высоких потребностях отдает себе отчет и стремится их удовлетворить, тем ярче проявляются его индивидуальность, истинно человеческие качества и **тем прочнее его душевное здоровье!** (Так у Маслоу, пирамида которого до сей поры (с 1955 года) предпочитается как основа мотивации в поведенческой психологии в мире рыночных отношений).

Имеются тысячи примеров нарушений описанной Маслоу последовательности в удовлетворении потребностей, когда подтверждается коренной смысл Святого писания, заложенный в словах «Не хлебом

единым жив человек»... Если бы высшие духовные потребности испытывали только сытые, физически здоровые, находящиеся в полной безопасности люди, само понятие человечности утратило бы смысл. Сам Маслоу, создатель пирамиды, отмечал, что всегда существуют на свете люди, чьи идеалы настолько сильны, что они готовы скорее переносить голод, жажду и другие лишения, вплоть до полного самопожертвования, ради сохранения этих идеалов. Маслоу полагал, что в силу определенных особенностей биографии, человек может сформировать и собственную, индивидуально подобранную «пирамиду потребностей». В которой, например, стремление к самоуважению окажется сильнее, нежели потребность в любви и признании со стороны других.

Несколько слов о «химическом» механизме происхождения удовольствия в современной психологии (информация для любознательных)

Гормоны удовольствия

Серотонин, дофамин, эндорфины - эти вещества часто называют гормонами удовольствия. Как же они работают?

В удовольствиях себе никто не откажет. Поэтому люди и стремятся поднять себе уровень дофамина в мозгу. Однако здесь не все так просто.

Самой простой кажется идея принимать дофамин как лекарство. Но он не только нейромедиатор, отвечающий за передачу нервных импульсов, но и нормальный гормон, влияющий на работу сердца. А пить сердечные средства просто для удовольствия крайне опасно.

Зато распространены вещества, вызывающие выработку дофамина в нейронах мезолимбического пути. Это **алкоголь** и **никотин**. Кроме того, другие компоненты табачного дыма, а также некоторые наркотики (например, **кокаин**) блокируют разрушение дофамина после оказания им ожидаемого эффекта - и уровень удовольствия в мозгу возрастает.

Однако алкоголь, никотин и другие наркотики потому так и называются, что вызывают зависимость, не считая других серьезных последствий для здоровья. Так что полученное удовольствие покупается слишком дорогой ценой.

Кроме того, отказ от стимуляторов при уже сформировавшейся зависимости приводит к так называемой ломке, поэтому лучше вообще не начинать.

Что же тогда остается? То, что приносит радость. К примеру, сильный выброс дофамина вызывает секс с любимым человеком. Примерно такой же по силе эффект производят музыка и любые другие радующие

занятия. Кстати, даже мысли о предстоящем приятном деле вызывают выброс дофамина. Однако на одинарном посту не рекомендуется слушать музыку, стимулируя выброс дофамина. Можно не услышать звон бьющегося оконного стекла или треск ломающихся дверей.

Фенилэтиламин. Гормон влюбленности

Что может быть прекраснее этого нежного чувства, когда учащается сердцебиение, бурлит кровь, пропадает аппетит, и мы не можем думать ни о чем другом, кроме как о любимом человеке? А благодарить нужно именно это вещество, ведь именно фенилэтиламин вызывает у нас эйфорию при виде объекта влюбленности и стремление быть с ним, когда он не рядом. Такое явление, как любовь с первого взгляда, оказывается, вовсе не выдумка средневековых поэтов. Здесь тоже следует благодарить фенилэтиламин. Дело в том, что когда мы встречаем кого-то, кто нам нравится, наш мозг начинает активно вырабатывать это вещество. Вот и получается, что мы способны оценить потенциального партнера по его внешним признакам с первого взгляда.

Если сейчас вы не влюблены, но вам очень не хватает этого чувства, и вы желаете испытать душевный подъем, в этом поможет черный шоколад, который помогает выработке фенилэтиламина.

Дофамин. Гормон удовольствия

Этот гормон не только формирует у человека чувство удовольствия, но и призывает постоянно повторять это ощущение. Кроме того его еще называют гормоном концентрации на достижение цели. Дофамин начинает вырабатываться в организме в момент начала влюбленности, помогает определиться с целью - стоит ли добиваться понравившегося человека - и подталкивает к решительным действиям. Дофамин также способствует нашему стремлению к единению с любимым человеком, а порой и желанию полностью им обладать.

Кроме того, дофамин выделяется и в процессе предвкушения удовольствия. Не зря ведь говорят, что радуется не сам праздник, а его ожидание. Именно потому мы так любим мечтать о человеке, к которому испытываем нежные чувства, потому у нас дрожат коленки перед свиданием - благодаря дофамину наш мозг готовится к счастью. Способствует выработке дофамина и, как следствие, получению удовольствия и наслаждения секс с любимым человеком. Кроме того, есть еще ряд вещей, которые помогут нам получить удовольствие благодаря повышению уровня этого гормона. Например, вкусная еда. Чувство насыщения тоже способствует выработке дофамина. Любимое женское занятие - шопинг, и это неспроста, ведь покупка каких-либо приятных вещей

тоже доставляет нам огромное удовольствие. Теперь-то мы знаем, откуда берутся шопоголики! Это люди, находящиеся в постоянной погоне за удовольствием. Но наслаждение может доставить и предвкушение покупки, потому иногда достаточно просто прогуляться по магазинам и помечтать о новой вещичке.

Гормон дофамин относится к группе так называемых гормонов радости, удовольствия, веселья и эйфории. Кроме того, именно гормон дофамин толкает нас на подвиги, безумства, открытия и свершения. Когда мы испытываем недостаток дофамина в организме - мы становимся унылыми ипохондриками, тогда как высокий уровень этого гормона превращает нас в донкихотов и оптимистов.

Гормон дофамин: его назначение и принцип работы

Статусом «гормона радости и удовольствия» дофамин обязан своему основному назначению и качеству: он формирует у человека чувство наслаждения и тягу к повторному получению того же самого наслаждения (будь то секс, какая-либо еда, алкоголь или наркотики, курение и т.д.).

Собственно, именно благодаря выработке гормона дофамина и происходит процесс «подсаживания», то бишь привыкания, к определенной еде или алкоголю, к курению. И тяга к сексу тоже отчасти обусловлена действием дофамина (если, конечно, в пубертатный период психика человека сумела проассоциировать секс с приятными ощущениями). Некоторые ученые, изучающие действие гормона дофамина в разных условиях, утверждают, что выработка гормона связана не с самим актом получения удовлетворения, она начинается чуть раньше - в момент предвкушения. По некоторым своим признакам прилив дофамина похож на действие гормона адреналина: учащенное дыхание, повышенный сердечный ритм, прилив крови к коже и мышцам.

Помимо моментов, в которые мы предвкушаем или реально получаем удовольствие, действие дофамина распространяется и на обратные ситуации: чтобы мы не умерли от страха, шока или боли, в стрессовых ситуациях (например, ожог, ранения и травмы, сильнейший страх) происходит резкий выброс гормона дофамина, который помогает человеку адаптироваться к нечеловеческим условиям.

Наконец, гормон дофамин принимает участие в таких важных процессах, как запоминание, мышление, регуляции циклов сна и бодрствования. Нехватка по каким-либо причинам гормона дофамина приводит к депрессии, повышает риск развития шизофрении и болезни Паркинсона, а также повышает вероятность возникновения ожирения, хронической усталости, диабета и резко снижает сексуальное влечение.

Человеческий организм вырабатывает много веществ, вызывающих приятные ощущения, удовольствие, хорошее настроение, эйфорию. Все эти вещества биохимики называют нейромедиаторами, потому что они отвечают за передачу нервных импульсов.

Однако в просторечии многие почему-то называют дофамин, серотонин и эндорфины гормонами удовольствия.

Возникает вопрос - как человеку получить побольше этих самых гормонов и не навредить здоровью?

Серотонин. Гормон настроения

Главная функция этого гормона в организме - создание хорошего настроения. Недостаток данного вещества в нашем организме приводит к депрессии. Этот гормон помогает бороться со стрессом и отвечает за положительные эмоции.

Кстати, количество серотонина в организме снижается с повышением уровня дофамина, потому что любовь часто идет рука об руку со страданиями и переживаниями. И возникает парадокс: мы испытываем чувство удовольствия от любви, но в то же время подвержены перепадам настроения - отсюда неожиданные слезы или вспышки радости.

Восполнить недостаток серотонина помогают продукты, содержащие триптофан и углеводы. Это финики, сливы, горький черный шоколад, бананы, инжир. Кстати, отсюда и наше стремление заедать проблемы, чтобы поднять настроение, организм пытается вызвать выработку серотонина.

Если дофамин - это гормон удовольствия, то серотонин - гормон хорошего настроения. Его выброс в организме приводит к **улучшению настроения** и повышению двигательной активности. А вот недостаток серотонина - к подавленности и депрессии.

Существуют препараты, повышающие уровень серотонина в организме. Именно это делают антидепрессанты: они блокируют обратный захват серотонина в синапсах после того, как серотонин выполнил свою функцию. Но использовать их без назначения врача ни в коем случае нельзя. Без индивидуального назначения очень легко превысить дозу, а избыток серотонина в организме может привести даже к смерти.

К тому же, в отличие от дофамина, уровень серотонина можно более-менее безопасно поднять, съев что-нибудь подходящее. Дело в том, что серотонин образуется в организме из аминокислоты триптофана, и именно поэтому продукты, **богатые триптофаном** (например, темный шоколад, орехи, финики и бананы) приводят и к некоторому эмоциональному подъему. Своего рода натуральные антидепрессанты.

Однако нужно помнить о том, что в этих продуктах много жира или сахара. Поэтому поедать шоколад плитками или бананы килограммами

ми для улучшения настроения не стоит. А вот для употребления **помидоров**, тоже богатых триптофаном, таких ограничений нет.

Химический путь от еды до мозга подольше: поступающая в составе углеводов глюкоза вызывает выброс инсулина в кровь, который стимулирует разложение белков на аминокислоты в тканях, и, соответственно, повышение уровня триптофана в крови.

Но здесь тоже есть опасность. Во-первых, избыток углеводов приводит к избыточному весу. А, во-вторых, есть шанс заполучить синдром сладкоежки: организм быстро привыкает к тому, что сладкое приводит к увеличению уровня серотонина, и при любом намеке на депрессию требует как можно больше дополнительных сладостей.

Кроме того, синтез серотонина в организме стимулируется и сам по себе благодаря **солнечному свету**. Именно поэтому многие хандрят, если ведут ночной образ жизни, или зимой. Так что полезно брать большую часть отпуска не летом, когда солнца и так много, а в пасмурное время года - поздней осенью и зимой. Уезжайте туда, где световой день еще достаточно длинный.

Только не увлекайтесь загаром. Солнечные ожоги и меланома - слишком большая плата за избыток серотонина, а светло может быть и там, где температура для посещения пляжа низковата.

Эндорфин. Гормон счастья

Эндорфины - это болеутоляющие гормоны, которые вырабатываются мозгом. При их высоком уровне у человека возникает ощущение спокойствия и внутренней гармонии. А значит, ощущение счастья. Эндорфины вырабатываются тогда, когда отношения уже налажены, стадия влюбленности и неясности миновала и теперь в отношениях присутствует постоянство. Особенно интенсивно вырабатываются они при физическом контакте с любимым, то есть во время секса.

Кстати, особенно интенсивно вырабатываются эндорфины при беременности. Выработать гормоны счастья помогают физические упражнения, смех и шоколад.

Эндорфины вырабатываются организмом в ответ на стресс с целью уменьшить боль. Связываясь с так называемыми опиатными рецепторами, они подавляют боль и вызывают **эйфорию** - своеобразную награду организму за избавление от боли.

Многие наркотики (**опиум**, к примеру) - работают точно так же, недаром рецепторы названы опиатными. Только наркотики сильнее и успевают связаться с рецепторами первыми.

Однако искусственная стимуляция опиатных рецепторов, как и в случае с дофамином, вызывает быструю и стойкую зависимость. И, как

только искусственный стимулятор исчезает, у организма начинаются проблемы - как с болью, так и с эйфорией. Срабатывает так называемый синдром отмены: появление симптомов, на устранение которых работало вещество.

Есть ли **способ увеличить количество эндорфинов** без вреда для организма? Конечно же, *есть*. Во-первых, у биохимиков есть мнение, что эйфория от контакта с произведениями искусства и эйфория организма именно эндорфиновой природы.

