

**Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр
имени А.И.Бурназяна»**

**СТРЕСС В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Москва
2022**

УДК 355.014:159.99
ББК 51.1
С17

Самойлов А.С., Никонов Р.В., Пустовойт В.И. **Стресс в экстремальной профессиональной деятельности:** монография. М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России, 2022. 84 с.

Рецензенты
Харитонов С.В. д.м.н., профессор

Работа посвящена физиологическим и психологическим аспектам развития психоэмоционального стресса у лиц опасных профессий. С позиции медицины рассматривается проблема влияния стресса на функции организма человека и его работоспособность.

Авторы предлагают концепцию психофизиологического сопровождения как системы сохранения ментального здоровья лиц опасных профессий, состоящей из комплекса мер по отбору кадров, их подготовке к воздействию экстремального стресса и мероприятий профилактики его патологических проявлений с учетом современных мировых наработок в этой сфере.

Даны практические рекомендации, адресованные руководителям, психиатрам, психологам и непосредственно лицам, подверженным влиянию боевого и служебного стресса. Всем им - практикам книга будет интересна.

ISBN 978-5-93064-200-1

© ФГБУ ГНЦ ФМБЦ
им. А.И.Бурназяна
ФМБА России, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Введение	5
Краткая история вопроса	7
Актуальность проблемы в наши дни	7
Часть 1. Психология и физиология войны	9
Общие вопросы психологии боевого и служебного стресса	9
Восприятие войны	11
Понятие боевого и служебного стресса	11
Факторы, провоцирующие боевой и служебный стресс	11
Поведенческие реакции при боевом и служебном стрессе	13
Закономерности развития боевого и служебного стресса	15
Частные аспекты физиологии и психологии боевого и служебного стресса.	16
Симпатическая и парасимпатическая нервная система в развитии боевого и служебного стресса	18
Роль сна в развитии боевого и служебного стресса	20
Зависимость работоспособности от уровня боевого и служебного стресса	22
Изменения восприятия и работы мозга при боевом стрессе	27
Психологическая «цена» боевых действий	30
Этапы адаптации к боевому стрессу	34
Факторы, способствующие и препятствующие развитию посттравматического стрессового расстройства	35
Восприятие массовых трагедий мирным населением	37
Часть 2. Содержание работы по психофизиологическому сопровождению.	38
Профилактические мероприятия	38
Формирование устойчивости к боевому и служебному стрессу	39
Формирование устойчивости к БСС посредством специальной психофизиологической подготовки	39
Формирование устойчивости к БСС в рамках других видов подготовки	40
Мероприятия психофизиологического сопровождения в период применения. ..	41
Подготовительные мероприятия	41
Мероприятия в пункте временной дислокации	42

Организация мероприятий, проводимых при возникновении потенциально травматических событий	42
Оказание помощи при БСС	44
Постоянные меры. Выявление	47
Постоянные меры. Взаимодействие	63
Первая помощь. Обезопасить	64
Первая помощь. Успокоить	65
Реабилитационные мероприятия	67
Реабилитация. Социализация	68
Реабилитация. Компетенции	70
Реабилитация. Уверенность	71
Заключение	73
Список литературы	74
<i>Приложение 1 Порядок действий командира при выявлении сотрудника с БСС</i>	<i>76</i>
<i>Приложение 2 Дыхательные методики снижения уровня психоэмоционального стресса</i>	<i>77</i>
<i>Приложение 3 Рекомендации по проведению психологического дебрифинга</i>	<i>78</i>
<i>Приложение 4 Методика снижения уровня психоэмоционального стресса «якорение»</i>	<i>80</i>
<i>Приложение 5 Методика снижения уровня психоэмоционального стресса «Ключ» Х.М.Алиева</i>	<i>81</i>
<i>Приложение 6 Перечень методик, рекомендуемых для коррекции психоэмоционального состояния</i>	<i>83</i>

БОЕВОЙ И СЛУЖЕБНЫЙ СТРЕСС СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Предисловие.

Одними из важнейших факторов, определяющих эффективность и безопасность труда лиц опасных профессий, является психоэмоциональная и физиологическая готовность осуществлять деятельность в экстремальных условиях.

Тщательный отбор, контроль психофизиологических параметров сотрудников при помощи аппаратных и психодиагностических методик, своевременная коррекция, а также формирование у них высокой толерантности к стрессу в процессе профессиональной подготовки составляют основу обеспечения безопасных условий труда и представляют собой наиболее важные прикладные задачи практической медицины и психологии.

Наглядным примером профессионалов, осуществляющих свою деятельность в экстремальных условиях опасности для жизни, являются военнослужащие и сотрудники полиции. Изучение боевого и служебного стресса как психофизиологического состояния характерного для чрезвычайных условий функционирования организма человека позволяет разработать систему профилактики и преодоления стресса у лиц опасных профессий гражданских видов деятельности.

В настоящей монографии предпринята попытка с учетом иностранного опыта установить причины, определить признаки и критерии, а также способы преодоления боевого и служебного стресса военнослужащих как лиц опасных профессий и, используя эту базу, разработать аналогичную систему для лиц гражданских специальностей.

Введение.

Последние десятилетия человечество переживает цифровую трансформацию. Электронные гаджеты стали нашими постоянными спутниками: никого уже не удивляет пешеход, переходящий оживленную улицу, уткнувшись в смартфон, или пара в ресторане, не замечающая друг друга и окружающих за активной перепиской в социальных сетях. По данным лаборатории Касперского, подростки 14-18 лет в России и Европе проводят 60-70% своего времени онлайн.

Нас атакует огромный поток информации, крупнейшие интернет- и медиагиганты, годовые прибыли которых превосходят валовый национальный продукт многих стран, отчаянно сражаются за наше внимание. Их цели — коммерческая и политическая реклама, формирование определенного общественного мнения, явное и скрытое побуждение к действиям.

Наш мозг сталкивается с огромным количеством информации в большинстве своем визуально-образного характера, не активирующей мыслительную деятельность, но стимулирующей сильные эмоции. Окружающая информационная среда изменилась за считанные десятилетия, в то время

как эволюция, действовавшая в течение тысячелетий, адаптировала человеческий мозг к иным условиям.

Этот диссонанс приводит к нарушениям высшей нервной деятельности. По данным исследований 2018 года, у людей, проводящих время со смартфоном более 3 часов в сутки, резко повышается количество депрессивных мыслей и суицидальных наклонностей. Кроме того, страдают коммуникативные функции. А общение с себе подобными является одной из базовых потребностей нашей психики. С такого рода влияниями сталкивается каждый из нас. И еще более тяжелое давление приходится преодолевать представителям опасных профессий, для которых смертельная угроза жизни, боль утраты и психоэмоциональное истощение являются неизбежными элементами трудовой деятельности. Возрастающая нагрузка на психику вне профессиональной деятельности усиливает воздействие боевого и служебного стресса, являющегося постоянным спутником сотрудников силовых ведомств и спасательных служб (воинов).

Помимо относительно «естественных», или прогнозируемых, факторов боевого и служебного стресса военнослужащие сталкиваются с проявлением «психологической войны». В 1979 году в Полевом уставе армии США FM 33-1 была определена суть воздействия на психику противника: «Психологические операции преследуют цель использования всех форм влияния для изменения поведения человека. Главной задачей психологических операций является способствование изменению настроений, чувств, отношения или поведения, являющихся объектами психологических операций лиц или групп, чтобы убедить их прекратить сопротивление или предпринять действия, выгодные для своих войск...». Весьма самонадеянно пренебрегать щитом, когда противник обнажил меч.

Стоит упомянуть о еще одной тенденции нашего времени. После Второй мировой войны мы были свидетелями всего нескольких полномасштабных военных действий. Противоборствующими сторонами все чаще бралась в расчет экономическая целесообразность вооруженных конфликтов. И непосредственно столкновения стали приобретать характер гибридной локальной войны малой интенсивности. Дешевле вооружить и обучить малочисленные повстанческие формирования, перебросить ограниченный, но высоко подготовленный специальный контингент для совершения точечных и эффективных ударов, нежели мобилизовать и вернуть многочисленные подразделения регулярной армии, нуждающиеся в сложном обеспечении и управлении.

На арену вышли подразделения специального назначения. Обратной стороной высокой эффективности их применения является кропотливый отбор, длительное обучение и дорогостоящее обеспечение каждого бойца. Кроме того, многие страны законодательно легализовали частные военные кампании, которые предлагают помимо высокой эффективности и экономической обусловленности еще и конфиденциальность, так как потери их сотрудников не пополняют статистику потерь армий.

Таким образом, индивидуальная значимость действий каждого представителя специальных подразделений возросла многократно. Поэтому необходимость совершенствования профессиональных навыков и физической подготовленности, а вместе с тем оптимизации функционального состояния, ментальной работоспособности и психологической устойчивости, более не вызывает сомнений.

Вызовы нового времени, расширение спектра небоевых воздействий противника требуют формирования специальной психофизиологической устойчивости у сотрудников, а также системы психофизиологического сопровождения деятельности.

Краткая история вопроса. Первые упоминания о психической патологии комбатантов можно встретить у Геродота при описании войн 490 и 480 годов до н.э. В медицинскую литературу она попала в XVII веке под названием «ностальгии», тогда были описаны характерные признаки психических, соматических и психологических отклонений. Дальнейшее развитие тема получает у французских врачей времен наполеоновских войн XVIII столетия. Они отмечали влияния многих факторов (климатических, культуральных, социальных и др.) на развитие «военной ностальгии». Следующие упоминания этих явлений относятся к работам английских врачей (А. В. R. Myers) времен Крымской войны 1853-1856 годов и Гражданской войны в США 1861-1865 годов (Н. Hartshome). Те и другие обратили внимание на дисфункцию сердечно-сосудистой системы, проявлявшуюся одышкой, болями в груди, стойкой тахикардией, и назвали ее «кардиальным неврозом», «нейроциркуляторной астенией», «солдатским сердцем». В патогенезе предполагали как факторы обмундирования и физических нагрузок, так и психических аспектов личности. Было описано появление таких проблем у пехотинцев, артиллеристов, кавалеристов и гражданского населения. Да Коста (1871 г.) отметил, что временное удаление солдат с передовой на непродолжительный отдых способствовало значительному улучшению их состояния.

Первая мировая война принесла обильный материал для исследований в этом направлении. В генезе «военного невроза» усматривали последствия лишений, влияния позиционных окопных боевых действий, отравляющих веществ, контузий, отравлений продуктами взрыва и токсинами, а также психологические травмы детства. Выделяли две его формы: острую - «эмоциональный шок» и пролонгированную - «финальный шок». Американскими врачами были описаны диспепсические явления нейрогенной природы, достигшие широкого распространения во время Второй мировой войны наряду с кардиальными и психическими отклонениями. В те годы в медицине бытовал термин «боевая усталость». Усилия медиков были сосредоточены на возвращении солдат в строй, и, действительно, многие солдаты, удаленные с полей сражений в ближайший тыл, через некоторое время смогли reintegrироваться в боевые подразделения.

Актуальность проблемы в наши дни. Французские и американские службы борьбы с боевым стрессом берут свое начало со времен Первой мировой

войны, к настоящему моменту они накопили обширный опыт и считаются одними из самых эффективных. В 1994 году в России создана Всероссийская служба медицины катастроф, которая во взаимодействии с рядом министерств осуществляет в том числе и психологическую помощь населению страны в чрезвычайных ситуациях. В силовых министерствах эта функция возложена на ведомственные психологические и психиатрические службы. Кроме контроля служебного и боевого стресса такие подразделения занимаются психологической подготовкой личного состава, лечением и профилактикой посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР).

ПТСР является отдаленным последствием боевого стресса и других психотравмирующих ситуаций, приводящим к социальной дезадаптации, зависимостям, агрессии и суицидам. В среднем этой патологией страдают около 1% людей. По данным Минобороны США, число солдат, получивших ранения в локальных конфликтах в Ираке и Афганистане, составило 52 тысячи, в то время как от ПТСР в той или иной форме пострадало от 275 до 500 тысяч военнослужащих. Пол Рикхофф, основатель организации ветеранов Ирака и Афганистана, охарактеризовал эту проблему так: «Не все возвращаются домой с ранениями, однако главное в том, что никто не возвращается домой прежним».

