

РОЗДІЛ 6 ІНШІ ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬОВОЇ МЕДИЦИНИ

УДК 612.821

БЕЗПЕКА ОФІЦЕРІВ АПАРАТУ ВНУТРІШНЬОЇ РОЗВІДКИ: ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ І ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНИЙ АСПЕКТИ

¹Галдецька І.Д., ³Золотарьова О.А., ⁴Крупська О.О., ⁵Морозов О.М.,
²Сергієнко А.В., ⁶Сергієнко Т.А.

¹Київське училище міліції спеціального призначення

²Українська військово-медичної академія

³Департамент медичного забезпечення і реабілітації МВС України

⁴Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

⁵Національна академія СБ України

⁶Департаменту військової контррозвідки СБ України

Резюме. У статті, на підставі майже 25 річного досвіду психофізіологічного і оперативно-психологічного забезпечення офіцерів негласного апарату розвідки МВС у різних екстремальних ситуаціях мирного і воєнного часів, розглянуто особливості організації психолого-психіатричної допомоги на різних етапах. Пропонується нова система психофізіологічного і психофізіологічного забезпечення оптимальної діяльності й оперативного довголіття.

Ключові слова: Надійність персоналу, надійність агентурно-оперативного складу, особиста безпека розвідника, внутрішня розвідка, негласний апарат, медицина катастроф, психіатрія катастроф, оперативно-бойова психічна травма, бойова хірургічна травма, професійне (оперативне) довголіття, психогігієна, психофізіологіка і корекція станів здоров'я цивільного населення, військовиків і правоохоронців, прикладна і оперативна психологія, інтегративна психологія, оперативна-бойова психофармакологія і токсикологія, змінені (особливі, розширені) стани свідомості, керування свідомістю.

Вступ. Проблема комплексного (в т.ч. медичного, соціально-психологічного, психофізіологічного та ін.) якісного кадрового забезпечення офіцерського складу негласного апарату розвідки МВС-СБУ (в даному випадку маються на увазі офіцери-розвідники (чоловіки і жінки - так звані «робочі», «робітники» та ін. за професійним сленгом) розвідувально-пошукових, оперативно-установчих, оперативно-технічних, візуальних та інших документуючих підрозділів; оперативного впровадження та особи, які працюють під оперативним прикриттям) полягає саме у специфіці їх щоденної оперативно-службової та позаслужбової діяльності. Негласний, тобто глибоко конфідентний, конспірований, легендований (зашифрований) характер їх існування протягом усього життя, розповсюджується на всі сфери.

До прийняття Закону України «Про оперативно-розшукову діяльність» їх діяльність була фактично поза законом і регламентувалась відомчими інструкціями з найвищим грифом таємності. Сам факт їхнього існування ніколи не визнавався жодним з керівників правоохоронних відомств, та й у самих відомствах про них знало дуже вузьке коло «посвячених» осіб.

Навіть у власній родині або у колі друзів, що, часом, буває особливо обтяжливо, офіцер-розвідник не має права на відвертість. Тому, що сам факт його розшифровки як співробітника оперативно-розшукового (точніше – розвідувально-пошукового або оперативно-технічного) органу і взагалі – як представника правоохоронної системи, може коштувати йому життя.

Так вже відбувається, що після проходження кандидатами на службу військово-лікарських комісій і професійного психофізіологічного добору, тривалої і ретельної спеціальної перевірки, успішного стажування і зарахування до штату, офіцери негласного апарату розвідки (і чоловіки, і жінки) в подальшому залишаються поза контролем медичних працівників, психологів і психофізіологів. Щорічні медичні профілактичні огляди, як відомо, суто формальна процедура – особливо через специфіку служби цієї категорії оперативного складу. Таким чином, офіцери негласного апарату розвідки МВС залишаються фактично сам-на-сам зі своїми соціально-психологічними, медичними і сімейно-побутовими проблемами протягом всієї служби, та й, навіть, після її завершення.

Заради справедливості слід зазначити, що існує відповідна нормативна база, що передбачає індивідуальну виховну роботу і обережне ставлення керівництва до особового складу, відвідування ними підлеглих на дому, організацію спільного дозвілля, підтримання духу елітарності тощо. Реалії ж такі – все лишається на папері, має декларативний характер, матеріально не підкріплено і практично не реалізується. Знову таки – через специфіку служби.

Стан ускладнився через скорочення посад психологів у складі власних кадрових апаратів і скасування інституту довірених лікарів-психіатрів.

Негативний відбиток на психологічному стані кадрових розвідників має зміна керівного складу агентурно-оперативних підрозділів на всіх рівнях, коли на посади призначаються офіцери з неоперативних служб. Особливо таких, які запламували себе корупцією – це адміністративні підрозділи: ДАІ, патрульно-постова або паспортна служби. На зміну династично і корпоративно вихованим офіцерам-розвідникам почали приходити випадкові особи. Розмивається професійне ядро, втрачаються багаторічні традиції, в засобах масової інформації з'являються публікації, що фактично розкривають державну таємницю. Почався масовий відтік грамотних і зрілих фахівців – а деякі поповнюють ряди криміналітету. Різко погіршилось матеріально-технічне забезпечення (не оновлюється службовий автотранспорт і спеціальна техніка документування, засоби захищеного зв'язку і службовий гардероб тощо). Змінився (погіршився) порядок зарахування і пільгова сплата періодів безпосередньої бойової служби («у полі»). Замість місяць за три – тепер рік за два! Питання – а якщо не повний рік?! Не зарахують?! Наприклад у дільничних інспекторів міліції – рік порівняно мирного життя за півтора.