Во-вторых, небольшое количество эндорфинов вырабатывается во время **умеренных физических нагрузок**. Так организм готовит себя к стрессу, которым нагрузка является. Чтобы эндорфинов стало больше, требуются длительные регулярные нагрузки. Есть даже такой термин - эйфория бегуна - состояние легкого эмоционального подъема во время длительного бега. Поэтому бегайте, прыгайте и танцуйте в свое удовольствие в прямом смысле этого слова.

Ну, а в-третьих, природа сделала подарок всем женщинам - начиная с третьего месяца беременности в кровь поступают эндорфины. Неплохой бонус!

...ДАЖДЬ НАМ ДНЕСЬ...

(о поисках источников положительных эмоций в человеке)

Человек - самый глубокий кладезь собственных положительных эмоций. Но только в том случае, если богат его внутренний духовный мир. Возможность отрешиться от страстей, вызвавших стресс, очистить дверку или крышку кладезя, чтобы приподнять её - сегодня доступна каждому. Вы можете легко найти в интернете инструктивные материалы по аутотренингу или по аутогенной тренировке вхождения в простейший транс (что одно и то же). Аутотренинг является методом самокодирования нашей психики. С помощью аутотренинга мы можем научиться очищению сознания от шлаков как последствия стрессов. Чтобы приступить к заполнению кладезя с чистого листа.

А вот дальнейший поток эмоций в нашем сознании зависит от повседневных запланированных и незапланированных поступков, от выбора вектора усилий по наполнению кладезя. Если емкость остается пуста или без аутогенных тренировок сохранит горечь, злобу, зависть в вашем сердце, если вы не откладывали про запас добрые дела, положительным эмоциям неоткуда будет взяться. И у болгар и у грузин есть поговорка: «Сделал добро и брось его в реку» (в море). То есть забудь. На самом деле кладезь - центральная нервная система, в глубинах сознания помимо вашей воли накапливает информацию о любых поступ-

ках и самонастраивается. «Не хлебом единым жив человек, но всяким словом, исходящим из уст Божиих» (Библия, Второзаконие, гл.8, ст.3 и Евангелие от Матфея, гл.4). Словами Моисея ответил Иисус Христос искушавшему Его сатане на предложение превратить камни пустыни в хлеб и насытиться. Оттого каждый день наш, данный свыше, мы, как «хлеб наш насущный даждь нам днесь», каплю за каплей стремимся заполнить глубины нашей души (в психологии - сознания) духовными благами, добрыми делами. Которые в минуту потрясения и депрессии выйдут нам в помощь. Не обворовывайте себя, заполняйте емкость, начав с утренней зарядки и водных процедур. А вечером истопите баньку, попарьтесь. Попейте кваску. Это наш, русский ритуал снятия стресса, в дополнение к аутотренингу. Банька, квас, из парилки закапываемся в снег... С потом изгоняются из организма не только вредные для тела вещества, но и дурное состояние сознания. Положительные эмоции освобождаются от гнета. Научиться не конфликтовать с организмом, а сотрудничать с ним умеют не только в Индии, но и на Руси Святой.

Что же может оказаться внутренними источниками скрытых от нас положительных эмоций? Попробуем выстроить их в систему. Что дает нам «днесь» (на каждый день) духовную пищу?

Духовный мир человека

Мозг как главнокомандующий всеми органами тела, обладает механизмом настраивания собственного сознания. Внутренние источники положительных эмоций.

Личное	Глубоко личное	Публичное
Аутотренинг	Единение с Богом Давать и просить	Боевое братство Корпоративное содружество
Утренняя зарядка	Невыбор зла: «Меньшего зла не бывает»	Общение с приятными людьми
Умеренность в потреблении	Родословная. Благодетельство. Собирание и хранение семейных реликвий и традиций отцов и дедов	Клубные встречи по интересам
Воспоминания о близких и о добрых делах	Мы не Иваны, родства не помнящие	Передача знаний и опыта, воспитание младшего поколения

Пешие прогулки, грибная охота	Уход за могилами близких людей	Спортивные игры, соревнования с равными соперниками
Рыбная ловля, уха, вечерний костер у реки	Материальная и нематериальная безвозмездная помощь тому, кто в ней нуждается	Приготовление изысканных блюд и напитков, угощение друзей
Путешествия. Морские путешествия	Неосуждение других за их ошибки, прощение, любовь к ближнему	Публичные выступления, круглые столы
Занятия наукой и искусством как увлечения	Терпимость к противоположному мнению	Переписка в интернете, странички и блоги
Хобби, коллекционирование		
Музыка и песни		
Чтение книг, любимые авторы		

Гимн положительным эмоциям

Договорились о минимальном при необходимости использовании академических определений из словарей, с обязательной ссылкой на источники. Шелуху - в корзину для мусора.

Статья 13 Закона РФ от 12 февраля 1993 года №4468-1 «О пенсионном обеспечении лиц, проходящих военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исправительной системы, и их семей» определяет выслугу, по выработке которой субъект оформляет пенсию. Протяженностью в 20 лет. Федеральный Закон от 2 апреля 2014 года №64-ФЗ «О внесении изменений в статьи 49 и 53 Федерального Закона «О воинских обязанностях и военной службе» внес изменения в предельный возраст пребывания на военной службе. Для военнослужащих, имеющих воинское звание ниже полковника (капитана 1 ранга) предельный возраст пребывания на военной службе установлен в 50 лет. Очень долго предельный возраст держался на планке 45 лет. Почему такие льготы? Почему специальные центры пришли к выводу о том, что человек со средней центральной нервной системой за 20 лет отдаст весь или почти весь эмоциональный «запас души»? И намного ли ниже в частной охране эмоциональный накал?

В материале, размещенном на «Гардинфо», в блоге Н.А.Степанова в июне 2014г. «Пиллюлькин, Шабашкин и научно-практический центр», на основании положений Государственного контракта на охрану объектов Департамента образования г.Москвы на 2013-2015 годы предлагается вывод о лимите объектов образования на одного начальника охраны, который составил 8-10 объектов. Не нужно доискиваться до причин превышения расчетов, сделанных специалистами Департамента. Они в том же экономическом блоге на «Гардинфо» изложены в сотне материалов. При подсчете накладных затрат частной охранной организации, производившиеся Новиковой И.Ю. и Степановым Н.А. в феврале 2014 года оказалось, что они соответствуют не 20%, как 7 лет без изменений выплачивали по договорам на охрану социальных объектов, а 35,92% от суммы ФОТ на 100 постов.

Нормальная зарплата начальника охраны заложена в недостающих 15,92%. Настаивая на экономическом выравнивании затрат на оказываемую услугу, некоммерческие организации охранного бизнеса спасают свой персонал от стрессов и психологических перегрузок. Попробуем предположить, что происходит с начальником охраны, если он вместо регламентированных восьми набирает 20, 30 и более объектов? Перегруженный начальник охраны не выполняет, прежде всего, второстепенные (на его взгляд) обязанности. Такие как психологическая подготовка охранников, испытывающих интенсивные и разнообразные психологические нагрузки.

Начальник охраны с 30-ю объектами забывает о психологической подготовке, о необходимости *готовить, настраивать поведение* охранников. Он сам испытывает сильнейший *информационный стресс* - есть такая разновидность стрессов, как пишут в психологических справочниках. «Особенности неспецифических адаптационных процессов при экстремальном воздействии информационных факторов позволяют рассматривать развивающееся в этих условиях психическое состояние как информационный стресс человек - компьютер. Этот вид стресса можно определять как состояние чрезмерной психической напряженности с явлениями функциональной и вегето-соматической, и психологической дезинтеграции, негативными эмоциональными переживаниями и нарушениями профессиональной работоспособности в результате неблагоприятных экстремальных факторов информационного взаимодействия». Начальник охраны сам постоянно в состоянии стресса. Вот почему в сложившемся рыночном укладе частной охраны отсутствует возможность практического применения психологической подготовки.

Но это не все психологические издержки стахановской выработки с живыми людьми. Начальник охраны с 30-ю объектами очень скоро перестает сам получать положительные эмоции, испытывать чувство

удовлетворенности от выполнения общественного и служебного долга. (...Меня постоянно поправляют представители государственных и муниципальных органов: в частных охранных организациях не служба, а дежурство, исполнение трудовых функций. С чем согласен, но чувство долга остается. *Прим. автора*). Начальник охраны с 30-ю объектами очень быстро превращается в загнанную лошадь, в шабашника. Мотивация зауживается, ограничивается денежным выражением. Его положительные эмоции бушуют при подходе к кассе за получением месячного денежного содержания (помню, что по ТК - 2 раза в месяц). И стахановско-кагановский рекорд, не приемлемый в работе с персоналом, не увязывающийся с услугой, основанной на живом труде, поднимает планку. Рабочий процесс при этом начинает восприниматься как досадное недоразумение. Нарастает *профессиональное выгорание*, о котором мы подробно поговорим в отдельном материале. Происходит размывание профессионализма, профессиональная деградация, сказывающаяся на качестве услуги. Замечания старших руководителей за неизбежные ошибки - с гуся вода. Положительные эмоции необходимы прежде всего основной спарке частной охраны: начальник охраны - охранник. Чтобы уравновесить или как-то задержать необратимые процессы.

Разделив психологическую подготовку персонала частной охранной организации в разделе на два самостоятельных участка, ознакомим читателей (пользователей, слушателей) со схемами её построения по прилагаемым таблицам. Психологическая подготовка - прежде всего накопление исполнителем положительных эмоций. Раздел складывается из разработки мероприятий руководителей и психологов по формированию положительных эмоций личности и мероприятий по достижению высокой психологической оценки коллективом организации результатов усилий по общественному благополучию. Что и понимается как создание благоприятного психологического климата в коллективе.

I подраздел: формирование положительных эмоций личности

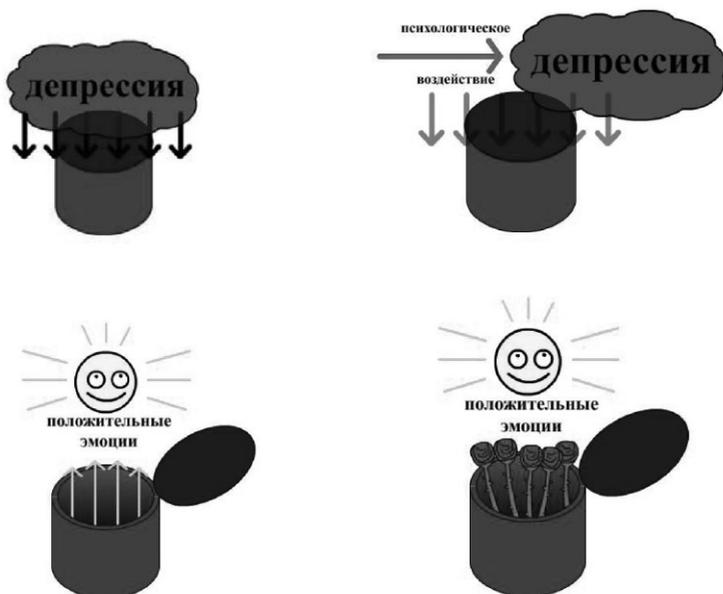
Источники положительных эмоций формируют оценку личностью внимания организации, ментального корпоративного единения и принадлежности к организации (*авт.*) Что и требуется как результат комплекса психологических мероприятий.

Необходимые справки.

Корпоративность - узкогрупповой, замкнутый пределами корпорации (*см. Толковый словарь русского языка*).

Ментальность (от латинского mens - ум, мышление, образ мыслей, душевный склад). Глубинный уровень коллективного и индивидуального сознания, включающий и бессознательное. Относительно устойчивая совокупность установок и предрасположений индивида или социальной группы воспринимать мир определенным образом (см. *Энциклопедия эпистемологии и философии науки*).

Закрытый колодец символизирует глубины души охранника, куда депрессия загоняет положительные эмоции.



II подраздел. Формирование в коллективе отношения к личности отдельного человека

Внимание к каждому работнику в частной охранной организации особенно важно в виду постоянного возникновения и развития стрессовых ситуаций. Отсутствие внимания, равнодушие начальниа охраны к протекающим коллизиям с участием охранника углубляет разрушительное влияние стрессовых ситуаций, ведет к накоплению эмоциональных перегрузок центральной нервной системы. Невнимание серьезно подрывает способность охранника адаптироваться к непростой, насыщенной эмоциями охранной деятельности, вызывает самые разнообразные психологические затруднения, и среди них - развитие де-

прессии. Выручают положительные эмоции, которые необходимо вызывать в душе охранника.

Взгляните на простейшую анимационную схему профилактики («изгнания») депрессий. А затем среди «источников положительных эмоций» подберите индивидуальный набор для каждого вашего подчиненного. Охранник ждет от вас реакции на его старания, на результаты нелегкого круглосуточного труда, где отдых не запрограммирован ни нормативными актами, ни локальными актами, ни сформированными требованиями к непрерывности услуги, ни с согласовывающимися в договоре экономическими условиями ее предоставления.