Клинически зарегистрированные случаи ПТСР встречаются у каждого пятого ветерана в США. За 25 лет, прошедших со времен Вьетнамской войны, покончили жизнь самоубийством 6256 из них, то есть 2 эпизода за каждые 3 дня. Количество суицидов в США составляет 8,9 случаев на 100 тысяч населения, когда как среди ветеранов этот показатель доходит до 18,7. И эти цифры не учитывают так называемые «медленные суициды» — алкоголизм и наркоманию, по которым ветераны превосходят другие группы населения. Домашнее насилие встречается в семьях ветеранов в 5 раз чаще, чем у гражданских, а доля разводов достигает 90%. Треть заключенных в США и каждый четвертый бездомный — участники боевых действий.

Таким образом, в Америке от ПТСР страдают 29-45% ветеранов Второй мировой войны, от 25 до 30% участников вьетнамской войны. Среди получивших ранения их доля превышает 42%.

Российскую статистику касательно этого вопроса найти сложнее. По данным журналистов «Воронежской Газеты», к 2008 году смертность среди ветеранов Афганистана (в поколении 40–45-летних) составила 10 % (то есть более 500 из 5200 участников войны, постоянно проживающих в городе), при этом каждый седьмой совершил самоубийство.

Из других источников известно, что более 18% ветеранов Афганистана и 25% участников чеченских кампаний переживают ПТСР.

В свете такой безрадостной статистики становится очевидна необходимость профилактики боевого стресса и его последствий, а также других мероприятий, направленных на сохранение ментального здоровья комбатантов.

Часть 1. Психология и физиология войны.

Общие вопросы психологии боевого и служебного стресса.

Восприятие войны. Ведущее место в служебно-боевой деятельности отводится постановке целей, то есть ожидаемых результатов работы. Цели могут быть ближнесрочными и отдаленными. Ближние: своевременно и эффективно выполнить поставленную задачу без людских и материальных потерь. Отдаленные — это полная победа над противником, достижение определенного уровня профессионализма. Характер деятельности по достижению целей определяется мотивами, которые и являются непосредственными побудителями. Среди них личные стремления, потребности, чувства, отношение к себе, противнику и коллективу, а также к деятельности в целом.

Важнейшим фактором внутренней мотивации воина, задающей активность и направленность его действий, является позиция общества по отношению к войне (операции). Она в значительной степени влияет на побуждающую и смыслообразующую функцию комбатанта.

Исторически в России формировалось отношение к людям ратного труда как к защитникам Родины, заступникам слабых. Этот жизненный путь испокон веков был в почете и уважении.

В настоящее время при переходе от полномасштабных войн к локальным военным конфликтам с элементами информационной борьбы значение этого фактора только возросло.

Великая отечественная война является самой кровопролитной в истории человечества. СССР столкнулся с угрозой полной оккупации, геноцида населявших его народов внешним агрессором, доминирования в мире нацистского квазигосударства и идеологии. Все без исключения население было в той или иной степени вовлечено в вооруженную борьбу, партизанское движение, работало в тылу, терпело лишения или находилось в оккупации. Вся государственная машина перестроилась на военные рельсы. Население и власть, сельское хозяйство и промышленность, наука и пропаганда в едином порыве работали на нужды фронта. И добились долгожданной победы.

Ветераны, вернувшиеся к мирной жизни, почитались как герои. К их мнению прислушивались, выдвигали на ответственные должности, молодежь старалась походить на «фронтовиков». Общество было едино в своем уважении к ветеранам и отношении к их заслугам.

Иначе сложилась судьба американцев, воевавших во Вьетнаме. Не предприняв необходимых мер, действующая администрация позволила оппозиционным силам развернуть мощную антивоенную кампанию, дискредитировавшую правительство и вооруженные силы. Цели и задачи агрессии были раскритикованы, а целесообразность развертывания кампании, вынуждавшей молодежь погибать на другом конце света, поставлена под сомнение. В итоге общество неоднозначно восприняло и конфликт, и его участников. «Америка нас предала!» — звучал лозунг антивоенного движения из уст ветеранов.

Советский Союз направил контингент в Афганистан на закате своей истории. Идеологические основания этого акта, как и само марксистско-ленинское

учение, имели определенные слабые стороны, в некоторых смыслах устарели и требовали пересмотра, в иных – были далеки от потребностей простого обывателя.

Ветераны Афганистана, возвращаясь домой, обнаруживали, что общество живет, как и раньше, при этом их внутренняя трансформация была кардинальной. У многих не было возможности поделиться своими переживаниями, так как окружающие не понимали или не верили им. А переоценка моральных установок и негативизм по отношению к невоевавшим усиливали обособленность и стремление общаться с себе подобными.

«Перестройка» и распад СССР привели к обнищанию народа и расслоению общества. Дискредитация политических оснований Афганской войны и заискивания перед геополитическими соперниками, начавшиеся в прессе, привели к «обесцениванию» личных подвигов конкретных военнослужащих в глазах общества. Государство, едва сводившее концы с концами, должным образом не позаботилось о своих ветеранах и их реинтеграции в мирную жизнь.

Можно провести много параллелей между проблемами ветеранов Вьетнама в США и Афганистана в России. Они характеризуют общественное восприятие локальных военных конфликтов в наше время и объясняют необходимость комплексной работы по формированию у воинов морально-мотивационных обоснований боевой деятельности, ее общественной поддержки, снижению воздействий боевого и служебного стресса, медико-психологической реабилитации.

Особый вклад в восприятие войны производит пропаганда. Она ставит своими целями расслоение общества по отношению к боевым действиям, лишение силовиков социальной моральной поддержки, давление на отдельные политические силы государства, командование контингента и конкретных военнослужащих, участвующих в конфликте, а также влияние на население территорий, на которых проводится операция.

Пропагандистские органы чеченских сепаратистов выставляли в негативном свете действия федеральных сил, угрожали силовикам расправами с их семьями, проводили многочисленные теракты, побуждали солдатских матерей к массовому походу в районы боевых действий. Такими способами они добивались осуждения действий руководства страны в иностранных и российских средствах массовой информации, провоцировали антивоенные настроения в обществе и армии.

Профессиональная пропаганда террористических группировок из Сирии и Ирака, взывавшая к национальным и религиозным чувствам, обещавшая разрешить все проблемы от личностных до социальных и финансовых, помогла завербовать в свои ряды сотни тысяч людей из благополучных стран Европы и получить огромную финансовую и общественную поддержку.

Резюмируя все, сказанное выше, следует сделать вывод, что одной из важнейших задач военно-политического руководства является формирование общественной поддержки действий вооруженных контингентов в военных, антитеррористических и миротворческих операциях, и мотивационно-мировоззренческих установок у каждого отдельного участника боевых действий.

Понятие боевого и служебного стресса. Боевой и служебный стресс (БСС) – это совокупность физиологических, психических и поведенческих реакций человека на негативные события и факторы боевых, миротворческих и других операций. Борьба с БСС включает в себя меры медицинского, психологического и воспитательного порядка, направленные на предотвращение, выявление и нивелирование стрессогенных факторов в подразделениях, что призвано оптимизировать выполнение задачи, повысить боевую готовность и снизить неблагоприятное воздействие БСС на физическое и ментальное здоровье сотрудников. Контроль боевого и служебного стресса заключается в отборе кандидатов при приеме на службу и их дальнейшее постоянное психофизиологическое сопровождение. Психофизиологическое сопровождение (ПФС) – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение, выявление и помощь при развитии боевого и служебного стресса, а также подведение военнослужащего к выполнению поставленной задачи в оптимальном функциональном состоянии.

Цели ПФС в борьбе с БСС:

1. Усилить приспособительные реакции к БСС.
2. Предотвратить и устранить дезадаптивные реакции.
3. Обучить военнослужащих контролю БСС.
4. Оказать квалифицированную помощь при психопатологии и поведенческих нарушениях.

Факторы, провоцирующие боевой и служебный стресс. Многие стрессоры возникают в результате действий противника, пытающегося уничтожить или деморализовать наши силы. Другие факторы обусловлены климато-географическими условиями театра военных действий (ТВД): низкими или высокими температурами, высокой влажностью воздуха, низким атмосферным давлением, сменой часовых поясов или собственными просчетами организации, например, неадекватный задаче количественный и качественный состав подразделения, несвоевременный или ошибочный маневр, недостатки материально-технического или других видов обеспечения. Разумное руководство стремится сдерживать стрессогенные факторы в допустимых пределах, а также физически и психологически готовить свой личный состав к их преодолению. Условно можно разделить стрессорные факторы на психические и физические. Психический стресс – это реакция мозга на информацию об угрозе, лишении или событии, которая влияет на физическое состояние организма опосредованно, через эмоции, изменения восприятия и мышления. Физический стрессор воздействует на физиологию организма, как, например, высокая температура окружающей среды, дегидратация, интоксикация вследствие инфекционного заболевания.

Кроме того, физические агрессивные факторы могут провоцировать возникновение психических, которые вызывают внутренний дискомфорт, отвлечение внимания и нарушение функционирования мозга. БСС провоцирует адаптивные и дезадаптивные поведенческие реакции, снижающие или усиливающие его воздействие. В таблице 1 представлены физические и психические стрессорные факторы.

Физические и психические боевые стрессорные факторы.

Физические факторы	Психические факторы
<i>Факторы условий ТВД</i>	<i>Факторы восприятия и мышления</i>
Холод, жара, гипоксия, влажность воздуха, запыленность, солнечная радиация.	Информация (слишком много или слишком мало).
Вибрация, шумовые воздействия, взрывы.	Сенсорная перегрузка или депривация.
Физическое воздействие оружия, оборудования и техники.	Неоднозначность, неопределенность, непредсказуемость ситуации.
Ионизирующие излучения.	Нехватка времени или томительное ожидание.
Вредные примеси атмосферы (яды, химикаты, боевые отравляющие вещества).	Необходимость принятия трудных решений, в том числе с тяжелым моральным выбором.
Инфекционные агенты.	Организационная динамика и изменения.
Физическая нагрузка (утомление и переутомление).	Вынужденность совершения выбора в ситуации отсутствия выбора.
Ограниченная видимость (яркий свет, вспышки, темнота, ограничение обзора, задымленность, запыленность).	Признание или выявление собственных ошибок.
Труднопроходимая и пересеченная местность.	Деятельность, выходящая за пределы уровня квалификации и подготовки.
Повышенное и пониженное давление газовой и водной среды.	Предыдущие неудачи.
Специфические факторы отдельных видов военного труда.	
Ядовитые (переносящие возбудителей заболеваний) представители местной фауны.	
<i>Физиологические факторы</i>	<i>Эмоциональные факторы</i>
Недосыпание.	Деадаптация в новом подразделении, изолированность, одиночество.
Обезвоживание.	Угрозы, вызывающие страх и тревогу (прямая или опосредованная угроза жизни и здоровью, неудачи или потери).
Недоедание или неполноценный рацион питания.	Деформация личностных нравственных устоев (утрата веры).
Недостаточность гигиены.	Межличностный конфликт с руководителем, в подразделении, с товарищем.
Мышечная усталость и гипертонус.	Домашние проблемы в семье, тоска по дому.
Гиподинамия.	Недостаток конфиденциальности, приватности.
Нарушения иммунитета (ослабление или аллергия).	Потери, вызывающие скорбь (тяжелая утрата).
Заболевания или травмы (ранения).	Потеря мотивации и лояльности.
Половое воздержание.	Бездействие, порождающее скуку.
Употребление табака, алкоголя, наркотиков, кофеина (энергетиков), курительных смесей.	Отсутствие общественной поддержки и положительной значимости боевых действий.
Бесконтрольное применение стероидных гормонов и других фармакологических препаратов.	Визуализация связанных с боевыми действиями разрушений инфраструктуры, уничтоженной техники, человеческих страданий, трупов.
Повышенная масса тела или ожирение.	Применение подразделения в отрыве от основных сил (на территории противника).
Плохая физическая форма.	Негативное отношение местного населения к контингенту (операции).
	Негодование, гнев и ярость, приносящие разочарование и чувство вины.
	Необходимость убивать.

