

УДК 159.9

DOI <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.12.36>**Максим Гребенюк,**

канд. юрид. наук, доцент,

військовослужбовець

Управління державної охорони України

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СПІЛКУВАННЯ ОХОРОНЦЯ З ОСОБАМИ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У НЕБЕЗПЕЧНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНАХ

Актуальність статті полягає в тому, що спілкування в діяльності охоронця, як і в діяльності всіх правоохоронців, має особливий характер, адже позначене переважно професійним спрямуванням і не завжди може починатися зі знайомства, хоч останнє і є бажаним. Загалом можна констатувати, що процес спілкування в діяльності охоронця набуває особливого характеру, адже в результаті професійного спілкування правоохоронець отримує щось більше, ніж інформацію. Він вибудовує стратегію взаємодії з об'єктом професійної уваги й сам стає джерелом інформації, а отже, об'єктом психологічного впливу. У статті розглянуто професійно-психологічні питання покращення діяльності охоронців шляхом формування практичних навичок спілкування з особами, що перебувають у небезпечних психічних станах, і врахування її в практичній діяльності. З'ясовано місце психології у формуванні охоронця-професіонала. Виконання професійних обов'язків охоронцями з досить великою ймовірністю передбачає взаємодію з особами, що становлять реальну або потенційну загрозу для оточення, перебуваючи в небезпечних психічних станах. Найчастіше це наркотичне (у тому числі алкогольне) сп'яніння, наявність психічних аномалій межового характеру чи психічне захворювання. Оскільки в цих випадках порушується нормальний перебіг пізнавальних процесів (сприймання, мислення, уваги) та емоційно-вольова регуляція поведінки, людина починає неадекватно сприймати, оцінювати й реагувати на навколишню ситуацію. Тому охоронець повинен володіти навиками діагностувати ці стани та знати загальні правила спілкування з такими особами. Мотив стає властивістю особистості в тому випадку, якщо він стереотипізується й закріплюється на всі ті однорідні ситуації, що його спочатку викликали. Із цього випливає, що сталість – це невід'ємна риса, головна властивість нормальної особистості; і, навпаки, мінливість є однією з найважливіших ознак патологічного характеру. Відносини алкоголіка з оточенням визначаються випадковими фактами, залежать від випадкових моментів. Переконавання, що в минулому визначали поведінку людини, перестають керувати її поведінкою. Визначено психологічні рекомендації щодо оцінювання поведінки та можливості встановлення професійного психологічного контакту, а також подолання бар'єрів у спілкуванні.

**Ключові слова:** спілкування, інформація, охоронець, спеціальні психологічні знання.

Хто володіє інформацією,  
той володіє світом.

В. Черчилль

**Постановка проблеми.** Спілкування в діяльності охоронця, як і в діяльності всіх правоохоронців, має особливий характер, адже позначене переважно професійним спрямуванням і не завжди може починатися зі знайомства, хоч останнє і є бажаним. Загалом можна констатувати, що процес спілкування в діяльності охоронця набуває особливого характеру, адже в результаті професійного спілкування правоохоронець отримує щось більше, ніж інформацію. Він вибудовує стратегію взаємодії з об'єктом професійної уваги й сам стає джерелом інформації, а отже, об'єктом психологічного впливу. Звичайно, коли з людьми

починає розмову незнайома людина, вони найчастіше несвідомо аналізують логічність, зрозумілість і природність приводу. Можна з упевненістю говорити, що для деяких людей вступ у контакт з незнайомою людиною пов'язаний із серйозними труднощами, а тим більше коли ця особа перебуває в небезпечних психічних станах.

Виконання професійних обов'язків охоронцями з досить великою ймовірністю передбачає взаємодію з особами, що становлять реальну або потенційну загрозу для оточення, перебуваючи в небезпечних психічних станах. Найчастіше це наркотичне (у тому числі алкогольне) сп'яніння, наявність психічних аномалій межового характеру чи психічне захворювання. Оскільки в цих випадках порушується нормальний перебіг пізнавальних процесів (сприймання,

мислення, уваги) та емоційно-вольова регуляція поведінки, людина починає неадекватно сприймати, оцінювати й реагувати на навколишню ситуацію. Тому охоронець повинен володіти навиками діагностувати ці стани та знати загальні правила спілкування з такими особами.