Таким чином, на психолого-психіатричний стан, а через нього – і на ефективність оперативно-службової діяльності офіцерів негласного апарату розвідки впливає комплекс факторів.

Матеріали і методи. Клініко-психопатологічний, епідеміологічний, катamnестичний, медико-соціальний, статистичний

Результати дослідження та їх обговорення. Моделями з вивчення наслідків впливів, що психотравмували особовий склад органів і військ, у нашому дослідженні служили (повністю або фрагментарно) аварія на Чорнобильській АЕС у 1986 році, аварія на підводному атомному ракетоносному човні "Комсомолец" у 1989 році, землетрус у Вірменії у 1988 році й у Киргизстані (Суу-Самир) у 1992 році, залізнична катастрофа у Башкортостані, повінь у Грузії, аварія на хімічному підприємстві, контртерористична операція на військовому аеродромі Вещево, бойові дії на об'єкті А-100, у Таджикистані й Чечні, різні екстремальні чинники оперативної діяльності і військової праці тощо.

В усіх зазначених ситуаціях особовий склад підпадав під вплив комплексу несприятливих чинників з вираженим стресовим ефектом. Було встановлено, що при корекції в особового складу нервово-психічних порушень, суїцидальної і адиктивної поведінки, викликаних різними екстремальними чинниками, необхідно враховувати специфіку останніх (особливості променевої, холодової травм, закономірності бойового та оперативного стресу тощо). Виникаючі при цьому психічні розлади та ухили поведінки обумовлені складними патологічними змінами внутрішнього середовища організму, а ліквідація останніх вимагає глибоких професійних знань цілого ряду фахівців.

Нерідко психофармакологічна корекція і психоінформаційна підтримка виступають тільки в якості одного з елементів у комплексній терапії постраждалих з різними видами бойової та оперативної патології (при синдромі тривалого здавлення, променевої, холодової травмах і т.д.).

Використання фармакологічних препаратів для профілактики бойового (оперативного) стресу також залишається дотепер невирішеною проблемою в багатьох своїх аспектах і, насамперед, у плані впливу на праце-, боєздатність особового складу в цілому та праце-, боєздатність окремих оперативних співробітників і військовиків. Тобто мова може йти про проблему безпеки і надійності особистості.

Такий стан проблеми визначає необхідність дослідження можливостей фармакологічної і психоінформаційної підтримки оперативного (професійного) довголіття, оптимальної життєдіяльності і працездатності здорової людини в екстремальних умовах, проведення аналізу стреспротективної дії препаратів на окрему особистість, розробки основних напрямків і принципів корекції змін у стані здоров'я військовиків, викликаних різними екстремальними чинниками (при опіках, хімічній і променевої травмах, хронічному інтоксикаційному стресі, синдромі тривалого здавлення, різних комбінованих ураженнях тощо).

Недостатня наукова розробленість питань лікувально-евакуаційного забезпечення органів і військ (зокрема, у системі органів МВС) також істотно стримує широке використання фармакологічних препаратів і психоінформаційних (психотронних) технологій для профілактики бойового (оперативно-службового) стресу в особового складу.

Є доцільним розглянути проблему використання психофармакологічних препаратів і психоінформаційних технологій для профілактики і купірування у оперативно-начальницького складу і військовиків психоневрологічних розладів

мирного і воєнного часу, суїцидальної і адиктивної поведінки, з урахуванням наявних літературних даних, власного досвіду з подолання медичних наслідків різних екстремальних ситуацій, при рятувальних роботах під час катастрофи на Чорнобильській АЕС, землетрусу у Вірменії, повені у Грузії, аварії на атомному підводному човні, при веденні бойових дій на об'єкті А-100, у Чечні і Таджикистані, даних серії спеціальних досліджень і експериментів.

Слід зазначити, що ефективність профілактики і лікування у правоохоронців та військовиків психоневрологічних розладів мирного і воєнного часу залишається незадовільною внаслідок недостатнього рівня фундаментальних досліджень з найбільш актуальних проблем військової і оперативної психіатрії, зокрема, проблеми бойової (оперативної) психічної травми.

Для вивчення і розв'язання цієї проблеми в інтересах оперативних підрозділів МВС – СБУ - ГУР було б доцільним розвивати окремі напрями психіатрії надзвичайних станів – оперативно-бойову психіатрію і оперативно-бойову психофармакологію, - з використанням існуючого досвіду військової психіатрії, військової психофізіології та оперативної психології.

Автори статті набули певного досвіду щодо корекції нервово-психічного здоров'я оперативного складу шляхом впливу, керування станами свідомості. Через особливі стани зміненої свідомості досягалися нові якості особистості офіцерів агентурно-оперативних служб.