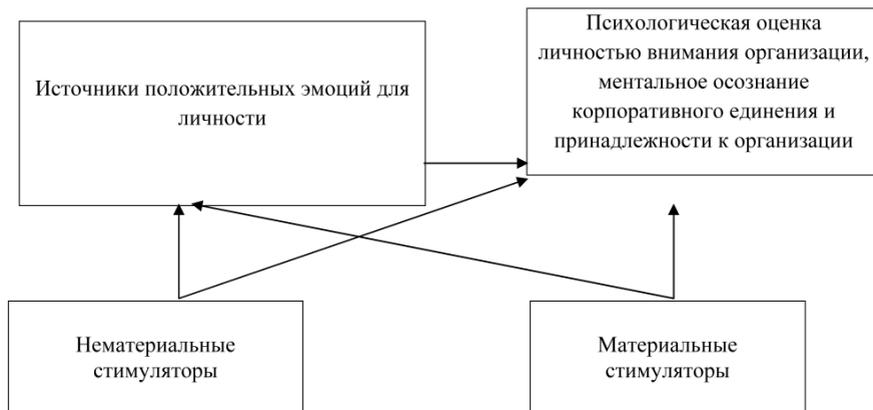
Статья 108. Перерывы для отдыха и питания **Трудовой кодекс РФ**

В течение рабочего дня (смены) работнику должен быть предоставлен перерыв для отдыха и питания продолжительностью не более двух часов и не менее 30 минут, который в рабочее время не включается.

Время предоставления перерыва и его конкретная продолжительность устанавливаются правилами внутреннего трудового распорядка или по соглашению между работником и работодателем.

На работах, где по условиям производства (работы) предоставление перерыва для отдыха и питания невозможно, работодатель обязан обеспечить работнику возможность отдыха и приема пищи в рабочее время. Перечень таких работ, а также места для отдыха и приема пищи устанавливаются правилами внутреннего трудового распорядка.

Источники положительных эмоций для личности





Достижение высокой психологической оценки коллективом общественного благоденствия



Отношения внутри коллектива
Формирование благоприятного психологического климата

Прозрачная предпринимательская и служебная деятельность
Формирование команды единомышленников из мастеров экстра-класса

Влияние на рост имиджа фирмы
Формирование исторических корней организации

Введение часов приема высшим руководством по личным вопросам
--

Совместно с командой формирование стратегии развития
--

Разработка системы памятных и наградных знаков
--

Корпоративные экскурсии и одно- двухдневные путешествия

Участие топ менеджеров в прибыли организации
--

Ведение памятного альбома «Путь организации», «История торговой марки»
--

Корпоративные посещения театров, музеев, концертов
--

Поощрение инициативных полезных предложений от членов коллектива и поддержка инициатив по продвижению в практику
--

Введение общей градации персонала о выслуге лет

Составление удобных демократичных графиков дежурств и отпусков
--

Постепенное продвижение идеи превосходства организации на рынке в регионе и в России
Приобретение и сотрудничество с надежными партнерами

Выбор образцов и разработка ритуала награждения именным оружием

Обеспечение бытовых удобств

Введение «классных чинов» и сертификация персонала. Сохранение связи с ветеранами организации

Массовый заказ серийных памятных подарков со знаком фирмы к юбилеям и памятным датам и массовые награждения достойных членов коллектива

Торжественные празднования юбилеев с награждением достойных, подготовка адресов для награждения юбиляров

Лучший в России научно-образовательный центр и его позиционирование как самого ценного достижения.
Доброжелательность и наставничество

Вручение вымпелов передовикам и профессионалам высшего класса

Благотворительная деятельность (храмы, дети, больные и престарелые, ветераны)

Бесплатное обучение по дополнительным программам

Съемка учебных фильмов с участием лучших сотрудников. Создание музея славы и Красного уголка. Грамоты.



РАЗДЕЛ VI

Виды стрессов и депрессий

как результат системных психологических перегрузок в деятельности охраны образовательных организаций. Борьба за качество - борьба за эмоциональную разгрузку персонала частной охраны

В работе персонала охраны возможны три основных длящихся психологических состояния: **эмоциональный подъем - уравновешенность - эмоциональное выгорание.**

Что такое «уравновешенность»?

Мы с детства приучены к пониманию уравновешенности как устойчиво-спокойного состояния психики, не проявления внешними признаками реакций нервной системы на сильные эмоциональные раздражители.

Уравновешенность - важное преимущество прежде всего исполнителя охранной услуги. И наоборот, неспособность сохранять внешнюю невозмутимость - явный признак непригодности к работе в охране, где внешние раздражители встречаются ежеминутно. В работе в образовательных организациях уравновешенность постового охранника безусловное необходимое качество. Психологическая наука рассматривает уравновешенность как характеристику поведения человека, имеющую под собой психологические и психофизические корни, проявляющиеся в устойчивости психического состояния к весьма сильным раздражителям разного вида.

1. Эмоциональная уравновешенность - показатель того, насколько эмоции могут вывести человека из состояния равновесия, подавить, увлечь, возбудить или расслабить, породить тревожность или вышлескивающуюся через край радость.

2. В последние десятилетия ученые доказали прямую зависимость психического состояния человека от баланса химических веществ в

организме, вырабатываемых железами внутренней секреции и влияющих на центральную нервную систему.

3. Отсюда стресс - событие, влияющее на изменение химического равновесия в центральной нервной системе в сторону преобладания «гормонов смерти».

4. Депрессия - прежде всего устойчивое нарушение химического равновесия в мозгу запрограммированным выделением «гормонов смерти», влияющих на психологическое состояние ЦНТ и развитие стресса.

Стресс и депрессия у охранника образовательных организаций

Стресс - нормальная реакция организма на неблагоприятные внешние обстоятельства. Стресс нужно пережить, у здорового человека он проходит вместе с неблагоприятным периодом жизни и только у некоторых развивается *депрессия*. А это уже болезнь - аффективное состояние, во время которого человек без видимых причин испытывает тяжелые, мучительные эмоции и переживания (подавленность, тоску, отчаяние). Жизненный тонус резко снижается, характерными становятся мысли об ответственности за неправильные решения или тяжелые события, происходящие в его жизни.

Стресс (общий адаптационный синдром) - общая реакция организма на боль, опасность, душевное потрясение, препятствие к достижению желаемого. То есть неспецифический ответ организма на любые предъявляемые ему требования. Стресс связан с общим истощением организма и проходит три стадии: 1) стадия тревоги, 2) стадия сопротивления, 3) стадия истощения.

Сравните стадии стресса со стадиями развития профессионального (эмоционального) выгорания В.В.Бойко. Стадии совершенно совпадают. Можно делать вывод, что профессиональное (эмоциональное) выгорание у охранника - суть вялотекущий, длящийся во времени медленно развивающийся стресс как реакция организма на монотонно повторяющиеся эмоциональные нагрузки без возможности и умения организма снимать напряжение, чередовать периоды пика нагрузок с реализованными способами эмоционального расслабления центральной нервной системы.

Симптомы и причины стресса

Продолжая говорить о стрессах, укажем шесть наиболее распространенных симптомов: бессонница, боль в груди, кашель, сексуальная неудовлетворенность, эмоциональная неуравновешенность, хрониче-

ская усталость, избыточный вес. В частной охране характерны три вида стрессов:

Эмоциональный вызывается факторами, создающими угрозу для жизни, здоровья и целостности личности; в настоящей работе мы их назвали «психологией страха» (см. ниже).

Информационный стресс наблюдается, главным образом, в деятельности начальников охраны, т.к. центральной нервной системе приходится перерабатывать слишком много информации в условиях дефицита времени и высокой ответственности;

С ярким примером информационного стресса мы столкнулись в ходе обучения экспериментальных групп подготовки начальников охраны группы объектов в сентябре 2014 года. В ходе заполнения кратких психологических анкет были получены ответы на вопросы: «Какова моя мотивация как результат обучения на среднесрочную перспективу (ближайшие пять лет)». Все слушатели в разных формах пожелали продвижения в должности, двое - повышения уровня знаний. И лишь один слушатель записал в анкете: «увеличение объема работ» (от объема работ начальника охраны напрямую зависит заработная плата). При этом уважаемый слушатель уже имел объемы, в 3,75 раза превышающие норматив, определенный по расчету Департамента образования города Москвы.

Информационный перегруз проявлялся во всем поведении уважаемого начальника: на первую лекцию он опоздал на 1 час. На вторую лекцию - на 20 минут. С четвертого часа занятий ушел молча посреди урока. Проигнорировал первое предложение о заполнении анкеты, когда их заполнили и сдали все. И лишь на персональное повторное обращение среагировал. В ходе занятий свободно во весь голос разговаривал по телефону. Очень заметно было, что психологические тормоза у слушателя сорваны, и он всецело погружен «в объемы». Вероятно, что встреча с психотерапевтом, который убедит не увеличить, а снизить «объемы» и заняться разгрузкой, поможет ему.

Ведь максимальное количество постов в ведении начальника охраны активом СРО «Школа без опасности» определено как 15-18. Не более! Иначе из-за непрекращающегося «непереваривающегося» (мозгом) информационного стресса начальник охраны быстро становится шабашником. А через какое-то время наступает профессиональное выгорание и предболезнь. Симптомы к тому - игнорирование многочисленных общественных условностей, которые «предбольной» или «предбольная» уже не замечают и не осознают. Смысл, вкус к жизни деформируется. И сама трудовая функция постепенно скатывается к обеганию и к обзваниванию, без различия «цветов» и «полутонов», индивидуальностей каждого объекта и каждого охранника. При общей

благоприятной картине «успеваемости» создаются, складываются все условия к упущениям, которые могут повлечь тяжкие последствия для всего ЧОПа и для пользователя. Для детей, которых мы охраняем.

Что нужно знать и учитывать как результат стресса?

Советы практикующего психолога.

Наше отношение к стрессу – это отрицательные эмоции, неудовлетворенность, агрессивность, обида, чувство жалости к себе. Отношение к стрессу проявляется не только реакцией эмоциональной, но и реакцией гормональной, реакцией вегето-сосудистой. У людей слабо защищенных от развития реакции появляется язва желудка. Организм развивает мощную систему защиты от нервных перегрузок, от перегрузок головного мозга, сердца, связанных с химическим реагированием желез внутренней секреции. Если человек знает защитные реакции организма, ему еще легче справиться со следовыми реакциями после стресса. И это профилактика фобий (воображаемых страхов за свою жизнь, здоровье), что усугубляют, обостряют течение вегето-сосудистых реакций.

Все жалобы можно разделить на сигнальные и защитные. Сигнальные - сообщения организма, что не нужно волноваться. Защитные - защищают организм от перегрузок, и мы благодарны организму за проявленное умение защищаться! Защитные реакции - сонливость, снижение памяти, настроения, желаний, интересов, концентрации внимания, снижение или повышение аппетита, сексуальных влечений, раздражительность, сердцебиение. Все остальные - сигнал организма, что ему приходится перерабатывать лишние ферменты. И это нужно учесть: почистить свои мозги от излишних негативных мыслей. Кроме того, любой выброс гормонов сопровождается тревогой, часто говорят необъяснимой. Чего волноваться? Чтобы повторно выбросились лишние гормоны, а из-за этого спазмы, головная боль, тошнота, слабость...

Охраннику, да и самому начальнику охраны, нужно научиться правильно и адекватно воспринимать реакцию организма на стресс. Если поволновался из-за трех проверок в день, значит, реакция организма будет, потому что он живой. Ваша задача не переутомлять клетки коры головного мозга до такой степени, что они становятся чувствительными к самой незначительной реакции организма на выброс лишнего адреналина, кортизола, то есть на ваши мысли. Неврозы - это и есть переутомление клеток коры головного мозга и *обостренное* восприятие всего, что происходит в вашем организме, и внешних раздражителей

(звуков, запахов, шорохов, тона голоса, информационных сообщений и т.д.).

Своими словами

Стресс - событие, влияющее на изменение химического равновесия в центральной нервной системе.

Депрессия - изменение поведения вследствие изменений химического равновесия, нарушения химического равновесия в мозге.

Депрессия наступает под влиянием внешних раздражителей: проявлений опасности, неадекватных действий окружающих, нарушений, вызывающих возмущение сознания человека, бурного выражения неудовольствия начальства, грозящих неприятных событий или поступления известий о таких событиях. Железы внутренней секреции выделяют в кровь гормоны, стимулирующие работу мозга и сердца: адреналина и кортизола. Эти гормоны вырабатывают надпочечники человека, получив сигнал центральной нервной системы, который можно назвать «всеобщая мобилизация и стимуляция».