Людство з давніх часів знає про особливі психічні зміни, що виникають під впливом психотропних речовин. Їх уживали, щоб угамувати біль, мати нормальний сон, підбадьорити себе в необхідні моменти, але найчастіше просто для того, щоб відчутти себе іншим, набутти внутрішнього благополуччя. Тютюн, кава й алкоголь, без сумніву, найбільш розповсюджені легальні (дозволені, не заборонені для вживання в суспільстві) психотропні засоби. На жаль, нелегально широко використовуються також опіати, гашиш, марихуана, медичні й синтетичні наркотичні препарати. Усі вони активно впливають на головний мозок, прискорюючи, блокуючи або змінюючи передачу сенсорних сигналів, заважаючи нервовим центрам нормально функціонувати; з часом призводять до характерологічних та особистісних змін. Особа, що опиняється в полоні алкоголю чи наркотиків, «перероджується», утрачає свої найкращі властивості та якості, набуваючи натомість інших, у тому числі й суспільно небезпечних.

**Мета статті** – розглянути професійно-психологічні питання покращення діяльності охоронців шляхом формування практичних навичок спілкування з особами, що перебувають у небезпечних психічних станах, і врахування її в практичній діяльності, з'ясувати місце психології у формуванні охоронця-професіонала.

**Виклад основного матеріалу.** Гостре алкогольне сп'яніння має певні закономірності перебігу, зокрема виділяють три його стадії.

I (легка) – на перший план виступає підвищення настрою (ейфорія). Послаблюється критичність, як наслідок – переоцінка своїх фізичних та інтелектуальних можливостей, усі турботи, перешкоди й сумніви зникають. Сп'янілий стає веселим, розв'язним, вступає в контакт із малознайомими й зовсім незнайомими людьми. Стан ейфорії змушує його голосно говорити, співати, випробовувати свою силу, спритність. Якщо його не розсердять, він стає добросердим, надто товариським, запрошує розділити з ним компанію. Рухи активізуються, по всьому тілу розливається тепло, обличчя червоніє, шкіра стає гарячою, очі набувають особливого блиску.

II (середня) – виражене алкогольне сп'яніння. Гіперболізуються (патологічно загострюються) індивідуальні характерологічні особливості: веселі люди голосно говорять, жваво жестикулюють, співають, танцюють, смутні – впадають у ще більший смуток, плачуть, каються, просять у присутніх вибачення. Люди дратівливі, грубі, нестримані стають ще більш грубими, украй дратівливими, цинічними, безтактними, причепливими, настирливими, схильними до агресії, асоціальних вчинків.

Сп'янілі люди погано розбираються в тому, що їм говорять, що навколо них відбувається. Вони будують здогадки з приводу характеру й намірів навколишніх, виразу їхнього обличчя або слів; сприймають їх за недругів, ображають і вступають у бійку. Утрачається належний такт, не беруться до уваги пристойності. Нерідко п'яний ображає словом і дією, особливо тоді, коли йому роблять якесь зауваження, закликають до порядку, суперечать. Непристойні зауваження, цинічні жарти – звичайне явище для сп'янілих. Оголюються інстинкти, реакції на зовнішні подразники набувають явно афективного вигляду. Рухові реакції порушуються, спостерігається помітне похитування при ходьбі, знижується больова чутливість.

Мова, спочатку пожвавлена, робиться монотонною, погано артикульованою, іноді з'являється заїкання. П'яні стереотипно повторюють ті самі слова і фрази, утрачають спроможність до розумних суджень. Порушується координація тонких рухів, з'являється незграбність, падають речі, хода стає невпевненою, хиткою. М'язова сила, больова й температурна чутливість знижуються. П'яні не відчувають больових подразнень та ударів, не чутливі до поранень, опіків. Зорові сприйняття стають недостатньо чіткими. Безумовні реакції (харчова, статеві) на початку сп'яніння підвищуються, а потім пригнічуються. Зіниці дещо звужуються, подих прискорюється, пульс частішає.