Определенный уровень стресса неизбежен и необходим для мобилизации человека в экстремальной ситуации. Чрезмерный стресс может повлиять на характер принимаемых командирами решений и качество выполнения подчиненными их команд, что потенциально способно привести к упущенным возможностям, потерям и срыву задачи. Вовремя не купированный БСС приводит к истощению психических и физических резервов организма и потере боеспособности, которые могут проявиться в неспособности выполнять свои обязанности, повышении заболеваемости по причине снижения иммунитета, агрессивном и суицидальном поведении. Порядок действий командира при выявлении военнослужащего с БСС изложен в *Приложении 1*.

Анализ факторов БСС должен проводиться на всех этапах подготовки, применения и отдыха после выполнения задачи, как по подразделению в целом, так и по отдельным индивидуумам. На основании этих оценок подразделение психофизиологического сопровождения готовит предложения командиру по снижению воздействия БСС. На рисунке 1 представлена модель развития и исходов БСС.

Поведенческие реакции при боевом и служебном стрессе. Все поведенческие реакции, возникающие под воздействием боевых и служебных стрессорных факторов принято разделять на адаптивные и дезадаптивные, включающие в себя реакции БСС и БСС-обусловленные противоправные деяния.

Адаптивные реакции расцениваются как компенсаторные, призванные снизить чрезмерное влияние негативных раздражителей и оптимизировать привыкание к ним. Адаптивные реакции присущи профессионалам высокого уровня и развиваются в сплоченных коллективах с эффективным руководством и благоприятным психологическим климатом. Также эти реакции могут повышать результативность подразделений. Адаптивные реакции включают в себя развитие сильного личного доверия, поддержки и сплоченности (так называемые горизонтальные связи) между сверстниками (земляками, представителями одного этноса) в небольших подразделениях, также доверие и лояльность между подчиненными и лидерами (вертикальные связи). Командный (корпоративный) дух определяется как чувство идентификации и принадлежности к более крупному, прочному подразделению со своей историей и идеями.

Дезадаптивные реакции характеризуются срывом механизмов адаптации и проявлениями, препятствующими исполнению служебных обязанностей и ведущими к психическим заболеваниям, нарушению социализации индивидуума. У некоторых людей те или иные поведенческие отклонения или особенности личности, существовавшие ранее, усиливают воздействия боевых стрессоров. Такие личности требуют дополнительного внимания и помощи. Дезадаптация более свойственна людям, невольно оказавшимся в зоне боевых действий (проведения операции), либо оказавшимся там впервые, а также малоопытным и слабо подготовленным воинам, находящимся в подразделениях с низкой дисциплиной и недостаточной сплоченностью личного состава.

К реакциям дезадаптации можно отнести любые проявления БСС. Многие из них похожи на психиатрические симптомы (паника, крайняя тревога,

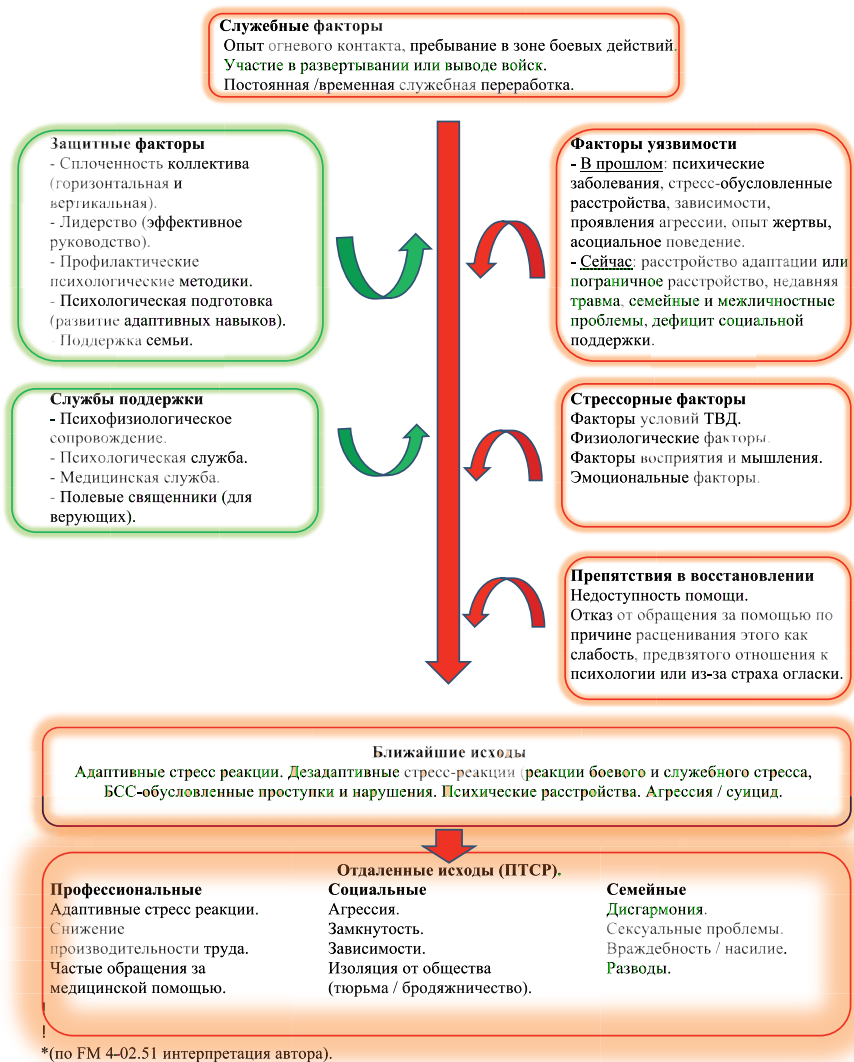


Рис. 1. Развитие и исходы БСС*.

депрессия, галлюцинации), однако носят преходящий характер, возникая в ответ на травмирующий боевой стресс или накопленный служебный. В их число также входят опосредованные БСС поведенческие акты, нарушающие правовые и моральные нормы. Они варьируются от незначительных нарушений приказов или инструкций до серьезных преступлений уголовного характера и несоблюдения норм международного права. Такого рода

эксцессы чаще возникают у недисциплинированных и плохо подготовленных военнослужащих, однако и положительно характеризующиеся личности в условиях экстремального стресса способны на проступки. Более того, эта проблема может проявиться в высоко сплоченных и гордых подразделениях, полагающих, что они заслуживают дополнительных привилегий. Члены таких коллективов могут снять напряжение противоправным способом или ввязаться в незаконную месть при утрате боевого товарища.

Не всегда легко определить различия между проявлениями адаптивных и дезадаптивных поведенческих реакций. Кроме того, у внешне адаптированных и пользующихся поддержкой военнослужащих могут возникать эпизоды поведенческих отклонений, спровоцированные стрессом и в свою очередь усугубляющие его воздействие. Любые подобные проявления требуют пристального внимания командиров и специалистов психофизиологического сопровождения. Стрессовые реакции могут иметь отдаленные последствия, поэтому важно своевременно и в полном объеме оказать психологическую и, если необходимо, психиатрическую помощь, с целью уменьшения осложнений для пострадавшего, его семьи, подразделения и общества. На рисунке 2 представлены типичные поведенческие стрессовые реакции.

Закономерности развития БСС. В генезе БСС наблюдаются определенные закономерности. Направление динамики состояния пациента может меняться в зависимости от характеристик стрессорных факторов, интервенций психофизиологического сопровождения или медицинской службы, работы командования, пострадавшего и поддержки окружающих. Под воздействием стрессогенных факторов в организме отмечаются существенные изменения показателей в рамках физиологической нормы, характеризующие различные формы острых адаптационных реакций. Они могут разрешиться развитием стойкой адаптации (нормы) или срывом адаптации, то есть состоянием дезадаптации (преморбидным). Считается, что в состоянии дезадаптации организм оказывается под влиянием мощных или длительно действующих стрессоров (стресс истощения). При отсутствии необходимой коррекции (задача психофизиологического сопровождения остановить прогрессирование БСС на доклиническом этапе) дезадаптация переходит в патологию с присущей ей физиологической и психической симптоматикой. Существуют и типичные временные рамки. На рисунке 3 представлена периодизация прогрессирования БСС и ПТСР.

В ходе наблюдений за комбатантами в боевых условиях отмечены следующие особенности психоэмоционального фона и межличностных коммуникаций. Первые полтора-два месяца работы наиболее продуктивны, возможны единичные случаи эмоционального напряжения, связанные с переброской, которые проходят после размещения в пункте временной дислокации и исчезновения проявлений острой адаптации. Через полтора месяца у некоторых лиц развиваются раздражительность, перепады настроения, которые реализуются в мелких конфликтах, придираках и жалобах.

За две недели до вывода обычно наступает мобилизация психологических ресурсов и межличностные трения сходят на нет. Если командировка



*(по FM 4-02.51)

Рис. 2. Структура стрессовых поведенческих реакций.

длится шесть месяцев и дольше может развиваться психическое истощение, которое является причиной потери мотивации, способности качественно исполнять свои обязанности, снижения бдительности и совершения дисциплинарных проступков. Длительность командировки в два-три месяца многие признают оптимальной с точки зрения производительности.

Частные аспекты физиологии и психологии боевого и служебного стресса.

«Бой – это универсальная фобия!» – заявляет ученый-психолог, подполковник армии США Д. Гроссман. Тезис не нуждается в подтверждении.

Многие из нас чего-нибудь боятся: выступать перед публикой, потерять работу, здоровье, за детей или родителей. Но это страхи, которые заставляют нас бороться, предупреждать или избегать потенциально опасные



Рис. 3. Периодизация прогрессирования БСС и ПТСР.

ситуации. Фобия же мгновенно лишает людей самоконтроля, заставляет вести себя иррационально, даже опасно. Это чувство ужаса и паники, обитающее где-то в бессознательном. Вспомните клаустрофобов, трясущихся перед лифтом, мизофобов, моющих руки сто-двести раз в день, степенных дам, истошно кричащих и запрыгивающих на стул при виде мыши.

Бой — это чемпион среди фобий. Мысль, что совсем недалеко находится вооруженный человек, который проснулся сегодня с твердым желанием лишить тебя (ТЕБЯ!!! Которого все любят!) жизни, мучительна и деструктивна. Тут присутствует личный компонент. Миллионы курильщиков добровольно обрекают себя на медленную смерть, да, но это их выбор. Пожар или ураган уничтожил твой дом и ранил тебя, но это стихийное бедствие. Другое дело — вооруженные бандиты, ворвавшиеся к тебе домой.

По данным Американской психиатрической ассоциации, ПТСР после насилия, совершенного другим человеком, намного глубже и тяжелее, чем по причине автомобильных аварий и стихийных бедствий. Мысль о том, что другой человек взял на себя роль вершителя твоей судьбы и может отнять у тебя саму жизнь, неприемлема. Все нормальные люди боятся потерять жизнь. И в этом нет ничего странного и предвсудительного. Никто никогда в здравом уме не пойдет навстречу звукам выстрелов и всячески попытается избежать этого. Кроме воина. Только это иррациональное и героическое существо защищает интересы своей страны, обеспечивает правопорядок на улицах, то есть освобождает всех остальных от необходимости самим брать в руки оружие. За что ему и благодарны. И он должен знать о бое все, как знает об океане моряк, а об инфекции — врач.

То, о чем не говорят на ток-шоу и не показывают в героических фильмах. В момент максимального стресса мозг все свои силы сосредоточивает на стрессоре, теряя контроль над сфинктерами. Если есть балласт, от него лучше избавиться заранее. И если опорожнение кишечника или мочевого пузыря произошло в наиболее пугающий момент — это не проявление слабости или малодушия. Это физиология.