З огляду на вищевикладене, на сьогоднішній день представляється можливим відповісти лише на деякі питання досліджуваної проблеми.

Патогенез оперативно-бойової психічної травми.

Оскільки для шкідливостей воєнного часу характерна масивність психогенних, соматогенних впливів і одночасне ураження великої кількості людей, у роботах вітчизняних військових психіатрів періоду Другої світової війни, присвячених патогенезу бойової психічної травми, підкреслювався його прямий зв'язок з багатогранністю патофізіологічних механізмів, поліетіологічністю, полігенністю патогенних чинників бойової обстановки (Залкінд І.А., Малкін П.Ф., 1947).

Загальною рисою психічних розладів, що розвиваються в умовах інтенсивних бойових дій (або складних контртерористичних і оперативно-бойових операцій), є регрес симптоматики на онтогенетичному рівні: сомато-вегетативні, психомоторні, елементарні-афективні. Клініка їх не відрізняється розмаїтістю, має тенденцію до зворотності і легше піддається психокорекції.

В міру збільшення тривалості перебування в бойовій обстановці підвищується специфічна усталеність (витримка) організму до впливу бойових (оперативних) стресорів, закріплюються нові навички поведінки і стереотипи, що мають головне біологічне значення - зберігання життя. У клінічних проявах бойової (оперативної) психічної травми зростає частота агресивних і асоціальних форм поведінки. Ворожість стосовно оточуючих часто виявляється на невербальному рівні, характеризується імпульсивністю, жорстокістю і, найчастіше, безглуздістю. Агресивна поведінка, як правило, відображає формування соціально набутих способів реагування, вторинних стосовно стану

хронічної тривоги. У основі патогенезу гострої бойової (оперативної) психічної травми лежать механізми короткочасної адаптації з бурхливою витратою "поверхневих" компенсаторних ресурсів організму. Бойовий (оперативний) стрес може бути настільки інтенсивним, що їх виснаження в ряді випадків відбувається до того, як встигають включитися регуляторні системи, що забезпечують формування довгострокової адаптації. Тому рідко зустрічаються реактивно-особистісні розлади невротичного рівня, оскільки глибинна особистісна переробка бойових (оперативно-бойових) переживань може бути можливою лише через час після подій, що психотравмували. От чому усунення психіатричної допомоги від району ведення бойових (оперативно-бойових) дій у тил стає причиною актуалізації і патологічної фіксації хворобливої симптоматики в евакуйованих постраждалих, що зменшує шанси на їхнє одужання і повернення до служби. Через цю ж причину посттравматичні стресові розлади найчастіше розвиваються у ветеранів після повернення їх до мирного життя, а у оперативних працівників спостерігається кумуляція (накопичення) оперативного стресу.

Більш патогенним виявляється хронічний вплив стресорів бойової (оперативно-бойової) обстановки, коли задіяні механізми довгострокової адаптації, що мобілізують і витрачають як "поверхневі", так і "глибокі" компенсаторні ресурси організму. Відбувається поступова перебудова психологічних, нейрогуморальних і психофізіологічних процесів, спрямованих на пристосування до екстремальних умов існування. Вона торкає не тільки нижчі емоційно-афективні "шари" психіки, але й онтогенетично більш пізні, а тому - більш вразливі когнітивно-ідеаторні рівні. Вирішальне значення в цьому випадку набуває взаємодія бойових (оперативних) стресорів і особистості індивіда, формуються більш складні психологічні і психопатологічні феномени.

Значна психогенна і фізіогенна астенизація, а також тривалий вплив несприятливих екологічних чинників театру воєнних дій (тривалий стаж активної, "польової" оперативної роботи), перенесені поранення, травми, інфекції і соматичні захворювання, послаблюючи і виснажуючи компенсаторні ресурси, збільшують ризик виникнення і хронізації психічних розладів, а у взаємодії з преморбідно-особистісними чинниками обумовлюють поліетіологічність патології бойової психічної травми і накладають істотний патопластичний відбиток на її клінічні прояви.

Серед усього різноманіття феноменологічних проявів психопатології бойової (оперативної, оперативно-бойової) психічної травми можна виділити дві основні групи ознак:

а) втеча від реальності - невротичні, соматоформні і дисоціативні розлади, адиктивна і суїцидальна поведінка, відхилення поведінки (дезертирство, покалічення);

б) агресивність.

Виникаючі розлади виконують у певному змісті адаптивну функцію відходу (уникання) зі стресової ситуації, тимчасового звільнення від емоційно хворобливих переживань або реагування їх на зовнішнє оточення. Перераховані механізми психологічного захисту можуть бути як усвідомленими, так і

неусвідомленими. Крім того, при наявності специфічної ендогенної схильності (патоса) бойову (оперативну) психічну травму може спровокувати запуск механізмів психопатологічного синдромуутворення, що захищає мозок від подальшого надходження негативної інформації; при цьому перекручений процес адаптації реалізується в конкретній нозоформі (хворобі).