Людина в середній стадії алкогольного сп'яніння хоча й усвідомлює все, що відбувається навколо неї, але втрачає критику до себе. Асоціативний процес утруднюється і сповільнюється. Увага знижується. Сп'янілому важко осмислити обстановку, оцінити її. Іноді з'являються ілюзії, сп'янілий плутає людей і предмети, заговорює з неживими речами або із самим собою, при цьому веде безпредметні стереотипні розмови. У такому стані схильні до імпульсивних вчинків, наносять собі ушкодження, каліцтва й можуть загинути, прийнявши вікно за двері, ріку – за дорогу.

III (важка) – поступово збудження змінюється пригніченням. Повністю порушу-

ється орієнтування в просторі. З'являється сонливість, сп'янілий заспокоюється й засинає, нерідко в будь-якому місці й у будь-якому положенні, там, де він опинився, байдужий до незручностей і небезпек, на які наражається.

Алкоголізм – тривале зловживання алкоголем, що призводить до підвищення емоційності, легкості виникнення афектів, їх патологічної рухливості (лабільності), нестійкості реакцій, особливо у сфері мотивів і спонукань до дії. Реакцію алкоголіка на ту чи іншу подію передбачити важко, можна лише припускати, що вона буде більш афективною, ніж у здорової людини.

При алкоголізмі відбувається загальне зниження рівня особистості. У здорової людини поведінка залежить від характеру, від якої вона може, якщо цього вимагає ситуація, звільнитися. Алкоголік перебуває в повній залежності від випадку. Стає неможливим, наприклад, скористатися виробленим у процесі індивідуальної історії стереотипом особистісних реакцій, правильно і швидко оцінити ситуацію, на основі адекватного емоційного тла зайняти найбільш необхідну й вигідну позицію. Хворий щоразу виявляється перед такого роду необхідністю «без належного особистісного оснащення», тобто без підтримки характеру. У реакції вибору визначальним стимулом стають випадкові асоціації чи патологічний потяг до алкоголю.

Мотив стає властивістю особистості в тому випадку, якщо він стереотипізується й закріплюється на всі ті однорідні ситуації, що його спочатку викликали. Із цього випливає, що сталість – це невід'ємна риса, головна властивість нормальної особистості; і, навпаки, мінливість є однією з найважливіших ознак патологічного характеру. Відносини алкоголіка з оточенням визначаються випадковими фактами, залежать від випадкових моментів. Переконавання, що в минулому визначали поведінку людини, перестають керувати її поведінкою.

Зміна змісту особистості насамперед стосується моральних переконань та інтересів. Моральні риси алкоголіка досить докладно описані в літературі. Загальним висновком є визнання, що моральні почуття – чесність, прихильність, любов, почуття подяки, почуття відповідальності – мають для алкоголіка дуже відносно значення, більше вербального характеру, не визначаючи його поведінки. Етичні норми для хворих не відіграють ролі: вони неохайні, недбалі в одязі, найчастіше – просто брудні й обірвані. Поведінка їхня украй цинічна й безтактна. Вони брехливі й безсоромні, можуть красти і шахраювати, щоправда, без винахідливості

й украй примітивно. Людські взаємини втрачають зміст і цінність. Зникає повага до авторитетів та особистості. Для правопорушень алкоголіків характерне насильство над особистістю інших. Без твердих переконань і поглядів на життя вони не здатні до систематичних і послідовних дій, праці. Позбавлені почуття відповідальності за свої вчинки, робота для них – спосіб добування грошей на горілку, причому один із найбільш неприємних. Вони не замислюються над тим, що важливо й потрібно робити, украй безтурботні й легковажні.