От психических расстройств на поле боя армии теряют больше, чем от всех физических способов уничтожения живой силы. Такова статистика двух Мировых войн, Вьетнама и Кореи. Сражения новейшей истории сильно отличаются от предыдущих. В том числе по длительности. В условиях полномасштабной войны солдат может не выходить из боя и не отдыхать в условиях даже относительной безопасности недели и месяцы, что является тяжелейшим ударом по психике. До 98% участников десантной операции в Нормандии после 60-90 суток боя стали пациентами психиатрического профиля. Более того, психиатрические потери американской армии во Второй Мировой войне превосходят 500 тысяч человек. Средний возраст смерти ветеранов Сталинградского сражения около 40 лет, тогда как их невоювавшие сверстники прожили на 20-30 лет дольше. Конечно, тут могут иметь место статистические погрешности, но нельзя не принимать во внимание многомесячное воздействие боевого стресса. Необходимо знать, а значит, быть готовым к особенностям работы нервной системы в условиях боестолкновения.

СНС и ПНС в развитии БСС. Основные приспособительные механизмы организма человека реализованы посредством нейрогуморальной регуляции. Вегетативная (автономная) нервная система, основная задача которой – это сохранение постоянства внутренней среды организма в покое и при адаптации, представлена двумя отделами: симпатической нервной системой (СНС) и парасимпатической нервной системой (ПНС). Обычно обе ветви нервной системы имеют точки приложения в каждом органе и взаимно дополняют влияние друг друга, хотя воздействия оказывают противоположные.

Симпатическая нервная система отвечает за реализацию экстренных приспособительных механизмов (в том числе стрессовых реакций), активационные, стимулирующие, расходующие энергию процессы. Она обеспечивает энергией и повышенной возбудимостью систем организма реакцию «борись или беги». СНС увеличивает частоту и силу сокращений сердца, расширяет бронхи и увеличивает легочную вентиляцию, расширяет артерии скелетных мышц, стимулирует выработку адреналина и норадреналина надпочечниками, то есть осуществляет все возможное для доставки кислорода к работающим мышцам. В то же время она отключает ненужное: угнетает перистальтику кишечника, слюноотделение (отсюда сухость во рту в стрессовой ситуации), сужает артерии большинства внутренних органов.

Работа парасимпатки направлена на восстановление и отдых. Она накапливает энергию и пластические вещества, позволяет органам восполнить свои запасы и регенерировать структуру, экономизирует любые процессы, происходящие в организме. ПНС усиливает секрецию слюны и кишечных ферментов, усиливает перистальтику кишечника, снижает частоту и силу сердечных сокращений, сужает бронхи и снижает легочную вентиляцию, активизирует половые функции. СНС и ПНС взаимно влияют друг на друга по механизмам прямой и обратной связи непосредственно и через эффекты функционирования подконтрольных органов.

Сон — царство парасимпатикеи. Тотальное восстановление мозга и тела. Когда человек просыпается, некоторое время он сонный и медлительный — ПНС еще правит в организме. После кружки кофе и бодрящего душа симпатика просыпается, включает надпочечники и вступает в свои права. Уравновешивая и компенсируя влияния друг друга, они регулируют деятельность организма: симпатика «пришпоривает», когда этого требуют условия деятельности или среды, ПНС сбавляет обороты, если влияние активирующих факторов снижаются. К вечеру по мере израсходования энергии и питательных веществ СНС удаляется на отдых и передает руководство парасимпатике. Во сне все функционирование организма направленно на отдых и восстановление, поэтому он максимально уязвим.

Но если вдруг человек в ходе обычного суточного цикла сталкивается со смертельной опасностью, организм всецело включается в борьбу, активизирует СНС на полную, выбрасывает мощные дозы адреналина. При этом сердце бешено колотится, руки могут трястись и не слушаться, особенно при совершении сложно координированных движений, дыхание становится глубоким и частым. Отключаются ненужные функции такие, как пищеварительная, половая. Организм с удовольствием избавляется от балласта, чтобы никакие ресурсы не тратились на побочные задачи. Все мобилизовано ради одной цели — выживания.

Когда противостояние завершено и опасность миновала, действие стимулирующего фактора прекратилось, развивается парасимпатическая обратная реакция. И она может быть настолько же выраженной, насколько сильно адреналин активировал, а организм совершал работу и тратил энергию. Проявлениями парасимпатической постреакции могут быть слабость, тошнота, головокружение, спазмы и боль в животе, диарея. При возможности человек засыпает в изнеможении. В любом случае он становится уязвим.

Об этом надо знать и быть к этому готовым как самим комбатантам, так и их руководителям. Наполеон говорил: «... момент наибольшей уязвимости наступает сразу после победы». Мы не раз слышали фразу: «Командировка заканчивается, только когда ты пришел домой». Нередки случаи, когда воины, взявшие пленного, или правоохранители, задержавшие преступника, выходят из состояния стресса, расслабляются, теряют бдительность. И платят за ошибку дорогой ценой. Это происходит в том числе и потому, потому что главным стрессорным фактором для них являлось непосредственно задержание, и после успеха развивается парасимпатическая обратная реакция. Особенно если транспортировка длительна, монотонна и кажется безопасной. Объект захвата в свою очередь еще не начинал действовать, его стресс только усиливается с момента агрессии против него и по мере приближения к определенной точке невозврата (передачи под охрану, заключения в тюрьму). Не стоит отдавать противнику физиологическое преимущество.

Опытный командир после прекращения огневого контакта старается сохранить определенный уровень активности личного состава, не позволяющий расслабиться полностью. Она подразумевает под собой организацию

обороны, подготовку позиций, восполнение потерь жидкости, перераспределение боеприпасов, помощь раненым и их эвакуация, контроль оставшегося работоспособного оборудования.

Не всегда стресс разрешается парасимпатической реакцией. В ситуации, если физической и психической активности не хватило, чтобы утилизировать весь пул адреналина, выход из состояния активации затягивается. В том случае, когда не удается заснуть, мысли в голове хаотично сменяют одна другую, сердце колотится, руки слегка трясутся, а тело рвется вперед, поможет физическая нагрузка. Пробежка, работа с весами, боксерский мешок и расслабляющий теплый душ, как правило, обеспечивают нормальный сон и регенерацию. Алкоголь, если и усыпит, то утром после него будет ждать не восстановление, а похмелье.

Роль сна в развитии БСС. Сон является одной из незаменимых потребностей для жизни. Без сна человек сможет прожить всего несколько дней. Сон настолько необходим, что его депривацию применяли в качестве пыток (нацисты во время Второй Мировой войны, американцы в тюрьме Гуантанамо — со слов узников и правозащитников, и другие).

Работа мозга в упрощенческом варианте сводится к передаче электрических импульсов и образованию нейронных связей. Импульсы передаются не электронами, как в бытовой розетке, а макромолекулами-нейромедиаторами. Связи образуются из строительного материала нервной ткани. Причинами усталости и нарушений в работе мозга являются израсходование нейромедиаторов, снижение энергетических и пластических (строительных) запасов. А для восстановления энергетических и субстратных запасов нам и необходим сон. Кроме того, во сне происходит рост и регенерация мышц и элементов опорно-двигательного аппарата, также другие органы и системы в состоянии покоя восстанавливаются перед очередным рабочим днем.

Отказ от сна — лучший способ сдать стрессу. Депривация сна или хронический недостаток сна сами по себе вызывают стресс и усугубляют ПТСР. В крови возрастает количество С-реактивного белка и малонового альдегида — маркеров перекисного окисления липидов, биохимического синонима стресса и одной из вероятных причин старения. Помимо этого, в опытах показано, что нехватка сна нарушает работу гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и повышает уровень гормонов стресса в крови. А если вдруг вам угрожает опасность и необходимо мобилизоваться, для чего привлечь все имеющиеся ресурсы, в условиях недосыпа это может не получиться, так как ресурсы надпочечников на исходе, а система их стимуляции ригидна. Страдает и сердечно-сосудистая система, повышается количество нарушений ритма сердца, ухудшаются показатели вариабельности сердечного ритма (функция приспособляемости), изменяется толерантность к глюкозе и чувствительность к инсулину, что предрасполагает к развитию ожирения и сахарного диабета.

Невыспавшийся человек подобен пьяному: у него страдает мышление, внимание, память, эмоции, замедляется реакция, он не способен быстро принять правильное решение в экстренной ситуации.

Аварии на Чернобыльской АЭС и АЭС Три-Майл-Айленд, крушение танкера «Эксон Валдиз» объединяет то, что они произошли ночью при неоптимальных действиях усталого персонала. По данным Французского института сна, 20-25 % дорожно-транспортных происшествий в Европе и более 16 % в США происходят по вине заснувших за рулем водителей.

Очевидно, что ограничение полетного времени в сутки для пилотов авиации, продолжительности смены авиадиспетчеров, операторов атомных электростанций, водителей, перевозящих пассажиров, имеют под собой основания.

Можно ли компенсировать накопленный недостаток сна? Да, позволить человеку выспаться, сколько хочет, после чего он снова будет спать семь-девять часов в сутки. Существует минимальное критическое время сна для восстановления – шесть часов. Это время улучшит функциональное состояние бойца, не спавшего длительное время подряд или с хроническим недостатком сна. И семь часов – ежесуточное время, необходимое при обычном ритме жизни.

Чему нас учат упражнения на выносливость с депривацией или рестрикцией сна? Тому, что устойчивость к нехватке сна невозможно натренировать. Как себя ни измощай, спать раз в три дня не научишься. В условиях неполного восстановления многие вещи не получаются, надо это знать, почувствовать и быть готовым к такому развитию событий. Для командиров задача управления усложняется. Воины, лишённые сна, не будут понимать команд, а значит, следует упрощать слова, говорить ясными короткими предложениями, не поручать сложные задачи, разбивать задания на простые составляющие, повторять ключевые элементы, заставлять подчинённых воспроизводить вводные, внимательнее обычно контролировать исполнение. Но самое главное – в реальной ситуации нужно сделать все, чтобы они выспались.

Кофеин может помочь. Он содержится в кофе, коле, чае, какао, гуаране, мате, энергетических напитках, медицинских препаратах, жевательной резинке «STAY ALERT®», изготавливаемой для армии США. Кофеин – стимулятор истощающего действия, он расходует те остатки энергии, которые бережливый организм, глядя на все происходящее, решил отложить, то есть бодрит в счет будущего функционального спада. Существуют особенности его влияния в зависимости от свойств нервной системы. Две чашки кофе в день считаются приемлемым уровнем потребления для здорового человека. Если очень нужно больше, значит, сформировалась зависимость. Если употребление кофеина не влияет на сон, значит, развилась выраженная устойчивость, и он будет бесполезен, когда вам понадобится. Не стоит употреблять кофеин в течение 6 часов перед сном.

Никотин не бодрит, даже если субъективно стало лучше. Это иллюзия. Тут же хотелось бы коснуться темы энергетических напитков. В них может содержаться количество кофеина и его предшественников эквивалентное 5-7 чашкам кофе, кроме того содержатся другие стимулирующие вещества. Для энергетиков характерна излишняя стимуляция сердца и нервной системы.

Последствиями их приема могут стать раздражительность, нарушения сердечного ритма, бессонница, депрессия, привыкание.

Зависимость работоспособности от уровня БСС. Эффективность в бою определяется физической и ментальной работоспособностью, которая, в свою очередь, зависит от многих факторов. У одного и того же человека при его неизменном функциональном резерве (потенциале) работоспособность в данный момент устанавливается его текущим состоянием, или уровнем стресса.

Одним из пионеров в области исследования боевой работоспособности был Б.К. Сиддл. Он предложил оценивать работоспособность в связи с частотой сердечных сокращений (ЧСС), так как она является одним из самых чувствительных параметров жизненно важных функций организма. О влиянии стресса на этот показатель говорилось выше.

В состоянии покоя, когда человек безмятежен, рассеян, спит или отдыхает, не думая, что может случиться нечто плохое, его пульс обычно не превышает 80 ударов в минуту. Такое состояние условно обозначили как «белое». Это состояние жертвы, которая беспомощна и уязвима.

Когда индивид поднимает уровень стресса до базовой бдительности и готовности при необходимости действовать, наступает «желтое состояние». В этом состоянии находятся хищники и выжившие. Воину следует стремиться существовать в этой кондиции. Граница между «белым» и «желтым» мало различима, весьма индивидуальна и лежит скорее не в физиологической, а в психологической плоскости. Тем не менее, у многих она находится в пределах от 80 до 115 ударов в минуту. Экономичный уровень готовности.