Розлади, що відносяться до першої групи, з найбільшою частотою розвиваються в перші місяці перебування в бойовій обстановці. Частота ж агресивних форм поведінки, навпроти, зростає в міру збільшення тривалості перебування в цих умовах. За нашими даними, серед військовиків 40-ї армії, правоохоронців спеціальних підрозділів "Каскад" і "Кобальт" достовірно збільшення агресивності простежувалося починаючи з сьомого - восьмого місяців служби на об'єкті А-100.

Ознакою, що об'єднує обидві групи розладів, є їх самопошкоджуючий характер - заподіяння шкоди не тільки, і навіть не стільки соціуму, скільки фізичному і духовно-моральному здоров'ю індивіда. Звичайно безпосереднім приводом для розвитку декомпенсації служить побутовий негаразд, конфлікт у системі міжособистісних взаємин, причому воєнні переживання рідко "звучать" у клініці хронічних стресогенних розладів. Однак роль бойового стресу як основного патогенетичного і патопластичного чинника у формуванні цих психогенних декомпенсацій є науково доведеним фактом.

Сутність психічної травми зовсім не обов'язково містить у собі компонент події або картину конфлікту, що здійснився. Визначальним і найважливішим є інформаційно-семантичний аспект психотравми, що полягає в когнітивній негативній оцінці ситуації як вже існуючої, так і ще прогнозованої, але від цього не менше емоційно тяжкої. Тому до категорії бойової психічної травми, безсумнівно, повинні бути віднесені і зміни психічного стану серед військовиків (оперативників), що очікують напрямку в район бойових (оперативно-бойових) дій. У цих випадках часто спостерігаються різноманітні стресові реакції, починаючи з елементарних психовегетативних реакцій і кінчаючи розгорнутими картинами психічних розладів.

Поняття бойової психічної травми не варто змішувати з категорією санітарних втрат психіатричного профілю, оскільки вона дуже часто сполучиться з іншими видами бойових уражень (хірургічними, терапевтичними), тобто ураженнями і захворюваннями, у клінічній картині яких психопатологічні синдроми можуть бути єдиними або головними. Очевидно, до бойової (оперативної) психічної травми необхідно відносити й ендогенні психози (шизофренія, маніакально-депресивний психоз), що маніфестують у бойовій обстановці, тому що в розумінні їх етіології модель специфічної схильності визначених осіб до впливу стресів, що запускають розвиток симптомів даних захворювань, є загальноновизнаною. Отже, у широкому загальнобіологічному змісті різниця між конкретними патологічними паттернами, що запускаються стресом - (неврозу, виразкової хвороби, шизофренії і т.д.) - на початковому етапі не настільки уже велика. Образно кажучи, кожний організм захищається, як може, і патологія бойової (оперативної) психічної травми є виражена в конкретній

нозоформі ціна, якою він розплачується за адаптацію до екстремальних умов. Актуальність розглянутої проблеми перебуває ще й у тому, що запуск патологічного механізму може відбутися не тільки відразу після впливу події, що психотравмує, (того, що трапилося, або прогнозованого), але і через дні, місяці і навіть роки після нього. Катамнестичні дослідження колишніх бійців спецпідрозділів "Каскад" і "Кобальт" показують, що віддалені наслідки бойового стресу виявляються ще більш важкими і тривалими, а в ряді випадків вони носять незворотний характер (посттравматичні стресові розлади - ПТСР).

Поширеність ПТСР серед ветеранів воєн, за оцінками різних дослідників, складає 15 - 54%, що негативно відбивається в кінцевому рахунку і на благополуччі суспільства. Більш того, установлені дані про несприятливий вплив ПТСР на психічне здоров'я нащадка ветерану, не тільки через особливі взаємини в сім'ях, але й у результаті генетичного успадкування набутих патологічних змін (Danieli Y. , 1985). Проблема бойової психічної травми, таким чином, виходить далеко за межі місця і часу її одержання. Будь-який уряд, що направляє своїх громадян на війну, повинен прогнозувати стосовно них масштаби наслідків бойового стресу і передбачати довгострокові програми медико-соціальної реабілітації. Отже, бойова психічна травма не обмежується просторово-часовими характеристиками театру воєнних дій, тому що може маніфестувати не тільки в період перебування в районі бойових дій, але і при підготовці до них, а також після повернення військовиків до мирного життя. Це положення стосується також і оперативних працівників. Але є одна особливість.

Військовик, якщо усвідомлює наявність у себе нервово-психічного розладу, сприймає цей факт або нейтрально, або, навіть, позитивно. Тому, що за цих умов він позбавляється ризику загинути у бою і легально, на законних підставах евакуюється у глибокий тил. Тобто виникнення бойової психічної травми суб'єктивно і підсвідомо є "бажаним" явищем.

Правоохоронець, особливо оперативний працівник, намагається приховувати будь-які прояви навіть соматичних розладів, не кажучи вже про нервово-психічні. Тому, що за цих умов він визнається або непридатним до оперативної роботи, або зовсім непридатним до служби в правоохоронних органах. Таке явище ми називаємо "прихованою інвалідністю". Тому захворювання у таких осіб виявляються вже в розвинутих ступенях. Тобто виникнення оперативної психічної травми суб'єктивно, проте - свідомо, є "небажаним" явищем.