Емоційне життя алкоголіків утрачає свою сталість, гармонію, широту, диференційованість. Крім крайньої нестійкості, неврівноваженості, лабільності емоційних проявів, останні змінюються і якісно. Поряд із плаксивістю, легкодухістю з'являється черствість, байдужність до долі й життя близьких, егоїзм, що має прямолінійний, грубий, нічим не замаскований характер. Почуття поверхові, незважаючи на удавану іноді щирість, і швидкоплинні. Емоції визначають поведінку більшою мірою, ніж воля й інтелект, через слабкий контроль з боку останніх.

Окремо варто зупинитися на клінічній картині патологічного сп'яніння, що зустрічається досить рідко, але є надзвичайно суспільно небезпечним. Як правило, воно настає в осіб, що перенесли в минулому травму голови, напередодні недосипали, перевтомилися й були під впливом інших чинників, що послабляють організм.

Зазвичай патологічне сп'яніння виникає раптово, без усіляких провісників; іноді йому передує короткочасний сон. Патологічне сп'яніння переважно проявляється важким потьмаренням свідомості й порушенням орієнтування. Спостерігаються афекти страху, гніву, люті, злості. Страх буває то безпричинним, то зумовленим різними побоюваннями. Ейфорія відсутня. Часто спостерігаються ілюзії, зорові та слухові галюцинації (шепіт, лайка, погрози). Уявляються якісь люди, вороже налаштовані. З'являється манія переслідування: здається, що хтось загрожує, стежить, обвинувачує у важких злочинах тощо. Нерідко друзів або компаньйонів по випивці людина сприймає за своїх запеклих ворогів, починає від них люто захищатися, нападає на них і часом учиняє найтяжчі злочини. Іноді вони до деякої міри керують своєю поведінкою, а потім знову підпадають під владу дикої злості. Схильні до агресивних учинків: вступають у бійку, наносять образи словом і дією, пускають у хід ножі, зброю.

Для патологічного сп'яніння характерною є низка неврологічних і соматичних ознак, зокрема спроможність (на відміну

від простого сп'яніння) до швидких, спритних і складнокоординованих дій під владою «придуманой» ідеї, відсутність виражених фізичних ознак того, що людина «під градусом». Порушення координації рухів, як правило, не відзначається. Нападають на навколишніх осіб, виявляючи при цьому велику спритність і спроможність переборювати навіть значні перешкоди.

Злочини та правопорушення, учинені в стані патологічного сп'яніння, вражають своєю дикістю й жорстокістю. Іноді під впливом страхітливих марень учиняють спроби самогубства, наносять собі ушкодження. Патологічне сп'яніння зазвичай закінчується сном, після чого спостерігається повна амнезія, лише в деякого залишаються нечіткі, уривчасті спогади. Іноді такі особи засинають поруч із жертвою своєї агресії.

Опіати (наркотики, що виробляються з маку), конопля та її похідні (марихуана, гашиш) викликають відчуття особливої легкості, веселості, знеацька настають приступи сміху, з'являється прагнення до негайних дій, «поглиблюються» розумові можливості. Нерідко при сп'янінні пробують піднімати величезну вагу, хочеться співати, танцювати, відзначаються психічні й моторні порушення. Думки течуть усе швидше і швидше, без будь-якого асоціативного зв'язку. Спостерігаються мовні порушення, можуть виникати яскраві зорові галюцинації, оточення набуває яскравого забарвлення. Легко виникають ілюзії – невеликий шум сприймається як гуркіт водоспаду, простий акорд – як прекрасний музика. Усі переживання, усі емоції гіпертрофуються. Тривалість ейфорії, зумовленої дією препаратів маку й коноплі, досить невелика, виникає страх, відчуття нереальності переживань. Власне тіло здається стороннім. Складні сприйняття карикатурно спотворюються. Наплив думок змінюється розгубленістю, супроводжуваною страхом збожеволіти. Сп'янілі то дещо тверезіють, то знову занурюються у світ ілюзорних переживань. Поступово стан сп'яніння наростає, тіло холодіє, вкривається потом. Виникають головний біль, занепокоєння, фізична слабкість, а потім настає глибокий, важкий сон.