При повышении возбуждения организм выходит на пиковый уровень способности к выживанию и боевых характеристик. В диапазоне ЧСС от 115 до 145 ударов в минуту сложные двигательные навыки, скорость зрительной и когнитивной реакции выходят на оптимальный уровень. Становятся максимальными сила и скорость, однако взамен ухудшается мелкая моторика. Это «красное» состояние.

Следует отличать зоны работы сердца при стрессовой реакции, вызванной страхом и поддержанной СНС и гормональными стимулами, от увеличения ЧСС при интенсивной физической нагрузке. Кроме того, сосудистый спазм, вызванный страхом и стрессом выживания, дополнительно стимулирует учащение сокращений сердца. Описанные выше параметры работы сердца относятся только к БСС, и, не взирая на то, что ЧСС может быть вариативна у разных людей, каждый имеет свое «белое», «желтое» и «красное» состояние.

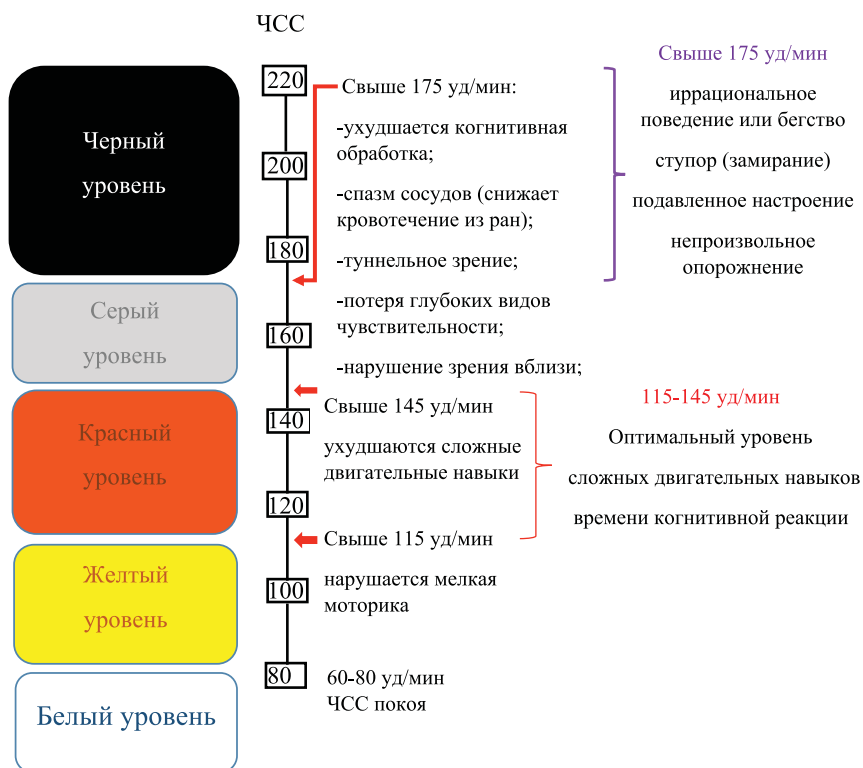
Границы зон не абсолютны, но при ЧСС, примерно равной 115 ударов в минуту, организм вступает в выраженный стресс, это условия отчаянной борьбы за жизнь. Его выдает глубокое дыхание и дрожание рук – проявление сужения сосудов, препятствующее току крови к конечностям. Пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии порой сложно подписать протокол, трясутся руки у большинства выполняющих свою первую инъекцию.

На рисунке 4 представлены уровни БСС (состояния) и соответствующая им частота сердечных сокращений.

Важно понимать, как физиологическое возбуждение СНС влияет на боевые характеристики. Различные специальности предъявляют неодинаковые требования к состоянию собственных представителей, которые вынуждены функционировать в своих целевых зонах.

Для пилотов авиации крайне важно постоянное внимание и сохранение высоких показателей мелкой моторики. Снайпер должен часами, если не сутками, поддерживать сосредоточенное внимание, чтобы потом за считанные минуты принять решение и произвести ювелирный спуск. Переоценить важность навыков мелкой моторики в данном случае сложно. Мало кто захочет находиться рядом с инженером, устанавливающим взрывное устройство на боевой взвод трясущимися руками, захлебывающимся от одышки и сердцебиения. Все они работают в желтой зоне, пользуясь ее преимуществами и принимая недостатки.

Другое дело сотрудник штурмовой команды, выбивающий дверь в помещение с вооруженным преступником. Меньше минуты потребуется, чтобы



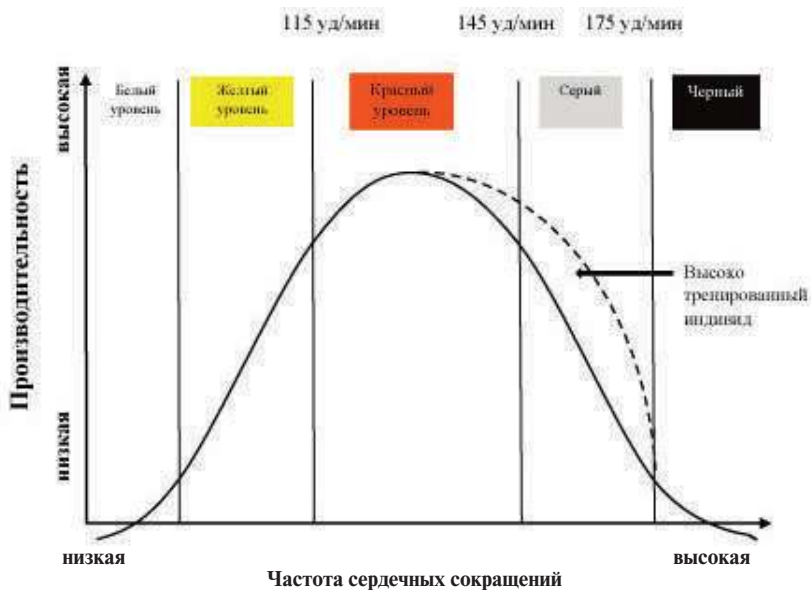
*по Сиддлу и Гроссману (2008 г.)

обезвредить нарушителя и надеть на него наручники. Здесь решающими факторами будут скорость, сила и мощь воздействия, а также сложные двигательные акты, натренированные заранее. Находясь в красной зоне, воин максимально быстро реагирует на внешние стимулы и наиболее эффективно на них отвечает. Нарушение мелкой моторики не является для него критичным. В режиме высоких скоростей нет времени на принятие решения, поэтому реализуются навыки, предварительно отретенированные и доведенные до состояния «мышечной памяти» – действий, производимых автоматически.

Для понимания роли БСС в производительности предлагаю рассмотреть рисунок 5.

Бояться – это нормально. Справляться со своим состоянием и выполнять свои обязанности максимально эффективно в стрессовых условиях – это признак профессионализма. Для оптимизации работоспособности необходимо находиться в своем целевом состоянии и поддерживать соответствующий уровень БСС.

Большинство людей после достижения ЧСС 145 ударов в минуту испытывают снижение производительности. Но не все. При условии тщательной наработки определенных навыков, некоторым людям удалось отодвинуть верхний предел красной зоны и использовать еще более высокий



* по Гроссману (2004 г.)

Рис. 5. Объединенная модель стресса и производительности*.

сердечный ритм для повышения профессиональной работоспособности. Состояние функций организма при ЧСС 145-175 ударов в минуту назвали «серой» зоной. При превышении порога 175 ударов в минуту наступает резкое падение физической и умственной работоспособности, называемое «черным состоянием».

«Серый» уровень БСС является наименее изученным из всех. Он развивается у профессионалов, длительное время оттачивающих свои навыки и доводящих их до состояния мышечной памяти, или автопилота. Приближение к этому уровню, по-видимому, происходит благодаря многократным успешным действиям в стрессовых условиях, которые снижают эффект неожиданности при различных видах стресса и приучают организм функционировать в целевой зоне без потери качества выполняемых действий. При этом замечено, что стрессорные факторы различной природы повышают общую толерантность к БСС, так как большинство механизмов реакции стресса по своей природе неспецифичны.

Интересным явлением, заслуживающим внимания, является двусторонняя симметрия. Это повторение движений разносторонними конечностями. Когда люди пугаются, они инстинктивно выставляют обе руки навстречу опасности. Результатом резкого повышения тонуса СНС часто являются рефлекторные действия: моргание, наклон головы и верхней части тела вперед, сгибание рук в локтях и сжимание кулаков. При массивном выбросе адреналина, когда пульс зашкаливает и правоохранитель одной рукой контролирует преступника, а другой — оружие, попытка бегства и сжимание кулака с целью удержания вырывающегося может привести к непреднамеренному огню. Потенциально неконтролируемому выстрелу может привести любой испуг в условиях нахождения пальца на спусковом крючке.

Одним из способов избегания такого рода сложностей является наработка навыков обращения с оружием, предполагающая постановку пальца на спусковой крючок непосредственно перед выстрелом, запрет направления оружия на людей и тому подобные. Другой способ заключается в контроле своего сердцебиения с целью не оказаться в состоянии, когда страдают двигательные навыки. Помочь в этом может тактическое дыхание (дыхание по квадрату, дыхание на четыре счета). Методика «дыхание по квадрату» приведена в приложении 2. Не стоит недооценивать силу влияния дыхания на функционирование мозга человека. Дыхательные антистрессовые упражнения помогли многим людям улучшить самоконтроль в повседневных обстоятельствах, а также рационально принять и реализовать решения о жизни и смерти в тяжелых агрессивных условиях на поле боя.

Что ждет нас за пределами «серой» зоны? У большинства хорошо тренированных людей при значении ЧСС больше 175 ударов в минуту, а у обычных и при более низком среднем сердечном ритме наступают характерные изменения. Стресс, индуцированный страхом, достигает такой выраженности, что теряет свой приспособительный смысл и приобретает деструктивные признаки. Чрезмерный тонус СНС напрямую и посредством

адреналина вызывает мощное сужение сосудов и стимулирует работу сердца. Однако при высокой частоте сокращения сердца укорачиваются все фазы его работы, и времени на адекватное наполнение кровью расслабленного сердца попросту не хватает. Таким образом, кровяной насос начинает работать неэффективно, что в свою очередь усиливает гипоксию тканей, и так страдавших от недостатка кислорода вследствие сосудистого спазма. Гипоксические стимулы дополнительно провоцируют учащение сокращений сердца. Если в этот момент к организму предъявляются экстремальные физические требования, то эти факторы взаимно усиливают друг друга. Напоминаю, что в отличие от БСС, при интенсивной физической нагрузке не развивается вазоконстрикция, и увеличение ЧСС совместно с расширением сосудов и усилением дыхания способствуют увеличению транспорта кислорода в мышцы.

Описанный регуляторный дисбаланс пагубно сказывается на функции мозга. Он наиболее чувствителен к гипоксии (при относительной массе мозга около 2 процентов от массы тела, он усваивает 20-25 % потребляемого кислорода). В первую очередь страдают когнитивные функции и сложные двигательные акты.

Все знают выражение «побелеть от страха». Что за ним стоит? Сужение сосудов. На морозе пальцы бледнеют и не слушаются – это холодовой спазм. Похожее состояние наблюдается и при стрессе. При ЧСС 115 ударов в минуту часть сосудов, несущих кровь, сужается. В первую очередь страдают небольшие специализированные под тонкие движения и богато иннервированные мышцы – теряется мелкая моторика. Если страх продолжает продуцировать адреналин, разгоняет сердце до 145 ударов и выше, сужается большее число сосудов и нарушения моторики охватывают сложные двигательные акты. Если стресс не отступает и загоняет человека в «черное состояние», то внешние слои кожи и мышц остаются практически без кровоснабжения. Кровь перераспределяется в магистральные сосуды центра тела и жизненно важных органов, резко увеличивается давление. Такой феномен называется централизацией кровоснабжения. Вместе с периферическим сосудистым спазмом они сильно повышают устойчивость к кровотечению. Вероятно, этот приспособительный механизм достался нам в наследство от далеких предков. Но за нарушение кровоснабжения приходится платить.