Таким чином, всебічне і детальне вивчення проблеми патогенезу бойової (оперативної) психічної травми дозволить розробити адекватні методи її профілактики і подолання, тобто - позитивно впливатиме на боєздатність окремого військовика (оперативника) і військових (оперативно-бойових) формувань.

Організаційні питання.

Однією з невід'ємних складових частин роботи з агентурно-оперативним складом є - науково і нормативно обґрунтована система психопрофілактики:

- допомога кадровим апаратам: збір, узагальнення, аналіз медичної характеризуючої документації для визначення доцільності подальшого вивчення кандидатів;

- психофізіологічний експертний добір кандидатів;

- визначення їх професійної придатності до того або іншого напрямку діяльності (польовий розвідник («пехота»), оперативна установка («улляна»), зовнішнє спостереження, робота під прикриттям, розвідувальний пошук, розвідувальне опитування, снайпер, бойовий плавець, оперативне впровадження в агресивне (кримінальне) середовище, неоперативна робота, конфідентні посади тощо);

- розробка пропозицій щодо адекватного службового використання нових співробітників;

- подальше їх психолого-психіатричне супроводження: визначення сумісності та ступеня адаптування у конкретних колективах з певними (сталими) міжособистісними взаєминами; вирішення виникаючих службових і позаслужбових конфліктних ситуацій; надання консультацій керівникам підрозділів з цих питань;

- профілактика виникнення стресових розладів та психічних хвороб;

- своєчасне виявлення осіб, які складають групу ризику на психічні захворювання, алкоголізм, нарко- і токсикоманії, схильних до скоєння самогубств або агресії до оточення;

- використання спеціальних реабілітаційних технологій (психотерапевтичних, психоінформаційних, психофармакологічних, нейролінгвістичних та ін.) щодо подолання та корекції наслідків впливу негативних службових факторів і соціально-психологічної дизадаптації: розробка індивідуальних реабілітаційних програм; проведення психотерапевтичних бесід безпосередньо у підрозділах тощо;

- оперативно-психологічне забезпечення: участь у створенні психологічно сумісних мікроколективів для виконання конкретних оперативно-бойових операцій; з'ясування справжніх мотивів, за якими кандидат намагається потрапити на службу в органи внутрішньої розвідки, пошук ініціативних і потенційних зрадників служби; розробка психологічних портретів конфідентів і пропозиції щодо їх подальшого службового використання; розробка пропозицій з доцільності залучення до конфіденційної роботи можливих кандидатів; виконання конкретних завдань керівника служби по боротьбі з корупцією відносно осіб, які є об'єктами в режимі "ДОР";

- практична допомога і контроль виконання зазначених заходів у центрі та з виїздом в обласні підрозділи;

- розв'язування конфліктних питань, що не були вирішені в місцевих підрозділах.

На жаль, в розвідувальних органах МВС на сьогодні **система психопрофілактичного і оперативно-психологічного забезпечення відсутня**. Постійне використання можливостей загальної відомчої системи психопрофілактики МВС неможливо через конфідентні вимоги і конспіративний

характер служби. Використання сторонніх структур є витратним, а відомча роз'єднаність зацікавлених служб не сприяє якісному доборові кандидатів і порушує вимоги конфіденційності. Практика показує, що установи, які виконують зазначену роботу на договірних засадах, схильні завишати кошторис виконаних робіт, деколи припускають формальний підхід до відбору кандидатів на службу в інші відомства, не завжди зберігають лікарську та службову таємницю.

Проте, навіть ретельна і жорстка психофізіологічна експертиза на етапі вивчення кандидатів не гарантує, при відсутності подальшого психолого-психіатричного супроводження, від виникнення в процесі служби в співробітників наслідків оперативно-службового стресу: емоційно-психологічної напруженості й емоційно-вольової нестійкості, професійної деформації, а в ряді випадків - і психічної патології.

Професори - генерал-майор медичної служби В.С.Новіков, полковники медичної служби Б.С.Фролов, В.В.Нечипоренко (колишній Головний психіатр Збройних Сил СРСР і Російської Федерації), С.В.Літвінцев (колишній Головний психіатр Збройних Сил РФ), Л.М.Рубітель (ФСБ РФ), науковці в/ч 62178 (НДІ ПГУ КДБ) ще за часів СРСР довели, що ці показники у 65% випадків негативно позначаються на ефективності службової діяльності, скорочують оперативне (професійне) довголіття співробітників, знижують їх стійкість і надійність, сприяють неадекватним вчинкам і надзвичайним подіям, призводять до службової зради та карних правопорушень. Підготування одного негласного оперативного працівника, здатного працювати самостійно, коштувало на той час (середина 80-х років) понад 180 тис. крб.