Представьте себя первобытным человеком, который на охоте неожиданно повстречал саблезубого тигра или пещерного медведя. Мозг посылает сигнал, надпочечники выбрасывают в кровь адреналин и кортизол. И человек решает - бежать со всех ног или вступить в схватку, орудуя каменным копьём. Автоматизм действия схемы «центральная нервная система - железы внутренней секреции - центральная нервная система» просто закрепляется в подкорке за сотни тысяч лет. И сегодня пещерных медведей в перечне причин стресса для современного человека, для охранника образовательных организаций заменяет крик руководителя, попытка прорыва через СКУД пьяного родителя, обнаружение опасных предметов у обучающихся или любая из многочисленных проверок.

Результат возникновения стресса остается тот же: в кровь поступает доза адреналина и кортизола, но испытавший стресс человек (охранник) никуда не бежит. Гормон остается внутри мозга, в крови, в теле. Происходит изменение химического равновесия, в первую очередь человек становится неуравновешенным (очень точная формулировка). Требуется какое-то время, чтобы баланс химических веществ, влияющих на деятельность мозга, был восстановлен, чтобы к охраннику вернуться равновесие.

Теперь представим себе, что негативные события, стрессы накладываются один на другой в течение двух недель. Разбалансировка не только сохраняется, но и нарастает; нервная деятельность выходит из-под контроля. Наступает устойчивое изменение поведения охранника вследствие постоянного дисбаланса химических веществ, омывающих

мозг. К тому же кортизол не зря называют «гормоном смерти». Его постоянное присутствие в дозах повышенной концентрации разрушает сердечные мышцы, повышает артериальное давление. Что мы знаем о кортизоле?

Кортизол - гормон не смерти, но стресса. Это уже звучит куда правдоподобнее и не так страшно. Хотя, в больших количествах, гормон кортизол действительно может существенно навредить здоровью человека, и теоретически привести к смерти организма. Каким образом происходит выработка гормона кортизола и главное - для чего?

Выброс гормона кортизола в кровь - одна из самых древних реакций, которые достались нам в наследство от далеких предков. В их жизни стрессовых ситуаций было не то чтобы больше, но качественно они были другие - либо нападал враг (или зверь), либо приходилось спасаться от природной стихии, либо ситуация вынуждала вступить в противоборство с сородичем. Мозг реагировал на стресс цепочкой определенных химических реакции, вследствие которых в кровь поступало большое количество кортизола - гормона, который отвечал за прилив кровотока к мышцам (чтобы человек мог драться или убежать), и отток крови от всех прочих систем.

В наши дни надобность в подобной мышечной активации мы практически не испытываем - бытовые конфликты в XXI веке решаются в основном мирными способами. Однако реакция осталась - всякий раз, получая сигнал о стрессе, мозг дает команду надпочечникам вырабатывать гормон кортизол, который мгновенно снижает активность иммунной системы, тормозит когнитивные функции, замедляет процессы пищеварения, но способствует более быстрому расщеплению белков и углеводов и активизирует мышцы. Именно поэтому в периоды стрессов мы легко подхватываем простуду или грипп, теряем аппетит и сон, мечемся из угла в угол и туго соображаем - все это результат действия гормона кортизола. И только тогда, когда мозг получит сигнал о том, что стресс миновал, кортизол начинает постепенно (с помощью специальных ферментов) выводиться из крови.

Каким образом гормон кортизол может спровоцировать смерть человека? Почему же гормон кортизол получил печальное прозвище «гормон смерти»? Во-первых, это можно объяснить той функцией, которую выполняет кортизол в организме человека - максимально активизировать мышечную систему. Кстати, используя именно это свойство кортизола, профессиональные спортсмены (увы, нередко прибегая к помощи запрещенных препаратов) пытаются увеличить свои ресурсы и достичь лучших результатов. Однако напрягаются и выходят на предел своих возможностей не только мышцы рук, ног, но и главная мышца нашего организма - сердечная, миокард. Именно по-

этому, кстати, в стрессовых ситуациях, переживая волнение или тревогу, мы буквально слышим, как стучит учащенно наше сердце. И далеко не всегда сердечно-сосудистая система способна выдержать длительное напряжение. Другими словами, повышенный уровень кортизола в крови вполне может привести к инфаркту, причем весьма скоротечному и тяжелому, который заканчивается смертью человека.

Кроме того, повышенный уровень гормона кортизола может нанести серьезный урон по иммунной системе человека, вплоть до полного ее разрушения. Соответственно, в этом случае человек, находящийся в состоянии сильного стресса долгое время, рискует подхватить серьезную инфекцию, которая также может стремительно довести человека до смерти. Как правило, именно в этих случаях говорят «он умер от горя» или «он сгорел на работе».

Параллельно с этим гормон кортизол, уровень которого в крови зашкаливает, негативно сказывается на работе мозга. В первую очередь, он начинает разрушать нейроны, находящиеся в гиппокампе. Это мгновенно приводит к нарушению памяти человека. Кстати, именно этим объясняется тот факт, что нередко под воздействием сильнейшего стресса, люди на время или навсегда теряют память. Повышенный уровень гормона кортизола подавляет выработку так называемых гормонов радости и удовольствия - серотонина и дофамина. Что приводит человека в состояние глубочайшей депрессии и эмоционально нередко подталкивает к суициду. Таким образом и тут гормон кортизол можно косвенно привести к смерти человека.

Функциональный стресс - возникает постепенно под воздействием постоянно накапливающихся повседневных эмоциональных множественных монотонных нагрузок без возможности чередовать напряженность трудового процесса с периодами расслабления и разрядки.

Рассмотрим функциональные нагрузки частных охранников образовательных организаций, НЕ ПОДВЕРЖЕННЫХ ФОБИЯМ, нагрузки, тождественные с функциональными страхами как слагаемыми состояния стресса.

Семнадцать (17) видов проверок ожидают охранника все 24 часа оказания им непрерывной услуги:

- мобильной группой частной охранной организации (круглосуточно);
- удаленный контроль оперативного дежурного частной охранной организации через аудио и видео способы общения круглосуточной дежурной части с каждым постовым охранником;
- контрольные проверки начальником охраны группы объектов с применением разнообразных способов снятия информации, зависящих от опыта и сообразительности специалиста среднего звена (круглосуточно); просмотр видеозаписей;

Уникальная схема проверок качества оказания услуги по охране образовательных организаций в г. Москве, не встречающаяся более



- инспекторской службой частной охранной организации, которую каждая ЧОО, осуществляющая охрану образовательных организаций, обязана иметь в своей структуре согласно п.2.8 Технического задания к Государственному контракту на оказание услуг по осуществлению комплекса мер, направленных на защиту материального имущества объектов, обеспечение внутриобъектового и пропускного режимов для Государственных образовательных учреждений города Москвы на 2013-2015 годы;

- экспертами ГКУ Дирекции Департамента образования г. Москвы;
- экспертной группой СРО АПБ «Школа без опасности»;
- сотрудниками Государственного казенного учреждения города Москвы «Московская безопасность» совместно сотрудниками Департамента региональной безопасности города Москвы;
- участковыми уполномоченными полиции территориальных ОВД;
- инспекторами группы ЛРР отделов лицензионно-разрешительной работы территориальных органов внутренних дел;
- инспекторами инспекций по делам несовершеннолетних (что в прямую не входит в их компетенцию);
- членами Антитеррористических комиссий и сотрудниками ФСБ;
- инициативными группами объединений родительской общественности;
- инициативными представителями СМИ, проверки которых в отдельных случаях носят характер провокаций.
- инспекторы рабочей группы Координационного совета Департамента образования;
- сотрудники прокуратуры;
- выделенные заместители руководителей образовательных организаций;
- общественные организации (включая членов Общественной палаты), блогеры.

Учитывая, что согласно п.5.4.21 Государственного контракта начальник охраны обязан проверять (и проводить необходимую работу) на каждом объекте образования не менее 2-ух раз в неделю, а мобильные группы осуществляют проверки качества исполнения трудовых функций на объектах через день, охранники образовательных организаций подвергаются проверкам ежедневно. Не считая удаленного контроля со стороны дежурной части. Начальник охраны имеет возможность изучать архивные материалы видеозаписи с 8-ми камер видеонаблюдения, стоящих в каждой школе. С уверенностью можно сказать: ни один вид или тип объектов в Российской Федерации в отношении качества обеспечения безопасности не проверяется так многократно, разносторонне и часто, как объекты образования города Москвы.

В целях осуществления контроля за соответствием качества оказываемых услуг, требованиям Технического задания исполнитель обязан:

- оказывать содействие заказчику и (или) получателям услуг в ходе осуществления проверок;

- предоставлять требуемую информацию заказчику и (или) получателям услуг, необходимую для осуществления контроля;

- обеспечивать выезд мобильной группы на автомобиле по вызову представителей заказчика, осуществляющих проверки качества оказываемых услуг;

- немедленно принимать меры к устранению выявленных недостатков.

Для проверки соответствия качества оказанных исполнителем услуг требованиям, установленным Контрактом, заказчик вправе привлекать экспертов ГКУ города Москвы «Московская безопасность», экспертов аккредитованных организаций в сфере качества образования и представителей лицензирующего органа.

Количество проверок и круглосуточное пребывание под колпаком видеокамер ведут к развитию у единственного охранника образовательных организаций непрекращающегося состояния стресса, что учитывается руководителями частных охранных организаций, входящих в СРО. С июля 2014 года в Центре профессионального обучения специалистов негосударственной сферы безопасности началась разработка целевой учебной программы и учебно-справочного пособия по психологической подготовке персонала охраны образовательных организаций, призванная помочь охранникам преодолевать развитие эмоционального выгорания и возможные депрессии.

Конфликты с участием постового охранника

Другой составной частью эмоциональных нагрузок на частного охранника не только дошкольных образовательных организаций, но и на любом посту, где осуществляется пропускной режим, являются конфликты, возникающие при выполнении охранником функций по осуществлению установленного администрацией образовательной организации внутреннего уклада жизни организации. Установленный администрацией порядок посещения, прохода в здание и пребывания на территории образовательной организации условно считается частью общественного порядка, на которую распространяется юрисдикция администрации.

Не следует забывать, что под общественным порядком в широком смысле принято понимать социальную категорию, охватывающую систему (состояние) волевых, идеологических общественных отношений, предопределяемых экономическим базисом и характеризующихся со-

ответствием поведения их участников господствующим в обществе (во всем обществе) социальным нормам (общим социальным нормам) - правовым и неправовым. Куда входят только социально значимые общественные отношения. Регулирование отношений, которые государство не считает социально значимыми, перепоручается администрации объектов под ее юрисдикцией.

«Общественный порядок - это порядок волевых общественных отношений, складывающихся в процессе сознательного и добровольного соблюдения гражданами установленных в нормах права и иных нормах не юридического характера правил поведения в области общения и тем самым обеспечивающих слаженную и устойчивую жизнь людей» (определение И.Н.Даньшина).

Если общественный порядок позволяет прежде всего обеспечить нормальную жизнедеятельность человеку, то порядок, установленный локальными нормативными актами администрации образовательной организации позволяет обеспечить нормальное течение образовательного процесса и безопасность образовательной среды.

Локальные нормативные акты образовательной организации принимаются на основании Устава и решений т.н. большого педагогического совета (общего собрания коллектива образовательной организации). Согласованные с руководителем администрации инструкции, написание на основании положений о внутриобъектовом и пропускном режиме основных локальных актов, определяющих внутренний порядок в образовательной организации, обязательны для исполнения охранником.

Положения локальных документов нарушают многие права обучающихся и посетителей, к которым привлекли в школе с советских времен. Из-за этого большие и маленькие граждане чувствуют себя уязвленными. Тем не менее, агрессия вчерашних школьников и родственников, чьи чувства задеты жалобами обучающихся на «неправильную» оценку их успеваемости сегодня может принимать столь угрожающие формы, что устанавливаемый новый порядок необходим.

В детских садах присутствуют иные угрозы детям с 3-х до 6-ти лет и даже угрозы порядку со стороны самых маленьких воспитанников (сами угрозы изучаются предметами психологической подготовки и тактико-специальной подготовки отдельно). В связи с чем, исполняя предписания инструкций, единственный охранник одинарного поста образовательной организации не допускает осуществления чьих-то вообразаемых прав на проход или пронос в здание запрещенных предметов. Здесь мы рассматриваем возникающие конфликты как результаты непрерывно длящегося стресса. Не связанные с работой образовательных организаций граждане не подозревают, что даже на турникетах СКУД с карточной системой в день возникает до 25% неувязок: дети

забывают, теряют, ломают, передают друг другу карточки и в результате в час пик турникеты (нередко) приходится отключать. Потому что с каждым недовольным приходится персонально разбираться охраннику одиночного (одинарного) поста. В условиях нового времени беседы «пришельцев» с педагогами или директором иногда принимают характер... встреч двух враждебных группировок. Некоторые уверенные в своих силах родители считают, что преподавателя, классного руководителя можно:

- а) купить,
- б) запугать,
- в) привести угрозу в исполнение.