Нарушается работа эволюционно более позднего и более совершенного, но и уязвимого, переднего мозга, управление передается среднему мозгу, хранителю врожденных рефлексов млекопитающих и хорошо закрепившихся условных (наработанных в течение жизни) рефлексов. Мыслить у среднего мозга особо не получается, он однозадачен и прост, в его арсенале действия, освоенные до автоматизма. Он способен предложить решение вроде бежать без оглядки.

С нарушением функции переднего мозга появляется туннельное зрение, или потеря периферического (изменяется оценка удаленности предметов – они кажутся ближе, чем на самом деле), кроме того, нарушается зрение

вблизи. Описано множество случаев, когда в бою стрелок переставал видеть прицельные приспособления и даже от неожиданности выходил из боя, когда люди в стрессовой ситуации не могли набрать телефон экстренной службы, так как не видели клавиш телефона и теряли контроль над движениями пальцев.

Это напоминает нам о важности навыков неприцельной стрельбы и, конечно, наработки моторных навыков до автоматизма. Так, чтобы и средний мозг смог с ними совладать. Если справиться с моторикой не удастся - тактическое дыхание поможет обуздать физиологию.

Но нельзя забывать про парасимпатическую пострепакцию: состояние расслабления, потери бдительности и боевой формы, а также усиление кровотечения и боли в случае ранения.

Изменения восприятия и работы мозга при боевом стрессе. Разберем подробнее изменения работы органов чувств при стрессе. В бою может возникнуть оригинальное сочетание искажений восприятия окружающей реальности и себя. Не замечать чего-то в обычной жизни, когда мысли заняты другим – часто встречающееся психологическое явление. Туннельное зрение и нарушения слуха имеют мало изученные физиологические корни, вероятно, связанные с сосудистым спазмом и другими реакциями, рассмотренными ранее.

А. Арвол и Л. Кристенсен опросили 141 офицера полиции, участвовавшего в огневых контактах, и составили перечень нарушений восприятия в ситуации боевого стресса и частоту их появлений. Среди них присутствуют:

- 85% нарушения слуха;
- 16% усиление звуков;
- 80% туннельное зрение;
- 74% автопилот и «потеря дара речи»;
- 72% повышенная четкость зрения;
- 65% замедление времени;
- 7% временный паралич (замирание, ступор);
- 51% потеря памяти некоторых элементов событий;
- 47% потеря памяти своих действий;
- 40% диссоциация (отстраненность);
- 26% навязчивые, отвлекающие мысли и образы;
- 22% искажения памяти (ложные воспоминания);
- 16% ускорение времени.

Нарушения слуха могут иметь следующий характер: стрелок не слышит своих и чужих выстрелов, разрывов боеприпасов поблизости или слышит их приглушенно, не слышит свои выстрелы, но остальные громкие звуки также травмируют слух, и наиболее удобный вариант, характерный для красного состояния: воин слышит все до мельчайших подробностей, кроме собственных выстрелов и других очень громких звуков.

Нарушения восприятия громких звуков обычно являются защитной реакцией, которая проходит как потеря способности слышать или ее снижение при восприятии звука чрезмерной интенсивности, что длится недолго

после воздействия и часто сопровождается субъективным ощущением звона в ушах. При стрессе, по всей видимости, отключение слуха направлено на концентрацию внимания на единственном жизненно важном канале получения информации, чаще всего это зрение. Возможно, внутреннее ухо или область коры головного мозга, отвечающие за восприятие звуков, располагают механизмом отключения слуха за доли секунды до повреждающего воздействия для предотвращения акустической травмы, или это явление родственно туннельному зрению и является последствием мощного сосудистого спазма и других приспособительных реакций.

В любом случае воину следует помнить о возможных нарушениях слуха, быть к ним готовым, не делать выводы о неисправности оружия, полагаясь только на слух, с осторожностью приближаться к дружественным силам в обстановке боя, предупреждать заранее о своем подходе, иметь визуальные средства опознавания. Командирам также следует дополнять звуковые команды визуальными, при необходимости вступать в тактильный контакт.

Усиление слуха обычно описывается очевидцами совместно с другим явлением – нарушением зрения. Некоторые опрошенные рассказывали о временном отсутствии или ухудшении зрения по причине ранения или нахождения в темном помещении, когда слух, похоже, компенсаторно обострялся. Также описаны переходы от доминирования визуального канала получения информации к акустическому и обратно, когда окружающие условия более благоприятствовали зрению.

Туннельное зрение является одним из наиболее часто встречающихся расстройств восприятия при боевом стрессе. К сказанному ранее стоит добавить, что в ходе тренировок полицейского спецназа США освещаются вопросы туннельного зрения у противника и техника перемещений с целью выхода за границы полей его зрения. Для нивелирования эффекта туннельного зрения применяют тактическое дыхание и контроль обстановки поворотом головы (позволяет осмотреться по сторонам и непосредственно расширяет зону визуального контроля).

Так называемая работа на автопилоте заключается в выполнении определенных действий в критической ситуации, не задумываясь, «на автомате». Единоборец с высокой долей вероятности при внезапной схватке выдаст одно из «коронных», отработанных множеством повторений технических действий. Воин выполнит то, что отработывал при подготовке. Объяснение такому положению вещей следующее: управление передается простому и решительному среднему мозгу, который тяготеет к несложным и привычным движениям. Очень важно понимать, что неэффективные действия, закрепленные тренировками, будут выполнены в боевой обстановке. Описана ситуация, когда подготовка агентов правоохранительных органов включала стрелковое упражнение с пистолетом, заключавшееся в произведении трех выстрелов в мишень и убиение оружия в кобуру. В боевой ситуации агенты, отработывавшие эти действия, выходили из боя раньше, чем противник был поражен, на автомате. По причине трагических последствий упражнение было запрещено. Существует множество подобных примеров,

главный вывод из которых следующий: в угрожающем положении человек сделает то, что глубоко закрепил в памяти.

«Потерял дар речи» – говорят о человеке, который в стрессовой ситуации перестал разговаривать или произносил нечто нечленораздельное. Вероятно, этим эффектом мы обязаны спазму сосудов гортани в «красном» состоянии. Многие замечали, как меняется громкость, тембр голоса и качество артикуляции, если говорящий напуган или возбужден. Возникает и обратная ситуация – нарушение понимания речи, обращенной к вовлеченному индивиду. Важно помнить, что простые команды, многократно отработанные во время подготовки, останутся в вашем личном арсенале и в ситуации выживания, а также будут лучше восприниматься окружающими, если уже им знакомы. Мероприятия по снижению уровня личного стресса перед выходом на связь повысят качества обмена.

Улучшение зрения и «замедление» времени – одни из наиболее часто встречающихся изменений восприятия. Повышение четкости зрения возникает при перераспределении потенциала органов чувств и концентрации его на зрительном анализаторе. Это, без сомнения, полезная приспособительная реакция мозга, позволяющая действовать за пределами обычных возможностей. Испытавшие подобное состояние описывают, что до мельчайших подробностей запоминали источник угрозы, совершенно не прикладывая к этому сознательных усилий, либо видели более четко удаленный предмет, или внезапно возрастала степень адаптации к темноте.

Восприятие времени как замедленного тоже является механизмом выживания. Оно позволяет совершить действия, направленные на опережение противника, или произвести более рассчитанные движения, часто с осмыслением происходящего. Эта аномалия характерна для «черного» состояния и сопровождается такими осложнениями, как чрезвычайное повышение сердечного ритма и нарушение тонкого и сложного двигательного контроля. Иногда такое состояние неожиданно и вызывает панику, так как похоже на паралич, а порой оно полезно. В любом случае следует знать о нем и быть готовым. Перспективным направлением исследований выглядит развитие у элитных воинов навыков работы в «замедленном» времени, что позволяет избегать негативные эффекты.

Субъективное впечатление неспособности пошевелить руками и ногами (замирание), переживаемое некоторыми воинами, сменяющееся замедленным восприятием своих телодвижений – вариант «замедления» времени. Очевидцами и объективными средствами фиксации подтверждено, что остановок и замедления перемещений в реальности не происходило.

Диссоциация – более редкое явление, проявляющееся в восприятии угрожающей ситуации с некоторой отстраненностью, «со стороны», как если бы она происходила во сне или не с вами. Иногда в течение некоторого времени после события участник не может принять произошедшее, как будто некая часть личности продолжает отрицать, что это случилось с ним. Это психическое отклонение, снижающее боевую эффективность, требует дальнейшего изучения. В настоящий момент в качестве его причины рассматривают

перевозбуждение нервной системы в «черном» состоянии, а также предполагается связь с более частым развитием ПТСР.

Навязчивые мысли могут носить как отвлекающий, так и мотивационный характер. Зачастую мозг цепляется за какую-то подробность происходящего или нечто отвлеченное и не может переключиться на основную деятельность. А порой мысль заставляет собрать последние силы и совершить решительный рывок, таким образом сохраняя себе жизнь в критической ситуации тяжелых испытаний или ранения. Характерны мысли о близких, ради которых продолжается борьба за выживание, или ощущение вмешательства высшей силы. Иногда воины видят соответствующие образы. Позитивные установки вроде: «Я выживу несмотря ни на что» (или слова молитвы для верующих) – могут сыграть положительную психологическую роль.

Искажения памяти и ложные воспоминания носят негативный характер. В психотравмирующей ситуации человек может представлять себе различные картины неблагоприятных событий и, подобно ребенку, утратить грань между реальностью и фантазией. Такое случается при недостатке информации и при вытеснении травмирующих воспоминаний и замене их на другие, зачастую вызывающие гнетущее чувство вины и угрызения совести. Реальная цепь событий восстанавливается позже. Поэтому необходимо проводить качественные и объективные разборы событий.

В исследованиях, посвященных состоянию сознания при боевом стрессе, испытуемые описывали появление у них различных искажений восприятия с неодинаковой частотой возникновения. Обычно количество и выраженность сенсорных нарушений нарастало перед огневым контактом, достигая максимума во время него, и снижалось после. Некоторые отмечали снижение возбуждения нервной системы и выраженности искажений при начале действий в боевой обстановке после томительного ожидания. Сочетание различных нарушений, возникающих у одного индивида, дало основание рассматривать их как две модели реакции: «жертвы», характеризующейся чрезмерной стимуляцией нервной системы и искажениями восприятия, затрудняющими выживание, а также «хищника», которой присущи сенсорные изменения, дающие преимущества в бою («замедление» времени, усиление зрения, избирательное восприятие громкости звуков).

Обучение и тренировка воина должны повышать его устойчивость к стрессу, избавляя его от негативных эффектов изменения восприятия и формируя готовность к встрече с такими искажениями в целом.

Психологическая «цена» боевых действий. Говоря о психологических затратах и последствиях войны и убийства, следует упомянуть, что душевные страдания, спровоцированные какой-либо проблемой, вызваны не непосредственно ее воздействием, а нашим к ней отношением.

Отношение к большинству вещей формируются у человека к шестилетнему возрасту под воздействием родительских, социальных или религиозных наставлений и составляет глубинную, базисную часть личности. Далее

в ходе жизни и приобретения опыта и знаний мнения по некоторым вопросам могут быть дополнены или пересмотрены под влиянием объективной реальности. Все же большинство наших свершений и проблем родом из детства и соотносятся с семейной и социальной средой. Таким образом, общество оказывает колоссальное влияние на психику людей на протяжении всей их жизни.

В нашем социуме принято резко отрицательное отношение к войне и убийству как антигуманному, ужасному и калечащему тела и души людей действию. И для большинства обычных людей это именно так. Вместе с тем увеличение числа преступлений насильственного характера, усиление мирового терроризма и внешние угрозы вынуждают общество искать защиты в лице государства. На помощь приходит воин, который должен убивать, а впоследствии жить в обществе и семье, не теряя взаимосвязи с ними.