За даними практичних працівників кадрових апаратів, внутрішньої безпеки, медичних служб колишніх КДБ-МВС СРСР звільняємість співробітників через так звані "природні чинники" (граничний вік, вислуга років, соматичні хвороби) складала лише 15-20%. Решта фахівців були звільнені через професійну невідповідність і психолого-психіатричну непридатність, або за компрометуючими мотивами, що найчастіше також були пов'язані з їх психолого-психіатричними вадами.

Зазначені факти, окрім значної матеріальної і моральної шкоди, викликають негативний суспільний резонанс, тому що населення пред'являє до співробітників органів МВС, як представників державної влади, підвищені вимоги.

Власна психопрофілактична служба розвідувальних служб МВС буде розв'язувати, окрім суто експертних і реабілітаційних проблем, також і конфіденційні питання прикладного оперативно-психологічного, оперативно-аналітичного й оперативно-пошукового напрямків:

- вивчення особливостей впливу соціально-аномального середовища, в якому перебувають оперативні працівники і конфіденти, на їх психологічний стан;
- виявлення осіб, подій та фактів, які становлять оперативно-психологічний інтерес;

- грамотне застосування психофармакологічних засобів, психоінформаційних технологій, візуальної психодіагностики (дистанційного тестування);
- обстеження конфідентів (добровільних помічників, довірених осіб тощо);
- виявлення ініціативних (потенційних) зрадників, з'ясування справжніх мотивацій, за якими вони намагаються служити в органах МВС і, зокрема, у розвідці;
- оперативно-психологічне забезпечення фінансово-економічної розвідки, обслуговування та прикриття заходів відносно осіб, які є об'єктами в режимі "ДОР".

Таким чином, ефективне вирішення задач надійності особового складу і внутрішньої безпеки розвідувальних служб МВС вимагає **невідкладного створення власної централізованої служби психопрофілактичного і оперативно-психологічного забезпечення**, що здійснюватиме свою роботу під егідою Управління внутрішньої безпеки й у взаємодії з кадровим апаратом.

Вимоги до підрозділу:

1. Науково-обґрунтована організаційно штатна структура з відповідною кількістю оперативно-начальницького складу і обслуговуючого персоналу;
2. Особовий склад має бути згрупованим у такий спосіб, щоб забезпечити ефективність діяльності підрозділу в цілому і на конкретному напрямку (ділянці) роботи з урахуванням взаємозамінності співробітників;
3. Посадові обов'язки керівника (тобто відповідальність, що на нього покладається) повинні бути вичерпними, конкретними і підтвердженими відповідними нормативними актами (наказами);
4. Державний орган (посадова особа), яка покладає на цього керівника відповідальність і визначає його посадові обов'язки, одночасно має забезпечити найпростіший спосіб підпорядкованості підрозділу і особисто начальника, наділити цього керівника:
 - відповідними і достатніми владними повноваженнями;
 - правами і засобами контролю за роботою підлеглих, можливістю заохочення (стимулювання) ефективної діяльності;
 - правами впливати на роботу (в межах компетентності) обласних підрозділів;
 - кадровими правами стосовно підлеглих: зарахування на роботу, переміщення по службі, звільнення з посади.

З огляду на викладене, а також враховуючи багаторічний позитивний досвід, накопичений іноземними спец.службами, органами КДБ-МВС колишнього СРСР, відповідними практичними і науково-дослідними структурами Служби безпеки України, МВС і Міністерства оборони України, вважали б за доцільне:

1. Створити при Управлінні внутрішньої безпеки МВС України самостійний мобільний підрозділ - Центральну службу психопрофілактичного і оперативно-психологічного забезпечення - скорочено Центральна служба психопрофілактики

(ЦСП) МВС України (проект тимчасового штатного розкладу додається). Для розгортання робіт на першому етапі необхідно 9 одиниць оперативно-начальницького складу (без обслуговуючого персоналу). Для залучення досвідчених фахівців треба передбачити перспективні посадові оклади та спеціальні звання за посадою. Начальникові ЦСП надати права начальника самостійного підрозділу - заступника начальника Управління внутрішньої безпеки.

2. Оснастити ЦСП МВС України стаціонарними та портативними ПЕОМ, офісною технікою, психодіагностичною (у т.ч. поліграфічний детектор, поліенцефалограф) і психофізіологічною апаратурою, технікою оперативного документування, засобами мобільного, захищеного факсимільного та оперативного зв'язку, автотранспортом і легендованим приміщенням, що охороняється. Передбачити цільове фінансування на утримання штату і відрядження, матеріально-технічне забезпечення, придбання видаткових матеріалів, автоматизованих систем і математичних тестових програм (захищених від несанкціонованого доступу).