Естественно категорическое нежелание педагогов встречаться с родителями «ответных» детей с устойчивым девиантным поведением. Педагоги желают, чтобы участь ответных решил «малый» педсовет и другие организации влияния на учебный процесс. На пути таких родителей и «болельщиков» стоит одиночный постовой охранник, имеющий в арсенале «применение физической силы» и КТС. Не забывайте: нарушителей пропускного или внутриобъектового режима и охранник не вправе задержать! Это может сделать только вызванный наряд полиции в случае несанкционированного проникновения на охраняемый объект. Но физическую силу к нарушителю для воспрепятствования нарушениям, прописанным обоюдно согласованной инструкцией, охранник применить может. Это же может сделать и нарушитель. Один на один. Или двое, трое, четверо на одного. Охранник всегда один. Отчего и возникает непрекращающийся стресс, переходящий в эмоциональное выгорание, в депрессию, в «предболезнь».

Эмоциональное (профессиональное) выгорание

У охранника (бюджетных) образовательных организаций после вахты всё меньше остается сил, чтобы выносить постоянные эмоциональные нагрузки при исполнении обязанностей по обеспечению безопасности. Наваливается груз неразрешимых личных проблем. Незаметно подступает состояние, называемое у психологов профессиональным выгоранием. Лучше других определил и дал характеристику эмоциональному профессиональному выгоранию наш ученый, академик Международной Балтийской педагогической академии В.В.Бойко, разработавший диагностику психологического феномена: синдром эмоционального выгорания.

По В.В.Бойко, эмоциональное выгорание - это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравми-

рующие воздействия. Выгорание отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. Бойко разработал тест из 84 утверждений «да» или «нет». Методика Бойко позволяет выделить 3 фазы развития рассматриваемого вида стресса: напряжение, резистенция, истощение.

Ведущие симптомы по фазам

Напряжение:

- переживание психотравмирующих обстоятельств;
- неудовлетворенность собой;
- ощущение загнанности в клетку;
- тревоги и депрессия.

Резистенция (способность организма сопротивляться или нет всем внешним вредным для него влияниям). В первую очередь подразумевается болезнь, но существуют ещё много физических и химических факторов, способных причинить вред. Например, температура тела, артериальное давление, пульс:

- неадекватное эмоциональное избирательное реагирование;
- эмоционально-нравственная дезориентация;
- расширение сферы экономии эмоций;
- редукция профессиональных обязанностей (обратное развитие, замедление, ведущее к упрощению от сложного к простому).

Истощение:

- эмоциональный дефицит;
- эмоциональная отстраненность;
- личная отстраненность (деперсонализация);
- психосоматические и психовегетативные нарушения.

Психосоматические нарушения - группа болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов. Представляет собой *психические* расстройства, проявляющиеся на физиологическом уровне, физиологические расстройства, проявляющиеся на психическом уровне, или физические патологии, развивающиеся под влиянием физических факторов.

Психовегетативные нарушения: нарушение в области вегето-сосудистой системы. Симптомы - головные боли, боли в области сердца, боли в животе, многие другие симптомы, с которыми пациенты обращаются в первую очередь к терапевтам.

Приведем аспекты и признаки профессионального выгорания в работе с людьми, сгруппированные психотерапевтами.

Выделяют три аспекта профессионального выгорания

Первый - снижение самооценки. Как следствие, такие «сгоревшие» работники чувствуют беспомощность и апатию. Со временем это может перейти в агрессию и отчаяние.

Второй - одиночество. Люди, страдающие от эмоционального выгорания, не в состоянии установить нормальный контакт с другими людьми.

Третий - эмоциональное истощение, соматизация. Усталость, апатия и депрессия, сопровождающие эмоциональное выгорание, приводят к серьезным физическим недомоганиям - гастриту, мигрени, повышенному артериальному давлению, синдрому хронической усталости и т.д.

Симптомы профессионального выгорания

Психофизические симптомы. Чувство постоянной усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости).

Ощущение эмоционального и физического истощения.

Снижение восприимчивости и реактивности в связи с изменениями внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию).

Общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии).

Частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта.

Резкая потеря или увеличение веса.

Полная или частичная бессонница.

Постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня.

Одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке.

Заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания.

Социально-психологические симптомы.

Безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности).

Повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события.

Частые нервные срывы (вспышки немотивированного гнева или отказы от общения, уход в себя).

Постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, стыда, подозрительность, скованность).

Чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»).

Чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или «я не справлюсь».

Общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «как ни старайся, все равно ничего не получится»).

Поведенческие симптомы:

Ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее - все труднее и труднее.

Если выгоранию подвергся начальник охраны, он заметно меняет свой рабочий режим (увеличивает или сокращает время работы).

Перестает посещать объекты в зоне ответственности, ограничиваясь звонками из дома по телефону.

Чувство бесполезности, неверие в улучшения, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам.

Невыполнение важных, приоритетных задач и застревание на мелких деталях, не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или не осознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий.

Дистанцированность от коллег, повышение неадекватной критичности.

Злоупотребление алкоголем, увеличение выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств.

Ситуации, влияющие на возникновение профессионального выгорания.

Начало деятельности после отпуска (функция – адаптационная);

Ситуации эмоционально неадекватного общения с субъектами образовательного процесса, особенно с администрацией и родителями (функция - защитная).

Снижение уровня профессионального выгорания. Следует отметить, что снизить уровень профвыгорания можно только за счет работы над тем, над чем ты властен, т.е. за счет работы над собой, и что работа над собой предполагает серьезные волевые усилия. А это значит, что нужно стремиться к равновесию и гармонии, здоровому

образу жизни, удовлетворять потребности в общении; уметь получать удовольствия; уметь отвлекаться от переживаний, связанных с работой.

Научиться трансформировать негативные убеждения, чувства отчаяния, утраты смысла и безнадежности. Стремиться находить смысл во всем — как в значительных событиях жизни, так и в привычных, повседневных заботах. Войти в какое-либо сообщество. Заняться повышением уровня профессионального мастерства, самоподготовкой.

Старайтесь смотреть на вещи оптимистично.

Стремитесь побороть страх.

Найдите время, чтобы побыть наедине с собой.

Требуйте от себя по своим возможностям.

Показывайте, говорите окружающим, если вам что-то не нравится.

Будьте помягче со своими детьми.

Старайтесь реже говорить: «Я этого не могу сделать».

Используйте возможность выступить с речью.

Следите за фигурой.

Маленькие радости в ваших руках.

Помните, что вы красивы!!! (рекомендация для женщин).

Проявляйте ваши эмоции и давайте вашим друзьям обсуждать их вместе с Вами. Говорите о том, что случилось. Используйте каждую возможность пересмотреть свой опыт наедине с собой или вместе с другими.

Оставьте чувство стеснения, когда другие предоставляют вам шанс говорить или предлагают помощь.

Помните, что тяжелые состояния, характерные для выгорания, уйдут только в том случае, если вы будете работать над собой.

Если не предпринимать мер, они будут посещать вас в течение длительного времени.

Выделяйте достаточное время для сна, отдыха, размышлений.

Проявляйте ваши желания прямо, ясно и честно, говорите о них семье, друзьям и на работе.

Постарайтесь сохранять нормальный распорядок вашей жизни, насколько это возможно.

Смейтесь, улыбайтесь, шутите.

Размышляйте о хорошем, приятном.

Выполняйте различные движения типа потягивания, расслабления мышц.

Рассматривайте цвета в помещении, пейзаж за окном, фотографии, другие приятные или дорогие вещи.

Мысленно обращайтесь к высшим силам (Богу, Вселенной, великой идее).

«Купайтесь» (реально или мысленно) в солнечных лучах.

Вдыхайте свежий воздух.

Читайте стихи.

Высказывайте похвалы, комплименты кому-либо просто так.

Эмоциональное выгорание частных охранников

Существует множество способов определить, подходит ли человеку работа частным охранником или нет. Составлен подробный перечень качеств характера, которыми охранник должен обладать в обязательном порядке, и тех качеств, которые будут ему мешать в работе.

В крупных охранных агентствах профессиональному отбору уделяется максимум внимания (без учета, собственно, профессиональных навыков будущего охранника порой оценивают по 60-70 различным психологическим показателям).



Если психолог заключает, что для подобной работы человек пригоден, ему, как правило, даются рекомендации, какая конкретно сфера деятельности больше подходит для его темперамента и характера. Кажется - вот она, панацея, после подробной многосторонней оценки клиент может быть уверен в профессионализме охранника, в адекватности его поведения в форсмажорной ситуации. К сожалению, часто в процессе работы охранник, который должен по идее становиться все мудрее и опытнее,

теряет часть своего профессионализма, а бывает, становится и вовсе профнепригодным. Получается, что именно профессия оказывает на сотрудника такое разрушающее воздействие. И чем дольше он в этой профессии работает, тем меньше он осознает эти изменения.

Парадокс в том, что чем больше человек способен отстраниться от своей профессии, тем лучшим специалистом он будет. На первый взгляд, эта фраза нелогична и даже абсурдна. Любая работа меняет человека, затем, по мере того как она начинает вытеснять из его жизни все стальное - семью, друзей, увлечения - изменения становятся более явными. Представители одной и той же профессии бывают похожи не только по интересам, но и привычкам, особенностям общения, даже по стилю одежды.

Профессиональные навыки, такие важные и нужные на работе, часто мешают в обыденной жизни. Именно поэтому настоящий профес-

сионализм заключается не только в том, чтобы стать лучшим в своем деле, но и в том, чтобы от него отвлекаться. Продавцу-консультанту незачем в метро по дороге домой прикидывать, кто из пассажиров мог бы стать его покупателем. Только выйдя из профессиональной роли, мы можем взглянуть на себя со стороны, увидеть собственные недостатки и, значит, продвинуться вперед.

Работа может разрушать здоровье. Для охранников - это подробно описанные профессиональные заболевания, такие как тромбофлебит, нервные расстройства, полученные на тренировках повреждения. От однообразной работы возникает усталость, апатия (эмоциональное выгорание), нередко разрушаются отношения с семьей, друзьями, знакомыми, когда человек продолжает вести себя дома, как на работе (профессиональная деформация).

Уставший охранник, на первый взгляд, продолжает выполнять поставленные клиентом задачи, но выполняет их для галочки, без увлечения, а, зачастую, и без качественного результата. Основная причина выгорания - несовпадение требований, предъявляемых к работнику начальством и его реальными возможностями. Если эти требования велики, а сотрудник, ревностно относящийся к работе, по разным причинам не в состоянии их выполнить (например, просто не успевает), нарастает стресс, ухудшается качество работы.

Часто синдром выгорания развивается и при попытке сотрудника выслужиться, проявить себя. В этом случае охранник начинает предлагать различные нововведения, по собственному желанию берет на себя дополнительные обязанности.

Если клиент-работодатель не запрещает, но и не наделяет дополнительными полномочиями охранника, у него возникает чувство, что все его усилия пропадают даром («раз я формально ответственность за это не несу, то и выкладываться по полной незачем»), которое перерастает в апатию, нежелание работать.

Эмоциональное выгорание заразно. Пораженные этим синдромом люди становятся циниками и пессимистами, для них характерно пренебрежительное отношение к работодателю. Взаимодействуя на работе с другими людьми, которые так же (хотя возможно и по другим причинам) находятся в состоянии стресса, выгоревший работник может быстро распространить среди других сотрудников свои негативные эмоции.

Важно помнить, что эмоциональное выгорание - не болезнь, нельзя определить точную дату его начала, оно развивается постепенно по мере «вращения» человека в профессию, принятия ее норм и правил. Профессия охранника устроена таким образом, что иногда сама провоцирует развитие выгорания. (См. журнал «Мир безопасности», №6/175 июнь 2008г.).

Основные части эмоционального выгорания

Эмоциональная опустошенность. На работе нельзя проявлять никаких эмоций - охранник должен действовать холодно и расчетливо в любой ситуации, тревожной или радостной, он не имеет права поддаваться на провокации. Постепенно он начинает действовать как робот. Вне работы такой человек еще способен какое-то время жить полнокровными эмоциями, но со временем циничное отношение к жизни, к людям распространяется и на другие сферы. Нарастают опустошенность и усталость. Особенно опасна демонстративная форма **эмоциональной отстраненности**, когда профессионал всем своим видом показывает, что ему на все наплевать.