Предустановки обывателя, заключающиеся в избегании или отрицании насилия, не подходят для тех, кто избрал для себя борьбу с ним. Для воинов, если не брать в расчет браваду, характерны два типа отношения к бою. По всей вероятности, одни сознательно ожидают и стремятся к нему. Другие не желают этого, но коль уж сложилась необходимость, стараются качественно выполнить свои обязанности и покончить с этим.

Обе позиции адекватны и здравы. Первые подобны спортсменам, которые годами тренировались, но никогда не выступали. И вдруг – Олимпиада. Конечно, им хочется показать себя и проверить свои навыки. Они получают психологическое удовлетворение от ощущения важности выполняемой миссии, от преодоления сложностей и опасностей рядом с боевыми товарищами, от реализации своего призвания защищать других, от преодоления страха и контролируемого риска, от превосходства своих навыков и оснащения над противником, от профессионального самосовершенствования. Даже для сотрудников, не участвовавших в боестолкновениях, нахождение и работа в зоне боевых действий может быть одним из самых ярких впечатлений жизни. Обычные заботы не тревожат, они работают в команде для достижения значительной цели, образуя товарищеские узы. Для этих воинов не характерны тяжелые психологические последствия.

Что же касается мнения «преодолеть это и забыть», необходимо сказать, что это зрелый и разумный подход. Многие относятся таким образом к тяжелой, но необходимой работе. Эти войны откликнулись на призыв, встали лицом к лицу с самым большим страхом человечества, и никто не вправе судить их. Но для тех, кто не входит в поединок с железной решимостью и уверенностью, он может стать переломным жизненным событием и причиной глубокого внутреннего конфликта.

Трудно переоценить значение внутренней готовности к бою. Убийство не является самоцелью деятельности военнослужащих, миротворцев или правоохранителей. Главная задача – подчинить врага, остановить преступника или обезвредить угрозу. При этом самый надежный способ заставить врага сдаться – это нанести ему значительные потери. Лучший способ обезвредить преступника или террориста – сделать его неспособным причинить вред.

Зачастую решение принято уже за тебя. Противник идет на тебя в атаку или преступник напал на тех, кого ты защищаешь. Но иногда воин сталкивается с принятием решения о применении смертельной силы, и принять его необходимо мгновенно. Поэтому так важна готовность убивать. Воины наделены полномочиями применять силу. И в ситуации, когда ты имеешь право, должен и не применяешь ее, ты ставишь под угрозу тех, кто доверил тебе свою безопасность. Последствия могут быть трагическими. И, наоборот, непоколебимая внутренняя готовность отнять жизнь в случае необходимости сдерживает тех, кто видит ее.

У каждого человека случаются эпизоды неуверенности в себе, бывают неудачные дни. Поэтому необходимо иметь внутри себя предварительно сформированную и осознанную готовность тогда, когда угроза потребует немедленных действий. На поле боя встречаются только жертвы и воины. В критический момент нужно думать о том, каким образом лучше применить силу, а не в состоянии ли вы это сделать. Внутренняя неготовность к применению оружия способна послужить причиной психической травмы в случае применения.

Необходимо осветить также психологические реакции на убийство. Бой несет очень высокую эмоциональную интенсивность. Подталкиваемые ужасом воины сражаются друг с другом, и жизнь одного заключается в смерти другого. Страх подстегивает обоюдное насилие. И когда наконец схватка окончена, а противник повержен, радость и облегчение охватывают победителя. Таким образом, радость жизни может смешиваться с ощущениями от убийства, но хорошее чувство приходит именно по причине, что вы еще живы. Это состояние называют «эйфорией выжившего». После него может наступить чувство раскаяния и тошноты. Это деструктивное чувство обусловлено внутренними негативными установками. Как и мысль, что отсутствие раскаяния за убийство является каким-то отклонением. Такого рода копания в себе могут создать хороший фундамент для ПТРС.

Зрелые воины, заранее решившие моральную дилемму и внутренне готовые к самым радикальным действиям в отношении другого человека, переживают такие события без последствий и не вовлекают себя и близких в водоворот саморазрушения. Чаще такой рациональный подход к своей деятельности характерен для более опытных сотрудников.

Нет ничего предосудительного в раскаянии за убийство, такие люди заслуживают сочувствия и поддержки. Как нет и ничего плохого в профессиональном воине, не испытывающем беспокойства после санкционированного убийства, таким образом сформировавшем психологическую защиту в ходе совершенствования профессионального мастерства.

Существует ряд факторов, позволяющих получить психологическое преимущество и снизить уровень стресса от уничтожения противника. Среди них дистанция, коллективные действия, руководство, отношение к противнику, внезапность и позиционное преимущество, эффективность применения огневых средств.

Давно отмечено что внутреннее сопротивление убийству снижается с увеличением физической дистанции до цели в ряду: расстояние близости, расстояние рукопашного боя, дистанция ножа, дальность штыковой атаки, ближняя огневая дистанция (пистолет), дальность ручной гранаты, средняя огневая дистанция (винтовка), дальняя (снайпер, ракетные установки), максимальная дальность (авиация, артиллерия). При работе с дальней и максимальной дистанции наносящий огневое поражение зачастую не видит результатов своих действий или наблюдает их по техническим средствам, напоминающим видеоигру. Километры и технические средства встают между врагами. Эмоциональное вовлечение практически отсутствует. На средней огневой и дистанции ручной гранаты атакующий может различить наносимые повреждения, услышать и увидеть реакцию пораженного. Но все же остается сомнение, что именно он нанес решающий удар. И эта психологическая лазейка позволяет не взваливать на себя груз ответственности за содеянное. Если воин самостоятельно принимает попытки ознакомиться с результатами своих действий, он рискует понести эмоциональные потери. Смертельная схватка на близких дистанциях характеризуется полным эмоциональным вовлечением участников. Ужас, смертельная угроза, эмоции противника, даже возможные элементы симпатии воспринимаются очень лично. Нанести урон противнику на таком расстоянии намного сложнее и физически, и психологически: дистанцироваться в этих условиях невозможно. Пережившие такой контакт нуждаются в поддержке коллектива, внимании командира и специалистов психофизиологического сопровождения.

Роль коллективной работы в приобретении психологического преимущества состоит в переносе ответственности за конкретные события с себя на коллектив в целом, что позволяет абстрагироваться от вины и ответственности. С другой стороны, чувство ответственности перед товарищами не позволяет воину уклоняться от исполнения боевых обязанностей. И для реализации такого сценария ему необходимо согласие хотя бы ближайших. В ходе опроса американских солдат, участвовавших во Второй мировой войне, были получены следующие результаты. Предоставленные сами себе только 20% солдат вели прицельный огонь по противнику. Показатель огня из средств, управляемых расчетом, или пехоты под руководством командира приближался к ста процентам. Эта статистика подтверждает означенные выше свойства коллектива и сходную роль начальника. Людям легче совершать любые поступки, когда этого требует приказ. В отношении перекладывания ответственности с себя на командира подчиненные даже склонны совершать перекосы. Список преступлений, совершенных по приказу, поражает обширностью, бесчеловечностью и внутренней самоуспокоенностью их виновников.

Отношение к противнику или его мирному населению оказывает значительное влияние на восприятие убийства. Мировое сообщество резко осуждает преступления нацистов, но достаточно сдержанно говорит о бомбардировках союзниками немецких и японских городов, в которых

пострадало в основном мирное население и гражданская инфраструктура. Также при опросах некоторые солдаты объясняли свое спокойствие после убийства врага тем, что не считают его полноценным человеком. Значительная роль в формировании образа врага отводится пропаганде, работе командования и личному опыту комбатанта.

Не следует поощрять военные преступления, однако для сообщества профессиональных воинов может быть полезным понимание механизмов психологической защиты.

Эффект внезапности, подход к противнику с неожиданного направления, атака во время наибольшего функционального истощения известны испокон веков, а в наше время получили научное обоснование. Страх, усталость, неожиданность требуют привлечения дополнительных функциональных резервов организма и негативно сказываются на выносливости, точности стрельбы, скорости принятия решений, возможности совершать сложные виды деятельности. Дополнительно оказывать деморализующее действие способны отдельные виды вооружения, боевая репутация некоторых подразделений и полевых лидеров.

Что можно сделать для того, чтобы помочь воину пережить некоторые психологические последствия его успешной деятельности? Работа командования заключается в обозначении важности поступка индивида или группы, положительной оценке его и поощрении. Воины не воют за медали, но награды являются неким символом общественной поддержки деятельности людей с оружием. Другой важный путь преодоления душевного дискомфорта – это поддержка товарищей. Отношения в подразделениях, где людиверяют свои жизни друг другу, характеризуются определенной степенью доверия и ответственности, долг старшего протянуть руку помощи менее опытному с тем, чтобы в свое время он так же помог начинающему.

Этапы адаптации к боевому стрессу. Представляет интерес типология адаптации комбатантов к боевому стрессу. Выделяют три этапа (формы) реакции на смертельную угрозу.

Первый бой. Во время первого боестолкновения характеристики воинов обычно хуже, чем те, которые они демонстрировали во время подготовки. Также относительно высок риск быть убитым или раненым. Это объясняется тем, что неопытные бойцы еще не научились автоматически распознавать и реагировать на истинные опасности боя. Кроме того, в условиях сильного стресса они могут потерять концентрацию и утратить навыки, приобретенные на этапе подготовки. Также неэффективность может быть вызвана истощением из-за сильного страха. Уровень тревожности спадает сразу после боя. Эти явления можно сгладить, применяя реалистичные тренировки, однако полностью нивелировать их не представляется возможным.

Адаптированный ветеран. Если солдат не падет жертвой в первых боях, его боевые навыки быстро улучшатся в течение следующих нескольких дней и продолжат постепенно прогрессировать в течение следующих недель, пока он не достигнет личного максимума. Опытный воин обретает уверенность в своих навыках, товарищах и командире. Его тревога развивается во

время ожидания, так как он знает об угрозе. Во время огневого контакта он сконцентрирован и сосредоточен на своих действиях, инстинктивно реагируя на опасные сигналы обстановки. После уровень тревоги и бдительности, как правило, увеличивается. Не все опытные бойцы достигают состояния отсутствия страха, но их страх ниже и позволяет сохранять эффективность.

Боевые навыки и высокая стрессоустойчивость сохраняются при частых успешных боевых действиях. Если потери в подразделении остаются низкими, ветеран в состоянии поддерживать свои оптимальные боевые навыки в течение многих месяцев. Если будет продолжительное прекращение боевой деятельности, по возвращении в бой может наблюдаться кратковременное снижение производительности. Это падение будет сопровождаться возвращением тревоги, характерной для неопытных, но намного короче. Происходящее напоминает волнение квалифицированного парашютиста, совершающего первый прыжок после длительного перерыва. Опытный ветеран быстро восстановит свою форму после возвращения в бой.

Деадаптированный ветеран. Если подразделение несет много потерь, и шансы выжить при длительном применении кажутся низкими, боевые качества опытного солдата начинают ухудшаться. Это может наблюдаться после двух-трех недель боевых действий или нескольких дней весьма тяжелых потерь. Опытный воин в стрессовом состоянии становится более осторожным, теряет инициативу и может проявить нерешительность, когда нужно действовать быстро. Он сомневается в своих шансах на выживание и напряжен до боя, во время и после него. Слишком много было опасных ситуаций, и много товарищей ранены и убиты. Под таким давлением он чувствует, что его навыки не смогут обеспечить выживание, и гибель или ранение — это всего лишь вопрос времени. Такому бойцу необходимы помощь и отдых. Тогда он сможет восстановиться до своих оптимальных показателей. Значительную роль играет то, как близок он был с убитыми, а также руководство и коллектив.

Факторы, способствующие и препятствующие развитию ПТСР. Под ПТСР понимают совокупность симптомов, развивающихся вследствие воздействия чрезвычайного травматического события, угрожавшего жизни или здоровью пациента либо кого-то из его ближайшего окружения. Причем он в это событие непосредственно вовлекался. Также ПТСР может быть вызван длительными воздействиями относительно невысокой (по сравнению со смертельной угрозой) интенсивности, например, пытками или пленом. Признаками развития ПТСР в будущем считают такую степень стресса, которой сопутствовали ужас, паника и ощущение собственной беспомощности перед опасностью, то есть явления «черного» уровня стресса. Существует мнение, что ассоциация негативного явления с действиями другого человека усугубляет психическую травму.