3. Доручити начальникові ЦСП МВС України:

- розробити і подати керівництву МВС на затвердження "Положення про ЦСП МВС України", "Табель матеріально-технічного забезпечення" і обґрунтовані організаційно-штатні розрахунки розвитку ЦСП;

- укомплектувати ЦСП фахівцями: психіатрами, психотерапевтами, оперативними (юридичними) психологами, психофізіологами, нейролінгвістами, лікарями функціональної діагностики, психологами-дефектологами, системними інженерами-програмістами, які мають відповідну освіту і досвід практичної роботи, володіють навичками користування ПЕОМ і, бажано, керування автомобілем. Розробити і затвердити посадові інструкції співробітників ЦСП з урахуванням ненормованого, режимно-конфідентного і мобільного характеру служби;

- організувати, при необхідності, короткочасне стажування співробітників ЦСП на робочому місці у відповідних службах і навчальних закладах СБУ, МВС України, Міністерства оборони України;

- розробити і подати керівництву МВС України на затвердження "План невідкладних заходів", де передбачити обов'язкове обстеження абітурієнтів відомчого ВУЗу, усіх кандидатів на службу (у т.ч. резерв на висування) у центральний апарат розвідки МВС України, а також усього керівного складу розвідки м. Києва;

- розробити і подати керівництву МВС України на затвердження погоджену довгострокову "Концепцію розвитку й впровадження на місцях єдиної розгалуженої автоматизованої системи психопрофілактичного та оперативно-психологічного забезпечення розвідувальних служб МВС України";

- розпочати спільно з фахівцями Національної академії СБ України, Національної академії МВС України, Української військово-медичної академії та інших провідних науково-дослідних установ роботу щодо адаптування існуючих тестових батарей до специфіки роботи в розвідувальних органах МВС України, а

також з розробці тестових автоматизованих батарей і переліку обладнання для оснащення власних виїзних психофізіологічних і реабілітаційних бригад.

Висновок: Створення (відновлення) в розвідувальних органах МВС України єдиної (цілісної), централізованої, розгалуженої автоматизованої системи психопрофілактичного та оперативно-психологічного забезпечення при Управлінні внутрішньої безпеки дозволить розв'язати провідні проблеми - покращити якість добору кандидатів і абітурієнтів, подолати наслідки оперативно-службового стресу, зберегти оперативне (професійне) довголіття особового складу, підвищити надійність оперативних працівників і конфідентів, вирішити прикладні оперативно-психологічні завдання, сприяти заходам внутрішньої безпеки і боротьби з корупцією, а тим самим підвищити ефективність діяльності всієї системи МВС України.

Література:

1. Рудой И.С., Сергиенко А.В. Состояние психического здоровья личного состава органов и войск в экстремальных условиях. Аналитический обзор.- К.: РИО МВД СССР, 1990.- 52 с.

2. Рудой И.С., Сергиенко А.В. Состояние психического здоровья человека в условиях катастроф и иных особо экстремальных ситуаций // Материалы международной конференции "Медицина катастроф".- М.: МЗ СССР. Б.и., 1990. - С. 395 - 396.

3. Богай Л.И., Сергиенко А.В., Федосеев Ю.Г. Организация медицинской помощи коллективам, выполняющим служебные задачи по ликвидации последствий аварии, стихийного бедствия // Материалы международной конференции "Медицина катастроф".- М.: МЗ СССР. Б.и., 1990. - С. 159 - 160.

4. Зюбан В.А., Нечипоренко В.В., Белый Ю.Н., Сергиенко А.В. Профилактика хронического токсического стресса у подводников // Разработка схем применения психофармакологических препаратов для профилактики психоневротических расстройств военного времени.- Л.: ВМедА им.С.М.Кирова, 1990. - С. 8 - 9.

5. Фролов Б.С., Рустанович А.В. О нозоцентрической и функциональной диагностике в военной психиатрии.//Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Учебное пособие для врачей и слушателей.- СПб., 1995.- С. 12 - 15.

6. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Рустанович А.В. Особенности оказания психиатрической помощи легко раненым и больным на этапах медицинской эвакуации // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Учебное пособие для врачей и слушателей.- СПб., 1995.- С. 73 - 79.

7. Пострелко В.М., Картель М.Т., Сергієнко А.В., Коновалов О.Г., Сосін І.К., Стрелко В.В. Використання ентеросорбційної детоксикації в комплексній терапії екогеннообумовлених астено-депресивних станів. Методичні рекомендації. - Київ: НДІ сорбції та проблем ендоекології НАН України, 1996.- 7 с.

8. Литвинцев С.В., Костюченко А.Л., Давыдов А.Т., Софронов А.Г. Эфферентная терапия неотложных состояний в психиатрии и наркологии.

Учебное пособие.- СПб.: ВМА, 1998.- 69 с.

9. Деденко И.К., Стариков А.В., Торбин В.Ф., Пострелко В.М. Эфферентные методы лечения радиационных и токсических энцефалопатий.- Киев, "Нора-Принт", 1998.- 396 с.

10. Сергієнко А.В., Єна А.І., Нечипоренко В.В., Худецький І.Ю. Надання психіатричної допомоги постраждалим внаслідок хімічних катастроф // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченої 5-ти річному ювілею Ірпінського військового шпиталю.- Київ, "Дія", 1999.- С. 109 - 112.

11. Сергієнко А.В. Основні напрямки психопрофілактичної підтримки оперативного (професійного) довголіття військовиків і правоохоронців // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченої п'ятирічному ювілею Ірпінського військового госпіталю.- К.: "Дія", 1999.- С. 112 - 115.