Формальное отношение к работе. Может отмечаться полная или частичная утрата интереса к личности клиента, он начинает восприниматься как неодушевленный предмет, сам факт его существования оценивается как досадное обстоятельство. Сотруднику начинает казаться, что он очень плохо работает. Возникает мысль, что в этой профессии он ничего не добился и вряд ли добьется. Все, за что бы он ни брался, кажется ему недостаточно хорошо сделанным, незавершенным, не выдерживающим критики. Доводы окружающих его не переубеждают, ему кажется, что руководство и коллеги над ним насмеяются. Накопившиеся и не находящие выхода эмоции прорываются в хронических заболеваниях, запойном пьянстве.

Имеет смысл разделять предпосылки и факторы эмоционального выгорания. *Предпосылки* - это все, что есть общего в характере людей, работающих охранниками; это черты характера, которые делают людей более восприимчивыми к стрессу, это - фундамент для выгорания.

Факторы выгорания - это специфика работы охранника, то, от чего он больше всего устает на работе.

Предпосылки выгорания. Большинство охранников - бывшие военные, зачастую побывавшие в горячих точках. По различным данным, 60-75% ветеранов страдают посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР - тяжелая реакция на травматическое событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, которое оказалось



бы потрясением почти для любого человека - такое, как, например, участие в военных действиях).

Хотя это не болезнь, а временное состояние, лишь небольшое количество людей способно самостоятельно и без потерь справиться с ПТСР. При отсутствии психотерапевтического (а порой и медикаментозного) лечения, тревога загоняется внутрь, внешне человек становится как все. Ветераны боевых действий вынуждены придумывать собственные способы контроля над собой: ритуалы, намеренное избегание тревожных ситуаций. Но такая загнанная внутрь травма все равно проявляет себя во вспышках агрессии, заторможенности или, наоборот, повышенной возбудимости, бессоннице, ночных кошмарах, алкоголизме, вспышках жестокости и т.д. В экстремальной ситуации такой человек способен утратить чувство реальности: ему вдруг покажется, что он на передовой под пулями врага, и он действительно может открыть огонь, поставив под угрозу жизнь всех, кто окажется поблизости. Именно из-за этой непредсказуемости в США низок спрос на охранников и телохранителей из бывших морских пехотинцев или ветеранов Вьетнама.

Другой вид частных охранников - бывшие сотрудники правоохранительных органов. Вследствие работы в органах МВД у сотрудников нарабатываются стереотипы, осложняющие работу. Выделяют шесть таких стереотипов: «начальник должен быть всегда жестким, твердым, настойчивым», «начальник всегда прав», «приказы не обсуждаются», «от меня все равно ничего не зависит», «к каждому начальнику разный подход нужен», «виновен тот, кого я считаю виновным». Постоянный контакт с правонарушителями приводит к тому, что речь бывших милиционеров содержит заимствования из криминального языка (использование уголовного жаргона, обращение по кличкам).

Бывший сотрудник милиции и бывший военный, став охранником, чувствует себя в определенном смысле беззащитным. Раньше за его спиной был приказ, который не обсуждался. Поэтому он, не раздумывая, мог применить оружие в экстремальной обстановке.

Вооруженный сотрудник охраны в аналогичной ситуации должен сделать все, но не допустить применения оружия. Основная задача охранника - профилактика форсмажора. В противном случае адвокату нарушителя не составит труда найти в его действиях превышение пределов необходимой обороны. Военные, сотрудники МВД с одной стороны, и частные охранники с другой - это два разных психологических типа людей и очень часто первый так и не может стать вторым.

Даже если частный охранник в прошлом не служил ни в горячих точках, ни в правоохранительных органах и никогда раньше не занимался стрельбой, в процессе обучения он может столкнуться с методами психологической нагрузки. Обычный среднестатистический чело-

век редко может без заминки, без раздумья выстрелить в упор в другого человека.

Драгоценные секунды терять нельзя, поэтому еще до начала профессиональной работы моральный барьер, запрещающий убивать себе подобного, должен быть сломан. Методики психологической нагрузки предполагают стрельбу по фотографиям и по объемным манекенам. К мишени на место головы приклеивается последовательно фотография незнакомого человека, затем знакомого, затем родственника, и в конце - собственная фотография стрелка, которую он должен поразить с расстояния 5-7 метров.

Получается, что охранником становится либо уже травмированный в горячих точках человек, или, если он не служил, в процессе подготовки его специально «ломают», искусственно сдвигая усвоенные с детства моральные нормы, снижая ценность человеческой жизни.

Факторы выгорания. Основной причиной выгорания частных охранников является, бесспорно, необходимость постоянной сосредоточенности, нахождения в состоянии готовности. В любой момент может возникнуть критическая ситуация, которая требует немедленного реагирования. Все это сочетается с очень призрачной возможностью защитить себя самого - ведь оружие употреблять нежелательно.

Тяжело переносится и невозможность выделиться на работе - охранник должен быть незаметен, не привлекать к себе внимания ни внешностью, ни поведением. Он не должен раздражать, отвлекать, оттягивать на себя внимание клиента и окружающих его людей.

Утомляет монотонность труда - выполнение одних и тех же простых действий, не вызывающих положительных эмоций. В результате теряется интерес к выполняемой работе, снижается внимание, наблюдательность.

Охранник должен учитывать все параметры ситуации, иначе он начнет во всем видеть только плохое.

У минеров есть правило - работать не более двух часов в день. Мало профессий могут сравниться с профессией минера по напряженности. Замечено, что примерно через два часа усталость, нервозность обстановки, страх сделать неверное движение образуют гремучую смесь. Результат становится безразличен: «да будь, что будет, лишь бы уже закончить...». Итоги такой, пусть даже секундной, слабости могут быть катастрофическими. Работа охранника схожа с работой минера в том, что требуется постоянная сосредоточенность. Только редко есть возможность сменять охранников каждые 3-4 часа. Не всегда получается обеспечить четко фиксированное время работы - переработки неизбежны. В результате нарастает усталость, безразличие, лень, апатия.

Самый главный враг не прячется где-то рядом, он находится внутри нас. И его надо победить.

Сложная задача в этой борьбе стоит и перед руководителем охранного предприятия. Он должен четко представлять себе, насколько быстро устает от однообразной работы каждый из его сотрудников. Один может выполнять одни и те же действия целый день, не отвлекаясь ни на минуту. Другому уже через 2-3 часа необходимо дать другое задание, иначе пострадает качество работы.

Руководитель должен постоянно контролировать охранников-подчиненных. Он внимателен к проблемам, волнующим подчиненных, постоянно отслеживает качество их работы, если необходимо, то применяет санкции, штрафы.

Во многих компаниях специально оговаривается нежелательность дружбы охранника с другими сотрудниками. За границей во время обеда ни один работник не сядет за один стол с охранником из страха, что их обвинят в сговоре.

Даже сегодня еще сравнительно часто встречаются частные охранники - не профессионалы по призванию, а люди, просто не нашедшие себе другого применения. Множество обычных охранников никогда не служили ни в армии, ни в милиции. Это студенты, которым нужно только подработать в течение 4-6 месяцев; лентяи, которые не хотят работать «по часам»; неудачники, которые не смогли никуда больше устроиться. Такое представление о профессии возникает от небольших возможностей роста зарплаты и продвижения по службе, повышения квалификации.

Окружающие относятся к частному охраннику как к «неудачнику, который не смог нигде больше устроиться». Такое отношение окружающих, а что еще более обидно - близких людей, шутки на эту тему, тоже снижают самооценку и вносят свой вклад в развитие выгорания. Основной враг охранника небольшого объекта - скука и нежелание работать.

Попробуем набросать портрет измененного профессией частного охранника. Все его недостатки - суть продолжение его же достоинств, слишком сильное развитие качеств важных и необходимых для качественного выполнения работы.

Постоянное напряженное внимание оборачивается чрезмерной мнительностью, преувеличением возможной опасности, порой доходит до разоблачения им же придуманных заговоров.

Неуважительное отношение окружающих, неуверенность в возможности сделать карьеру влечет стремление любым способом повысить собственный вес (в глазах клиента, в своих собственных глазах, в глазах окружающих). Выражается это в стремлении запугать клиента, сделать из него параноика, подозревающего всех и вся, - все это ради

того, чтобы убедить клиента в собственной незаменимости. У телохранителей в этом случае часто расплывается грань между границами своей профессии и частной жизнью клиента, что влечет излишнюю амбициозность, стремление выйти за рамки своих полномочий.

Стремление повысить собственную значимость может проявиться и другим способом - в стремлении унижить клиента, хотя бы мысленно. Выражается это в демонстрации своих физических возможностей (желание «поиграть мускулами»). Такой охранник думает, прежде всего, о себе, а не о клиенте, которого зачастую презирает как слабака.

Интерес к работе падает, сотрудник вынужден, даже не осознавая этого, придумывать для себя новые причины, почему он продолжает работать частным охранником. Одной из самых опасных мотивировок является «стремление работать не за деньги, а за интерес», чтобы «было что вспомнить». Работа начинает восприниматься как романтическое приключение, в котором охраннику предоставляется возможность продемонстрировать свои достоинства. Охранник может сам провоцировать опасные ситуации, вместо того, чтобы их предотвращать.

Снижение желания работать ярко проявляется в грубых нарушениях дисциплины, что в половине случаев и является причиной увольнения. Охранники не выходят на работу без уважительных причин, начинают употреблять спиртные напитки, перестают подчиняться требованиям клиента, небрежно обращаться с оружием.



Проблема текучки кадров стоит перед частными охранными предприятиями очень остро. В одном из московских ЧОО за год уволилось (или были уволены) 37 из 150 сотрудников, то есть около четверти обученных и лицензированных сотрудников сменили работу. Информация о новых вакансиях распространяется очень быстро благодаря Интернету. Часто возникает парадоксальная ситуация: большую часть своего рабочего времени охранник тратит на... поиски нового места работы через Интернет. Места, где

платили бы еще больше, а работать надо было бы еще меньше. Но, несмотря на то, что предложений о работе множество, все они предлагают примерно одинаковый уровень оплаты. Чтобы получать больше, необходимо выдержать очень серьезный отбор, придерживаться жестких требований во время работы. Как раз на подобные должности стара-

ются брать охранников из бывших военных - считается, что они более дисциплинированы, лучше подготовлены.

Почему же у одних сотрудников охранных агентств эмоциональное выгорание возникает быстро, за первые полгода-год, а у других - на формирование этого синдрома могут уйти годы? Однозначного ответа на этот вопрос нет. Здесь мы приведем лишь одну из возможных точек зрения.

Кто предупрежден - тот вооружен: осведомленность об эмоциональном выгорании, мысль о том, что с увеличением стажа работы сотрудник меняется не всегда в лучшую сторону, уже частично разрешает эту проблему. Такое знание позволяет посмотреть на себя со стороны, критически оценить, есть ли конкретно у меня похожие симптомы. Это дает возможность самостоятельно (или при помощи специалиста-психолога) их корректировать. Разработан ряд практических методик, позволяющих своевременно выявить тревожные симптомы. Затем специалист планирует комплекс индивидуальных или групповых занятий, позволяющих снять отрицательные проявления.

Изучив предложенную психологами симптоматику и перенеся ее в ракурс частной охраны, можно определить главную движущую силу профессионального выгорания: невозможность, отсутствие возможности у частного охранника (бюджетной) образовательной организации, работающего вахтовым методом на одиночном (одинарном) посту получать радость от жизни. Жизнь начинает терять смысл, в связи с чем охранник приходит в состояние «предболезни». При отсутствии необходимого внимания психолога может развиваться устойчивое болезненное психическое расстройство.



РАЗДЕЛ VII

Страхи и пограничные психические состояния как результаты разрушения центральной нервной системы сотрудников охраны образовательных организаций. Роль начальника охраны в профессиональной фильтрации

Психология страха

Значение страха как эмоционального процесса в деятельности частных охранников образовательных организаций

Эмоциональное состояние – внутреннее состояние чувств человека. Гамма изменяющихся чувств под влиянием внешних раздражителей образует внутренний эмоциональный процесс. Отрицательно окрашенный эмоциональный процесс, вызываемый реальной или воображаемой опасностью когда-то назвали СТРАХ. Страх – Фобос и ужас – Деймос сопровождали Бога войны Марса и остались спутниками планеты Марс, открытыми американским астрономом Асафом Холлом в 1877 году. Страх необходим живому организму для мобилизации сил на избегающую реакцию. Отражение в сознании эмоциональных процессов при воздействии страха определяется психологами как переживание.