Амфетаміни – сильні збуджувальні речовини, що породжують відчуття активності, збудження й емоційності. Галюциногени (ЛСД-25, мескалін, псилоцибін тощо) впливають на сферу відчуттів, сприйняття й мислення; спричиняють сильний галюциноз і маячіння, відповідно до сюжету якого може діяти особа, хоча найчастіше в цьому стані людина не спроможна до активних дій, вона лише спостерігає. Іноді бувають

випадки загибелі під впливом галюциногенів, коли особа намагається пройти «крізь» транспортну мережу, зупинити одним рухом автомобіль чи потяг, полетіти з вікна наче птах тощо. Дуже рідко, але все ж таки бувають випадки насильницьких дій, коли з'являється маячіння переслідування чи загрози з боку «ворогів».

Уживання нейродепресантів, зокрема барбітуратів, як правило, не несе загрози громадськості. В осіб, які їх уживають, обличчя бліде, виснажене, стомлене, як у людини, котра довго не спала. Міміка в'яла, вираз обличчя апатичний. Активні рухи загальмовані. Зіниці вузькі, реакція на світло млява або відсутня. Мова монотонна, повільна, змазана; повільно добирають необхідні слова, часто використовують їх невлад і не одразу знаходять потрібне. Точність тонких рухів порушується, що виявляється в зміні почерку, він робиться великим, розгонистим, переривчастим, із пропусками окремих літер. Мислення уповільнене. Характер змінюється: вони робляться слабовільними, нерішучими, тривожними, підозрілими, астенизованими.

Тремор рук, іноді спостерігається розлад ковтання. На вигляд загальмовані, апатичні, сонливі. Часті головні болі, запаморочення, порушується сон, нерідко з'являється безсоння, а якщо людина засинає на нетривалий час, виникають кошмарні сни. Чутливість до больових подразнень підвищується.

При наркотичному сп'янінні людина має майже нормальний вигляд, однак при уважному погляді можна помітити в неї не зовсім адекватне реагування на питання або ситуації, немотивовану рухову активність, змінений темп і манеру мовлення, безпідставні зміни настрою (веселий, сміхотливий змінюється настороженістю, смутком), розширені або звужені зіниці, своєрідний блиск очей. Можна помітити сліди від ін'єкцій на руках і ногах, темні «окуляри» або набрякості навколо очей, пересихання слизових оболонок (облизування губ, ковтання слини) тощо.

Уживання алкоголю й наркотиків з часом (це залежить від їх властивостей та особливостей організму) неминуче призводить до звикання, тобто виникнення спочатку психологічної, а потім і фізіологічної залежності. Із цього моменту організм не здатний більше обходитися без наркотику, оскільки той стає невід'ємним компонентом системи обміну речовин. За його відсутності виникає стан абстиненції (болісні неврологічні та соматичні відчуття), коли не тільки погіршується фізичний стан, а й з'являється озлоблення, дратівливість, підозрілість, агре-

сивність, виникає потреба отримати дозу наркотику за будь-яку ціну. У цьому стані наркоман досить небезпечний, бо майже не відповідає за свої вчинки, здатен на будь-які дії заради отримання грошей або безпосередньо наркотику.

Окрім осіб із наркотичною залежністю, досить численною та складною для професійного спілкування є категорія людей, особистісні й поведінкові особливості яких сформувалися внаслідок неправильного (викривленого, дисгармонійного) процесу соціалізації. Їх не варто вважати проявами психічного захворювання, але вони виходять і за межі певної умовної, прийнятої в суспільстві норми. Психічні аномалії межового характеру відносно стабільні й мало корегуються, створюють специфічний «портрет» індивіда, вони перешкоджають адаптації людини, зокрема можуть впливати на її схильність до антисуспільних учинків. Ідеться насамперед про деякі варіанти акцентуацій характеру (К. Леонгард, О. Личко й ін.) та психопатій.