12. Сергієнко А.В., Єна А.І., Нечипоренко В.В., До питання патогенезу бойової (оперативної) психічної травми // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченої п'ятирічному ювілею Ірпінського військового госпіталю.- К.: "Дія", 1999.- С. 109 - 112.

13. Сергієнко А.В., Несен О.О., Шамрей В.К. та ін. Медико-психологічні і психіатричні аспекти медицини катастроф // Журн. Експериментальна і клінічна медицина.- Харків, 2000.- №3.- С. 89 - 99.

14. Сергієнко А.В., Несен О.О., Шамрей В.К. та ін. Особливості подолання психіатричних наслідків при землетрусі у Вірменії і залізничній катастрофі у Башкортостані // Експериментальна і клінічна медицина.- Харків, 2000.- № 3.- С. 79 – 88.

15. Сергієнко А.В., Сергієнко Т.А., Єна А.І. Індивідуально-особистісний аналіз стрес-протективної дії фармакологічних засобів // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії.- Київ: УВМА, 2000.-Вип. 6.- С. 88 – 100.

16. Сергієнко А.В. Психоінформаційні технології – один із шляхів підтримки оперативного довголіття й надійності особового складу // Збірник наукових праць Центрального науково-дослідного інституту озброєння та військової техніки Збройних Сил України.- К.: ЦНДІ ОВТ ЗС України, 2001.- Вип. 8.- С. 86 – 92.

17. Сергієнко А.В., Сергієнко Т.А., Єна А.І. Корекція астенічних станів – один із шляхів подолання наслідків оперативно-бойової психічної травми // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії.- Київ: УВМА, 2001.-Вип. 8.- С. 271 – 277.

18. Сергієнко та ін. Психопрофілактична робота серед ветеранів ліквідації Чорнобильської катастрофи: Навчальний посібник.- К.: РВВ МВС України, 2002.- 160 с.

19. Сергієнко А.В., Сергієнко Т.А., Галдецька І.Д. Значення оперативно-бойової психічної травми в патогенезі та клініці бойової хірургічної травми (Афганістан – Таджикистан - Чечня) // Архів психіатрії.- 2003.- № 2 (33).- С. 68 – 71.

20. Психоінформаційна і психофізіологічна підтримка професійного

(оперативного) довголіття та оптимальної діяльності здорової людини в екстремальних умовах: Навчальний посібн. / За ред. Б.В. Западнюка, А.В. Сергієнка.- К.: РВЦ НАВС України, 2005.- 560 с.

**БЕЗОПАСНОСТЬ ОФИЦЕРОВ АППАРАТА ВНУТРЕННЕЙ РАЗВЕДКИ:
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ**

**Галдецкая И.Д., Золотарёва Е.А., Крупская О.О., Морозов А.М., Сергиенко А.В.,
Сергиенко Т.А.**

Резюме. В статье, на основе почти 25-летнего опыта психофизиологического и оперативно-психологического обеспечения офицеров негласного аппарата разведки МВД в разных ситуациях мирного и военного времени, рассмотрены особенности психолого-психиатрической помощи на разных этапах. Предлагается новая система психопрофилактического и психофизиологического обеспечения оптимальной деятельности и оперативного долголетия.

Ключевые слова: надёжность персонала, надёжность агентурно-оперативного состава, личная безопасность разведчика, внутренняя разведка, негласный аппарат, медицина катастроф, психиатрия катастроф, оперативно-боевая психическая травма, боевая хирургическая травма, профессиональное (оперативное) долголетие, психогигиена, психопрофилактика, прикладная и оперативная психология, интегративная психология, оперативно-боевая психофармакология и токсикология, измененные (особые) состояния сознания, управление сознанием.

**SECURITY FOR SPY-OFFICERS OF APPARATUS INTERNAL INTELLIGENCE:
PSYCHOPHYSIOLOGICAL AND PSYCHOPROPHYLACTIC ASPECTS**

I.Haldetc'ka, O.Zolotariova, O.Krups'ka, O.Morozov, A.Sergiienko, T.Sergiienko

Summary. In statti on pidstavi mayzhe 25 richnogo dosvidu psihofiziologichnogo i-operative psihologichnogo zabezpechennya ofitseriv secret mashines rozvidki MBC have riznih Extreme situatsiyah peace i voennogo chasiv, rozglyanuto osoblivosti organizatsii psychological psihiatricnoi Relief for riznih etapah. Proponuetsya new System i psihoprofilakticheogo psihofiziologichnogo zabezpechennya optimalnoi diyalnosti first operational dovgolittya.

Keywords: nadiynist staff nadiynist agent-operative temperament, special person BEZPEKA rozvidnika, vnutrishnya rozvidka behind the scenes mashines, disaster medicine, disaster psihiatriya, operational boyova psihichna injury boyova hirurgichna injury profesiyne (operational) dovgolittya, psihogigiena, psihoprofilaktika i korektsiya staniv well I `tsivilnogo population viyskovikiv pravoohorontsiv i, i applied promptly psihologiya, integrativna psihologiya, operatiano-boyova psihofarmakologiya i toksikologiya, zmineni (osoblivi, rozshireni) becomes svidomosti, keruvannya svidomistyuu.