Основные биологические функции страха и сопутствующих эмоциональных состояний - приведение в действие защитных систем: сигнальной, адаптационной, поисковой. Различаются степени интенсивности страха: опасение, боязнь, испуг, ужас, панический ужас. Страх заложен в человеке на генном подсознательном уровне десятками тысяч лет борьбы за выживание. Страхи перед нападением ночных хищников, перед темнотой, перед чащей девственных лесов или водных глубин продолжают жить в каждом человеке вопреки развитию сознания. В деле защиты человека страх готов сделать лишнее - «перебдеть», чем не доработать. Психика - это не только рассудок мыслящего человека, но еще и защитные механизмы, которые действуют помимо рассудка, как генный опыт тысяч и тысяч поколений. Страх - один из защитных механизмов выживания, не может быть полностью вы-

теснен сознанием. Деятельность эндокринных желез стимулируется страхом по схеме, схожей со стрессами.

Говоря о психологической подготовке, назову ее в большей степени психической. Необходимо перестраивать именно психику охранника через целевое обучение начальников охраны. Психологическая подготовка заключается в умении использовать законы психологии для воздействия на психику объекта, на обретение самообладания, уравновешенности как в чрезвычайных, стрессовых обстоятельствах, так и в повседневной практической деятельности. Проблема страха, управление страхом (если хотите) - первый аспект психической подготовки. Существует неизвестный нам процент охранников, для которых не недостатки в тактико-специальной или правовой подготовке, а именно страх (страхи) является главным препятствием в правильном исполнении своих обязанностей. Из множества видов охраны и типов охраняемых объектов - в дошкольных образовательных организациях, в общеобразовательных организациях и в иных образовательных организациях страхи играют наиболее значительную деструктивную роль для психики охранника.

Не отягощенный знанием психологии человек желает избавиться от страха. Страх живет в нас на уровне инстинктов, является частью главного инстинкта - инстинкта самосохранения. Страх отсутствует у некоторых психопатов; можно временно уничтожить страх медикаментозными средствами, одно из которых - спирт. Возможно, имело цели преодоления страха Постановление Государственного комитета обороны от 22 августа 1941г. №562с «О введении водки на снабжение в Красной армии»: «установить, начиная с 1 сентября 1941г., выдачу 40⁰ водки в количестве 100 гр. в день на человека красноармейцу и начальствующему составу войск первой линии действующей армии». Ради исторической справедливости замечу, что наш противник ввел раздачу в войсках шнапса, а Воинским уставом русской армии, изданным по указу Петра I в 1716 году, порционом и рационом предусматривалась для всех категорий военнослужащих выдача в день: водки - 2 чарки (246 миллилитров, а проще говоря, четвертинка) или 1 гарнец (3,27 литра) пива.

Есть категория людей, для которых понятие «долг», в том числе служебный, настолько важно, что помогает справиться со страхом. Но таких отважных не большинство. В некоторых случаях страх может быть вытеснен более сильными чувствами: гневом, отчаянием. В этом случае человек (в нашей теме охранник) начинает действовать неосмотрительно, «теряет голову». Возможны другие «моментальные» реакции механизма страха - оцепенение, бегство, повышенная агрессивность. Обучающая задача начальника охраны: приучить (это слово мы постоянно применяем по отношению к охраннику, заменяя более понятное слуху «обучить») постового сохранять способность мыслить и руководить своими действиями в критической ситуации и даже обострить мыслительные процессы. Исключить парализующее

влияние страха, сохранять самообладание. «Действовать по инструкции». Для чего инструкция должна быть прочитана и отрепетирована тренингами десятки раз. Действия по инструкции должны стать такими же подсознательно инстинктивными, позволяющими автоматизмом вытеснить страх. Превратиться в условный рефлекс хотя бы в самых необходимых поступках: держать «на теле» КЭВП, жать на нее, пользоваться громкой связью, звонить оперативному дежурному... Вытеснению страхов в дальнейших осмысленных деяниях мешают три подавляющих механизма: чувство вины (можно сказать: комплекс вины), представление, что инициатива наказуема и боязнь ответственности. Дополнение тренингов по воплощению знаний инструкции в практические действия разъяснениями, беседами, впечатляющими примерами, блокирующими подавляющие тормозящие механизмы (психологические барьеры) есть часть повседневных обязанностей начальника охраны по отношению к своим подчиненным.

Правильная модель общения с охранником - отдельный вопрос психологии. К деятельности частных охранников чаще относится вызванное неопределенностью источника опасности постоянное ощущение (состояние) тревоги, воображение неблагоприятного развития событий. Непрерывное состояние тревожности побуждает к повышенной ориентированности в среде, в которой находится охранник. Казалось бы, для охранника на посту такое состояние есть нормальное профессиональное поведение, которого мы добиваемся, подкрепляемое инструктажами и повышенным контролем. Однако никем не берется в расчет, что охранник в бюджетных образовательных организациях все 24 часа находится **один** и без оружия. *«Плохо человеку, когда он один. Горе одному, один не воин - каждый дюжий ему господин, и даже слабые, если двое».* (В.Маяковский, поэма «Владимир Ильич Ленин»).

В те часы, когда охранник остается один на тысячи квадратных метров помещений в ночные часы, обостренно начинают действовать врожденные рефлексy ощущения угрожающей опасности. Повышенная неослабевающая тревожность без разрядки нервной системы постоянно, на протяжении длительного времени разрушительно влияет на психику. Вспомните из законодательства и приказов Минздрава по оценке условий труда - из чего складываются «вредные условия»? Напряженность труда - характеристика трудового процесса, отражающая нагрузку на центральную нервную систему, органы чувств и эмоциональную сферу работника. Теперь представьте себе обычного гражданского человека, не воина, который поддерживает состояние возбуждения нервной системы в ожидании не происходящих тревожных событий без перерывов и отдыха *несколько суток, много суток.* Ни один психиатр не ответит на вопрос: сколько времени выдержит нервная система непрерывную эмоциональную перегрузку повышенной напряженности трудового процесса, если охранник работает вахтовым методом. Пятнадцать суток на посту, тридцать суток? Два месяца? В особенности, когда

ежесуточное состояние ночной тревожности в струю дополняется ежедневными стрессовыми ситуациями, возникающими по различным причинам. Стрессы и их самостоятельная разрушительная роль рассматриваются в отдельной большой теме. А здесь в дополнение к т.н. разовым, к приходящим страхам и непрерывности дрящегося тревожного состояния рассмотрим социальный страх как дополнительную эмоциональную реакцию организма к оценке его социального благополучия. В науке благоприобретенные факторы страха называются «культурными».

Культурные факторы сопровождают в работнике страх потерять место, потерять заработок и возможность устойчиво поддерживать относительный достаток для своего существования. Культурные факторы чаще всего обостряются в примере с частным охранником в одиночестве пребывающем в образовательной организации в обстановке непрерывной тревожности, сопровождаемой стрессами. «Удачно» дополняются напряженностью трудового процесса с малой надеждой на улучшение жизненных условий в его родном застойном регионе, как и в улучшении условий от заказчика. Индивидуальные различия в темпераменте, возрасте и опыте, характеризующие волю, определяют протяженность временных отрезков и характер реакции органов, отвечающих за высшую нервную деятельность. Центральная нервная система переполняется «гормонами смерти», которые кровообращение не успевает выносить.

Смысл жизни мужчины - это его дело, а смысл жизни женщины - она сама (и ее дети). Поэтому женщины так много вкладывают в себя, в свою красоту, привлекательность, а мужчины предпочитают иметь любимое дело и посвящать себя ему. Так в сознании мужчины трактуется востребованность обществом. Работу оценивают люди. Значит необходимо занятие, признаваемое общественно значимым.

Страх потерять любимое дело, работу исходит из древних установок. Бездельник племени не нужен. Платить такому не за что. В первобытном обществе платой (вероятно) были лучшие куски мяса. Сегодня - деньги, успех, признание, уважение. Мужчины страшатся все это потерять.

Из проведенных психологами опросов установлено, что женщины главным своим интересом *считают отношения с мужчиной*. Мужчины главным своим интересом считают свое дело. Будь то бизнес или работа по найму.

Потеря любимой и доходной работы ведет к потере социального статуса, к невозможности содержать семью.

Женщины ожидают от мужчин самостоятельности и благополучия. Если мужчина не работает, не интересен людям, отсутствуют его общественные полезность и востребованность, ему не платят. Такой мужчина расценивается женщинами, как несостоятельный, неблагополучный, не достойный их женского внимания.

Страх потери социального статуса усиливается в кризисные времена. Вот почему в кризис возрастает число инфарктов у мужчин, возрастает число психических заболеваний, число самоубийств. «Боливар не вынесет двоих!» (О,Генри). Финальная сцена рассказа «Дороги, которые мы выбираем».

Нужно становиться дороже. Поднимать квалификацию, одолевая образовательный стандарт по профессии, когда он будет принят, постоянно учиться. Осваивать смежные профессии, становиться более востребованным. Не нарушать трудовую дисциплину. В этом суть кардинального излечения социальных страхов.

Страх потерять работу и стать ненужным является главным в комплексе социальных страхов. Когда нет прямой угрозы жизни и здоровью, требуется отбросить опасения и заниматься делом, чтобы всегда быть нужным и востребованным.

Такова примерная суть психологических тренингов по изгнанию социальных страхов. Начальник охраны (если хотите) должен стать настоятелем, духовным отцом охранника, излечивающим его душу, пока не встала необходимость вмешательства врача. И по этой причине ТОЖЕ «настоятелями» в частной охране у 60-ти летних ветеранов не могут по определению быть 20-ти летние выпускники колледжей, не познавшие службу, не прошедшие «горнила» и «ступени», не ставшие суровыми воинами. Салажата (это пофлотски). Не понявшие, как говорят в армии, службы.

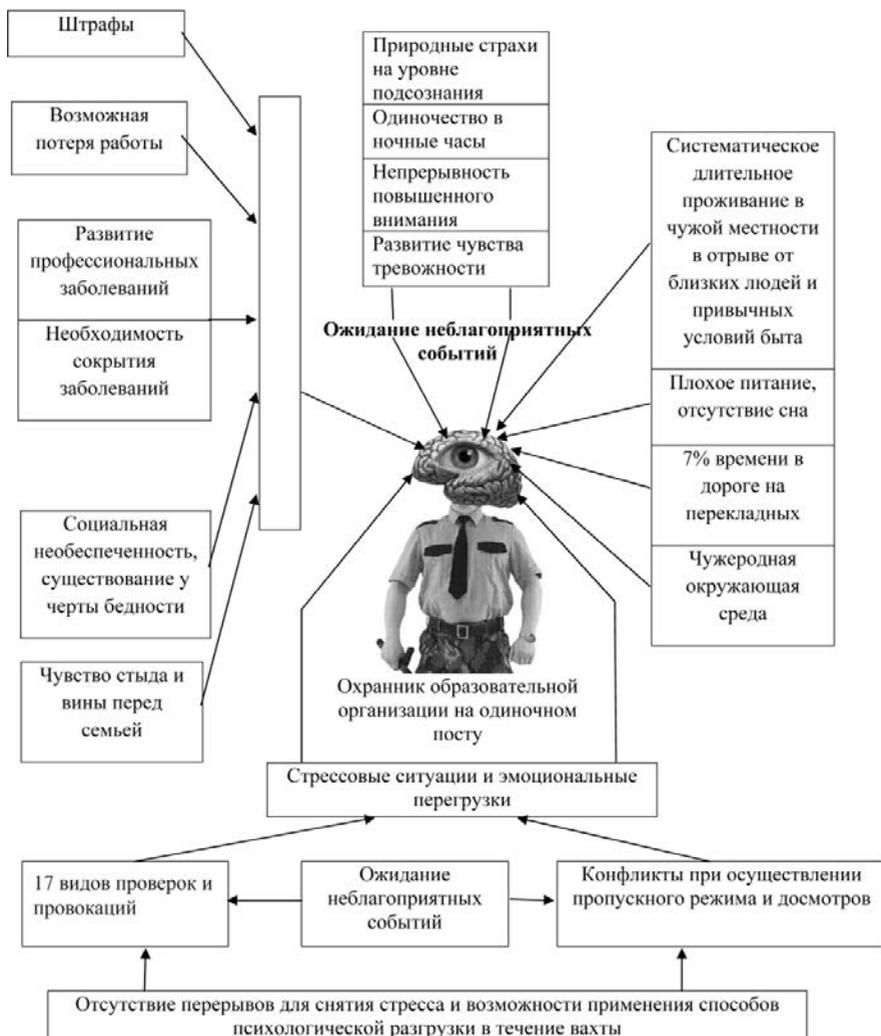
Функциональные страхи. Другую группу страхов частного охранника образовательных организаций мы назовем «Функциональные страхи». Сродни страхам перед психологическими барьерами, однако имеют более предметный материальный характер. Функциональный страх необходим для дальнейшего социального и биологического существования человека. Он предупреждает о предстоящей опасности, сосредотачивает внимание на ее источнике. Любой страх несет в себе некую функциональную составляющую. Так страх высоты сберегает от падения в пропасть, страх боли - от необдуманных поступков. Страх публичных выступлений заставляет более тщательно готовиться к собраниям.