Акцентуація – надмірне посилення, загострення окремої риси характеру, підвищена чутливість до одних психотравматичних впливів при достатній витривалості до інших («слабке місце»). Психопатія – хворобливе загострення особливостей характеру, що виникає без видимих причин і проявляється незалежно від ситуації, з великою ймовірністю призводить до соціальної дезадаптації та має незворотний характер. Варто зазначити, що в несприятливих соціальних умовах акцентуація набуває все більшого ступеня вираженості й, зрештою, сягає рівня психопатії; у сприятливих – її прояви мінімізуються.

Психічні аномалії межового характеру цікавлять нас із погляду кримінальної та загальносоціальної небезпеки, переважно це представники збудливого, істеричного, епілептоїдного й нестійкого типів.

Збудливі – надмірно рухливі, у все втручаються, прагнуть до керівництва; афективні реакції мають бурхливий характер зі звуження поля свідомості; реакції протесту відзначаються активністю, прагненням зробити «на зло», помститися, руйнувати; виражені елементи «самонакручування» характеризуються вибуховістю, нетерпимістю до оточення, підозрілістю, злопам'ятством та образливістю.

Істероїди – рухливі, примхливі, крикливі, уперті; схильні до клоунади й фантазування, емоції контрастні та демонстративні; у стані емоційного збудження виникають бурхливі афективні реакції (падають, качаються по підлозі, кусаються), схильні до агресії або

суїциду як засобу самоствердження і привернення до себе уваги.

Епілептоїди – головними рисами є схильність до поступового накопичення подразливості й пошук об'єкта, на якому можна було б «зірвати злість»; гнівливі, дратівливі, прагнуть до влади; часті напади злісно-гнітючого настрою, причому емоційні вибухи зумовлюються не зовнішніми причинами, а внутрішнім напруженням.

Нестійкі – підвищена рухливість з елементами істероїдного реагування, навіюваність, нездатність до вольових зусиль, бурхливі афективні реакції, упертість спричиняють податливість негативним впливам і схильність до асоціальних учинків.

Поведінка осіб з акцентуаціями та межовими психічними розладами досить часто неадекватна ситуації, але, на відміну від психічно хворої людини, вони здатні керувати нею й усвідомлюють свої дії.

З усього розмаїття проявів хворої психіки ми зупинимося лише на тих, що можуть становити небезпеку для оточення.

Шизофренія характеризується насамперед розладом емоційно-вольової сфери. Частково або повністю втрачений зв'язок із реальністю; з'являються галюцинації, зокрема вербальні, що сприймаються як наказ (імперативні). Під їх впливом хворий може вчиняти немотивовані, безглузді, часто небезпечні для оточення вчинки (наприклад, ні з ким не розмовляти, ходити по даху, шукати «чаклунку», скоїти самогубство чи вбити когось). Про галюцинації хворі, як правило, не говорять, тому велике значення мають об'єктивні ознаки: вони до чогось прислухаються, уважно дивляться в певному напрямку, щось шепочуть, закладають вуха вату.

Епілепсія – психіка стає загальмованою та все менш гнучкою, хворі підозрілі й легко ображаються, причому серйозність приводу тут не має значення (кажуть, що епілептик може вбити людину через дрібницю). У сутінковому стані (до та після епілептичного нападу) поведінка зовні виглядає цілеспрямованою, але людина не орієнтується в навколишньому світі, на запитання відповідає «не в плані запитання». У такому стані схильні до агресивних дій, можуть кудись їхати, бігти, учинити підпали й убивства; можуть стати жертвою нещасного випадку, оскільки зовнішніх подразників практично не сприймають, не оцінюють, що відбувається.

Олігофренія (розумова недорозвиненість) характеризується незрілістю суджень, одноманітністю й нерозвиненістю мови, тугоумством, недоступністю абстрактних

понять, елементарністю мислення. Недостатня соціальна адаптованість і насмішки оточення можуть підштовхнути хворого до насильницького самоствердження як засобу вирішення особистісних проблем.