Ошибок в охране следует избегать путем знания и следования должностным инструкциям, обучением, тренингами.

Постоянные функциональные страхи, нарушение функции адаптации к окружающему относятся к функциональным невротическим расстройствам. Не представляющие опасности для жизни, они сопровождаются неприятными переживаниями и даже страхом смерти. И способствуют развитию гормональных нарушений, о которых говорилось в разделе о стрессах. Обычная картина: охранник (охранница), считающие себя смертельно больными, не верят врачам, бесконечно обследуются. В этом случае необходимо делать решительный шаг. Менять профессию и начинать искать причину в своей голове.

Карта психологических эмоциональных нагрузок на центральную нервную систему охранника образовательных организаций

*Отсутствие возможностей изменить условия
со стороны частной охранной организации*



Главные выводы из нашего ознакомления с природой страхов и со структурой страхов охранников образовательных (главным образом бюджетных) организаций:

- начальник охраны в состоянии оказать психологическую помощь охраннику в преодолении социальных страхов, но не может решить его социальные проблемы. Решение социальных проблем охранника могут инициировать СРО, Союз СРО НСБ, Союз ОСО, профсоюзы НСБ, Общественная палата РФ, Объединение предпринимателей - взаимодействуя с Правительством Москвы;

- начальник охраны обязан хорошо знать психологию, симптоматику реактивных психических состояний охранника, чтобы правильно и своевременно определить так называемые клинические случаи развивающихся заболеваний, отделить их от временных обратимых расстройств, преодоление которых возможно тренингами и иными не медицинскими психологическими методами, имеющимися в распоряжении ЧОО.

Реактивные состояния организма охранника образовательных организаций на непрерывные (без отдыха, необходимого на разрядку) внешние раздражители (функциональные страхи), усугубляемые стрессами и социальными страхами, проявляются:

- в профессиональном выгорании;
- в многочисленных фобиях;
- в депрессивных состояниях;
- в неврозах и психопатиях;
- в развитии устойчивых психических заболеваний.

Распознавание и определение профнепригодности охранников образовательных организаций, страдающих фобиями

Фобия (от греческого «фобос» - страх) - симптом, сутью которого является нерациональный, неконтролируемый, навязчивый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определенных ситуациях или в присутствии, в ожидании некоего известного объекта. Психическое расстройство, при котором организм человека или животного непроизвольно испытывает болезненный страх.

В психиатрии фобией принято называть патологически повышенное проявление реакции страха на тот или иной раздражитель. Фобия - сильно выраженный навязчивый страх, необратимо обостряющийся в определенных ситуациях и не поддающийся полному логическому объяснению. В результате развития фобии человек начинает бояться и соответственно избегать определенных объектов,

видов деятельности или ситуаций. В психоанализе фобией также считается навязчивый невроз, при котором тревога становится ведущим и мотивирующим поведением симптомом. В приведенном ниже списке фобия понимается как синоним фобической болезни или тревожной истерии. В медицинском психиатрическом смысле только очень небольшая часть из приведенных ниже терминов может быть названа фобией как «клиническим состоянием, требующем психологической коррекции». Если страх выходит из-под контроля, может быть поставлен диагноз панического расстройства.

Под влиянием эмоциональных перегрузок у охранника образовательных организаций одни фобии возникают, другие (наследственные) развиваются. По международной таблице наиболее встречающихся фобий - 245. Российские психологи насчитывают 582 разновидности.

Среди них 24 могут иметь отношение к деятельности охранников образовательных организаций и подлежат выявлению в ходе психологического обследования подчиненных начальниками охраны группы объектов. Назовем все фобии, представляющие интерес по нашей тематике:

- аугонистрофобия - боязнь съемки на камеру;
- аукторитофобия - боязнь представителей власти;
- гипенгиофобия - боязнь брать на себя ответственность;
- децидофобия - боязнь принимать решения;
- дисморфобия - боязнь физических недостатков;
- катагелофобия - боязнь насмешки;
- клаустрофобия - боязнь замкнутого помещения;
- клептофобия - боязнь воров, грабителей краж (клептомания - страстное желание что-нибудь украсть);
- логофобия - страх говорить с незнакомыми людьми;
- мониторофобия - боязнь наблюдения, слежки;
- неофобия - боязнь перемен;
- никтофобия - боязнь темноты, ночи;
- полициофобия - боязнь полиции;
- социофобия - боязнь оценки окружающими;

- спектрофобия - боязнь призраков;
- трискадекафобия - боязнь числа 13;
- телефонофобия - ожидание телефонного звонка;
- террофобия - боязнь терроризма;
- хоплофобия - боязнь оружия;
- хронофобия - боязнь перемен;
- эргофобия - боязнь работы;
- эремофобия - боязнь одиночества;
- эфебифобия - боязнь подростков;
- ятрофобия - боязнь врачей.

Охранник никогда не признается, что боится темноты или одиночества, что теряет дар речи при виде человека в форме. Фобии мешают качественному исполнению обязанностей по инструкции. Страдающий фобиями охранник в школе не пойдет ночью делать обход, забивается с наступлением темноты в бытовое помещение с невыключающимся электрическим освещением. Тот, кто не переносит одиночества, всю ночь до изнеможения будет названивать своим коллегам в другие школы, на другие посты и вести болтовню на любые отвлеченные темы. Хуже того, фобии нередко гасятся систематическим употреблением спиртного. Нездоровый охранник «запасает на ночь» бутылку водки. В 22 часа он уже не пригоден к исполнению обязанностей. Спит и его невозможно разбудить. Если всё же удастся дозвониться или достучаться, охранник с фобией произведёт впечатление не обычного пьяного, а совершенно невменяемого человека.

Профилактическое выявление страдающих фобиями достигается эффектом наложения на охранников обязанности звонков оперативному дежурному каждые два часа, в регулярном просмотре архивных видеоматериалов, где поведение охранника ночью отслеживается и говорит само за себя. Поведение и действия ночью, обязанности охранника четко должны фиксироваться в должностной инструкции ЧОО, под которой охранник расписывается, и знание которой начальник охраны проверяет бесконечное количество раз.

Американскими учеными экспериментальным путем доказано, что фобии передаются по наследству от матери к ребенку. Фобия - психическая неадекватность, но далеко не всегда душевная болезнь. Длительное состояние вахты обостряет развитие фобий и влияет на их переход в болезненное состояние, когда одной помощи начальни-

ка охраны со знанием приемов психологического тренинга уже недостаточно.

Фобии развиваются вместе с другими симптомами предболезни, с нарастающей депрессией, истерическими состояниями, ощущением безысходности, загнанности в угол. Носитель фобий обязательно должен быть выявлен в ходе продолжительных инструктаж-опросов, которые предусмотрены действующим Государственным контрактом на осуществление комплекса мер, направленных на защиту материального имущества объектов, обеспечение внутриобъектового и пропускного режимов для образовательных учреждений, подведомственных Департаменту образования города Москвы на 2013-2015 годы:

«п.5.4.21. Назначить ответственного представителя за организацию охраны на объекте. Обеспечить время работы начальника охраны объекта на каждом объекте не менее двух раз в неделю, не менее 2 (двух) часов в день.

п.5.4.22. Обеспечить проведение начальником охраны объекта занятий, инструктажей и тренировок по обязанностям сотрудников охраны на объекте не реже четырех раз в месяц».

Письмом (исх. №692-4 от 22 августа 2014г.) до всех генеральных директоров ЧОПов, задействованных в охране образовательных организаций г.Москвы, было доведено требование президента СРО «Школа без опасности» С.В.Саминского о выполнении пункта 1.9 Технического задания Контракта о необходимости регулярно, включая выходные и праздничные дни, своими силами и средствами проводить выездные проверки несения службы сотрудниками охранной организации на объектах охраны. Такие проверки проводить не менее трех раз в неделю, в том числе один раз в нерабочее время.

В этой связи С.Саминский обратился с просьбой: *«дополнительно проинструктировать начальников охраны о необходимости проводить проверки не менее трех раз в неделю, в том числе один раз в нерабочее время с отражением результатов таких проверок в Журналах дежурства на постах».*

Учитывая, что охранник на объекте образования всего один, 8 (восемь) часов в месяц на двух охранников составит по 4 часа, чего должно хватить для выявления состояний предболезни. При обнаружении симптомов психической неадекватности после опросов директора (заведующего) образовательной организации и заместителей, на которых возложены обязанности по обеспечению безопасности, нужно решать вопрос о достаточности психотерапевтических мер на месте или же о направлении охранника на обследование и

лечение к специалистам, учитывая весь комплекс характеристик охранника за весь период работы на объекте.

...Все же отношение гражданского общества к частной охране постепенно меняется в лучшую сторону. И происходит это во многом благодаря изменениям качества в охране образовательных организаций. Выразителем общественных настроений служат признанные всенародно таланты: артисты, писатели, сатирики. Кто не знает С. Лукьяненко и его серию романов о «дозорах»? В последнем, «Шестом дозоре», поступившем в продажу в декабре 2014 года, Лукьяненко словами главного героя, Светлого мага Антона Городецкого, так описывает подвиг охранника школы при осуществлении пропускного режима, вставшего на пути... (кому, вы узнаете, прочитав роман): *«А потом мы увидели охранника, обычно дежурившего между просторным вестибюлем с раздевалкой и собственно зданием школы. Тут у него стояли стол и стул, на столе лежал какой-то журнал, куда он вроде бы должен был записывать посетителей, но никогда на моей памяти этого не делал. Подобные вахтеры-охранники обычно заняты просмотром телевизора или чтением бульварных журналов. Этот мужик телевизор не смотрел за неимением и ничего не читал в связи с нежеланием. Когда ни детей, ни взрослых у его поста не было, он доставал простенький мобильник и играл на нем в тетрис. Четыре года, которые ходила в эту школу Надя, он играл в тетрис - и, по-моему, даже не подозревал о существовании иных игр.*

В общем, мужичок был простой, незамутненный, после службы в армии поработавший там по контракту пять лет, а потом отправленный в отставку. Ибо армия меняется вместе со страной, и таким простым ребятам там все меньше работы.

Так вот, сейчас этот недалекий, некрасивый, неумный и в общем-то совершенно чуждый мне человек лежал у стены - врезавшийся в нее с такой силой, что кое-где отвалилась штукатурка. Школа у нас старая, построенная на совесть, никакого гипсокартона и прочей фанеры - если уж столетняя штукатурка отваливается, как только вместе с частью кирпичей.

Охранника швырнули с такой силой, что кирпичи не выдержали. Как и его череп - под головой была лужица темной крови. Вампиры, если уж не кусают или не очаровывают, предпочитают самое простое, силовое решение конфликтов.

Сейчас не время было об этом размышлять. Но я все равно думал, что этот неказистый и глуповатый дядька не убрался с

дороги перед разъяренной вампиршей, только что убившей Инквизитора. Многие ли из умных, красивых, сильных были бы способны на такое? Не знаю. Но тихий ехидный голосок, который порой звучит в нашей душе, чтобы заглушить голос совести, в тот же миг прошептал» «Так, может быть, он потому и не убрался с дороги - что дурак?»

Я кивнул этому голосу. Да, может быть, именно так. И раз я слышу в своей душе этот голос - значит, я уже настоящий Иной. Но если я все-таки не соглашаюсь с этим голосом открыто - я все еще Светлый».

**НИКОГДА НЕ ЗАБЫВАЙТЕ, ЧТО
ПОСТОВОЙ ОХРАННИК - НАШ С
ВАМИ КОРМИЛЕЦ, САМОЕ ЦЕННОЕ
ДОСТОЯНИЕ ОХРАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ЧАСТЬ ЕЕ ОРГАНИЗМА, ЧЛЕН
КОЛЛЕКТИВА, НАДЕЖДА И ОПОРА.**

Примечание. Список используемой литературы и научных источников, изучавшихся при подготовке настоящего учебного пособия, а также термины и определения - размещены во 2-ой книге («Детская психология и безопасность»).