### Висновки

Найбільш загальними рекомендаціями при спілкуванні із зазначеними категоріями осіб є:

1) спокій і впевненість у собі: не робити різких рухів, не метушитися, попереджати про кожну наступну свою дію чи рух. Така поведінка здійснює вплив за механізмом зараження й запобігає розростанню конфліктної ситуації;

2) уважне, але не нав'язливе чи демонстративне спостереження за поведінкою. Прямий контакт очима може спричинити імпульсивну реакцію у вигляді агресії;

3) чіткість, конкретність, зрозумілість формулювань. Неприпустимими є довгі та заплутані фрази, уживання спеціальних термінів чи просто незрозумілих слів, натяки, двозначності;

4) уникати проявів зверхності й глузування. Гумор і жарти, які зазвичай чинять значний нейтралізуючий вплив, розряджають ситуацію, сприяють виникненню психологічного контакту, у цих випадках можуть сприйматися як ворожість і діяти парадоксально;

5) спробувати надати своєму мовленню характеру навіювання. Слова діють не тільки своїм змістом, а й ритмом, інтонацією, тембром звучання, їх емоційним забарвленням (наприклад, «Слухайте мене уважно! Зосередьтеся на тому, що я кажу Вам! У цій ситуації найкраще ... Це корисно й для Вас, і для оточення, бо ...»).

Отже, одержання професійно значущої інформації є складним видом діяльності, що потребує не тільки наявності спеціальних знань, умінь і навичок збирання інформації, а й комплексу психологічних якостей, що мають професійну значимість. До них передусім належать такі: комунікабельність, спостережливість, активність, цілеспрямованість, наполегливість, самовладання тощо.

### Список використаних джерел:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства : учебное пособие. Москва : Медицина, 2000. 496 с.
2. Болотов Д.М. Клініко-психопатологічні особливості хворих на посттравматичні стресові розлади і розлади адаптації та їх комплексне лікування : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. Харків, 2008. 153 с.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Ленинград : Медицина, 1977. 208 с.
4. Meyer J.-J.Ch. Reasoning about emotional agents. London : IOS Press, 2004. 133 p.

### Maksym Hrebenuk. Psychological aspects of communication of the security guard with persons who are in dangerous mental states

*The relevance of the article is that communication in the activities of a security guard, as well as in the activities of all law enforcement officers, has a special character, because it is marked mainly by professional orientation and can not always begin with acquaintance, although the latter is desirable. In general, it can be stated that the process of communication in the activities of a security guard acquires a special character, because as a result of professional communication, a law enforcement officer receives something more than information. He builds a strategy of interaction with the object of professional attention and himself becomes a source of information and, consequently, the object of psychological influence. The article considers professional and psychological issues of improving the activities of security guards by developing practical skills of communication with people in dangerous mental states, and taking it into account in practice. The place of psychology in the formation of a professional security guard is clarified. The performance of professional duties by security guards is highly likely to involve persons who pose a real or potential threat to the environment while in a dangerous mental state. These are most often narcotic (including alcoholic) intoxication, the presence of mental anomalies of a borderline nature or mental illness. Because in these cases the normal course of cognitive processes (perception, thinking, attention) and emotional-volitional regulation of behavior is disturbed, a person begins to inadequately perceive, evaluate and react to the surrounding situation. Therefore, the security guard must have the skills to diagnose these conditions and know the general rules of communication with such persons. The motive becomes a property of the individual if it is stereotyped and fixed on all the homogeneous situations that originally caused it. It follows that permanence is an integral feature, the main property of a normal personality; conversely, variability is one of the most important signs of a pathological nature. The alcoholic's relationship with his surroundings is determined by random facts, depending on random moments. Beliefs that in the past determined a person's behavior cease to control his behavior. Psychological recommendations for assessing behavior and the possibility of establishing professional psychological contact, as well as overcoming barriers to communication.*

**Key words:** communication, information, security guard, special psychological knowledge.