Итак, из представленного следует, что путь война обязательно приведет его к такого рода событиям, и что предварительная адаптация к БСС, высокий уровень личной выучки и уверенности в своих навыках, контроль уровня боевого стресса могут послужить хорошей профилактикой ПТСР.

Упрощая, можно назвать ПТСР условным рефлексом, который срабатывает при встрече с чем-то, напоминающим травмировавшую ситуацию. То есть в мирной жизни, увидев локацию, людей, услышав звуки, похожие на присутствовавшие в стрессовой ситуации, мозг включает механизмы реакции на стресс (стимулирует СНС) неадекватно текущим условиям. Это происходит так. Например, после возвращения из зоны боевых действий ветеран, управляющий автомобилем, видит на улице группу людей определенной этнической принадлежности, в национальной одежде, которые напоминают ему события боевой командировки, и вдруг неожиданно у него развивается паника, возникает одышка, усиленное сердцебиение и пототделение, перестают слушаться руки.

Мозг, восприняв информацию, напоминающую о стрессовой ситуации, запустил реакцию, которая была активирована в прошлом.

Кроме этого могут возникать навязчивые неприятные воспоминания, сны, «флэшбэки» повторных переживаний тех событий с галлюцинациями и негативным эмоциональным фоном.

Некоторые страдающие таким образом люди начинают избегать мест, людей, информационных источников, разговоров, напоминающих о травмирующем событии. Нарастает отчужденность, отстраненность, могут развиваться излишняя бдительность, раздражительность, нарушения сна.

Избегание, отрицание проблемы – непродуктивная линия поведения в таких условиях. Необходимо принять реальность и примириться со своим прошлым. Для этого консультируются с психиатром и психологом, переосмысливают случившееся. Напоминают о нем различными способами, в том числе и посредством симуляции боевой обстановки с помощью технических средств. Ослабляя негативные реакции, обучаясь брать их под контроль, разрывают связь воспоминаний с негативными эмоциями.

Время также на нашей стороне. Любой рефлекс без подкрепления со временем угасает.

Повторные переживания экстремального события являются одной из ожидаемых реакций на стресс. Важно правильно к ним отнестись.

Многих представителей силовых структур, регулярно сталкивающихся с опасностью в ходе своей деятельности, могут тревожить сны, сюжет которых сводится к неисправности личного оружия или технических средств, беспомощности его и других приемов ведения боя по отношению к противнику. Такие кошмары широко распространены. Считается, что их появлению спровоцировано угрозой жизни в профессиональной деятельности и тревогой подсознания по этому поводу, которое и представляет свою неуверенность, визуализируя негативные сценарии во сне. Это явление обычно непродолжительно и сильного влияния на состояние человека не оказывает. Для нивелирования таких снов рекомендуют уделять дополнительное время отработке приемов обращения с оружием с целью формирования уверенности в своих навыках, осмысливать ситуацию и вырабатывать внутреннюю позитивную установку.

Восприятие массовых трагедий мирным населением. Несколько слов о личностной динамике и психологических процессах, спровоцированных войнами и катастрофами у гражданского населения и неподготовленных контингентов, попавших в экстремальные условия боевых действий случайно, впервые или поневоле. С такими группами приходится сталкиваться и взаимодействовать. В психической динамике определяется стадийность.

Стадия жизненных реакций. Развивается в первые 15-20 минут после происшествия. Действия пострадавших примитивны и направлены на спасение собственной жизни и избегания опасности. Для них характерны утрата моральной нормативности, сужение полей зрения, нарушения восприятия, анестезия даже при серьезных ранениях.

Стадия острого психоэмоционального шока и мобилизации. Длится 3-5 часов и характеризуется повышением работоспособности, ориентированной на спасение близких и всех остальных, усиление ответственности, мобилизации внутренних резервов, улучшение мышления. Эмоционально преобладает чувство обреченности, бега мысли, возникает безрассудная смелость при спасении близких одновременно со снижением критической оценки ситуации. Исход состояния – резкое или постепенное истощение сил.

Далее наступает период психической демобилизации, длящийся до 3 суток. Возникает осознание трагедии. Психическое состояние ухудшается, развивается чувство растерянности, прострации, нарушается память, снижается моральная нормативность, возможен отказ от деятельности, от пищи, асоциальные поступки.

В зависимости от специфики трагедии и условий после нее психическая демобилизация сменяется стадией разрешения, которая продолжается от 3 суток до 2 недель. Сохраняется снижение эмоционального фона, контактов с окружающими, нарушен аппетит и сон, движения замедлены. К концу периода у пострадавших наступает желание выговориться (эмоциональное отторжение переживаний), восстанавливаются сон и аппетит. На фоне некоторого улучшения состояния отмечается дальнейшее снижение функциональных резервов, физическая и умственная работоспособность остаются на низком уровне.

Стадия восстановления начинается с третьей недели и длится до месяца. Для нее характерны улучшения межличностной коммуникации, появление эмоциональной окраски речи, позитивных эмоций, восстановление сновидений. Проблемы в физиологии могут сохраняться. Если положительной психической динамики не возникает по прошествии месяца, то состояние определяют, как ПТСР.

Резюмируя сказанное выше, следует отметить, что в периоды снижения самоконтроля или моральной нормативности гражданский может спровоцировать сотрудника, несущего дежурство, охраняющего объект или колонну. Кроме того, асоциальное (аморальное) поведение способно поставить в компрометирующие условия, привести к срыву задачи или нарушению оперативной маскировки. Люди на разных стадиях переживания трагедии теряют психологическое сопротивление и становятся особенно внушаемы и уязвимы для вербовки, в том числе и террористическими организациями.

Часть 2. Содержание работы по психофизиологическому сопровождению. **Профилактические мероприятия**

Давно отмечено, что легче предотвратить болезнь, чем бороться с ее последствиями. Многие психологические проблемы имеют корни, исходящие из области медицины и физиологии. Таким образом, роль профилактики в вопросах БСС сложно переоценить.

Основные усилия по профилактике следует сосредоточить на создании благоприятного психологического климата в коллективах, для чего необходимо проводить работу с командирами и личным составом.

На этапе первичной подготовки сотрудников специалисты психофизиологического сопровождения проводят физиологическое тестирование и формируют, исходя из полученных объективных данных, рекомендации о предрасположенности к освоению обучаемым определенной боевой специализации.

В этот период необходимо проводить первичное психологическое тестирование и сопровождение интеграции новых сотрудников в коллективы.

Также проводятся периодические тестирования не реже двух раз в год, в том числе тестирование перед каждым применением.

По результатам анализа физических, физиологических и психологических индивидуальных показателей составляются персонализированные медико-биологические карты специалистов, на основе которых определяется профессиональная готовность группы.

Медико-биологическая карта специалиста служит источником базовых данных о физиологических и психологических показателях каждого сотрудника и помогает проводить экспресс-оценку функционального состояния. В ней также отражается динамика личностных изменений и важные с медицинской и психологической точки зрения события жизни сопровождаемого и его состояние при их прохождении.

Сотрудники подразделений психофизиологического сопровождения должны поощрять и оказывать содействие в вопросах личностного роста воинов (развитие памяти, мышления, интуиции, навыков общения и избегания конфликтных ситуаций), а также указывать на вредность и бесперспективность увлечения псевдонаучными парапсихологическими или оккультными предметами, не имеющими под собой доказательной базы.

При работе с командирами необходимо уделять внимание мотивационной составляющей деятельности как фундаменту внутренних установок и оценок. Такими побудительными стимулами могут быть престиж службы в подразделении, материальная обеспеченность семьи, любимая работа, мир, который оставим потомкам, сверхцели, миссии в широком смысле слова.

Важным аспектом профилактики БСС и ПТСР является правильное проведение командиром подразделения разбора результатов деятельности и происшествий. Рекомендации по проведению дебрифинга (разбор результатов деятельности) приведены в приложении 3.

Следует поощрять веру сотрудников в традиционные для России религии (христианство, ислам, иудаизм, буддизм), которые утверждают принятые в

нашем обществе общегуманитарные ценности и моральные нормы. Религия способна помочь в преодолении страха смерти, формировании уверенности в трансцендентальной поддержке и благоприятно сказаться на боевом духе подразделения. Навязывание других взглядов или препятствие в отпраздновании религиозных обрядов будут восприниматься верующими как психологическое насилие с характерными последствиями.

Одним из ведущих факторов, определяющих эмоциональное состояние человека и его эффективность в служебной деятельности, является степень удовлетворенности личной жизнью. Многие проблемы и последствия БСС воины переносят в семейные отношения. И тогда дом становится дополнительным фактором стресса. Крайне важна роль командира в содействии решению насущных проблем, а также помощь боевых товарищей и психологов в преодолении сложностей внутреннего плана.

Необходимо формировать правильное восприятие психологической, психиатрической помощи и психофизиологического сопровождения. Любая помощь — это вклад в выполнение общего дела. Неприемлемо отношение к человеку, получавшему консультации или помощь, как к слабому или неполноценному. На его месте может оказаться каждый. Никто не застрахован ни от каких недугов, а жизнь часто преподносит сюрпризы. Обращение за помощью или проблемы в прошлом, если их удалось преодолеть, не могут служить основанием для задержки служебного роста или иной дискриминации.

Основу отношения коллектива к психофизиологическому сопровождению закладывают сами представители этого направления. Главными принципами работы по психофизиологическому сопровождению должны быть компетентность и конфиденциальность.

Формирование устойчивости к боевому и служебному стрессу.

Надежная устойчивость к БСС формируется совокупностью следующих факторов: качественный отбор и профессиональная ориентация воина, овладение прикладными навыками и поддержание их на высоком уровне, специальная психофизиологическая подготовка, сохранение и укрепление здоровья и физической подготовленности, эффективное психофизиологическое сопровождение, отсутствие значимых внеслужебных (семейно-бытовых) проблем.

Среди указанных факторов многие относятся к зоне ответственности психофизиологических подразделений. Это тестирование и рекомендации по профессиональной ориентации, психофизиологическая подготовка и непосредственно сопровождение.

Устранение неожиданностей в боевых ситуациях, повышение чувства уверенности и когнитивная подготовка воина к битве, снижающая уровень стресса — основной вектор психофизиологической подготовки.

Формирование устойчивости к БСС посредством специальной психофизиологической подготовки. Одним из направлений деятельности подразделений психофизиологического сопровождения является психофизиологическая подготовка.

Она преследует следующие цели:

- довести до обучаемых основы физиологии стрессовой реакции, механизмы ее развития и особенности функционирования организма человека в ее условиях;

- объяснить принципы работы мозга, когнитивно-мыслительных функций и эмоциональной сферы, влияющие на профессиональную работоспособность;

- оценить индивидуальный и групповой уровень психофизиологической готовности;

- обучить специалистов методам повышения уровня психофизиологической готовности;

- обучить специалистов методам контроля эмоционального состояния, некоторых когнитивных и физиологических функций;

- сформировать, структурировать систему внутриколлективных ценностей, личностных убеждений и установок;

- обучить приемам контроля боли, страха, голода, холода, депрессии, мобилизации внутренних резервов организма;

- помочь оптимизировать психофизиологический компонент освоения и выполнения специальных навыков представителей некоторых боевых специальностей.

Предусмотрено три уровня преподавания и освоения специальной психофизиологической подготовки:

- интенсивный курс специальной психофизиологической подготовки – обязательный для всех сотрудников начальный уровень подготовки;

- базовый курс – набор знаний и навыков, предназначенный для освоения специалистами, освоившими интенсивный курс и имеющими опыт практического применения, направленный на расширение приемов контроля своей психики и преодоления психологических барьеров;

- специальный курс – подготовка узкопрофильных специалистов с целью достижения высочайшего уровня квалификации в освоении и развитии специфических навыков.

Курсы проводятся по утвержденным учебным программам, которые анализируются, пересматриваются, дополняются на регулярной основе с внедрением отечественного и зарубежного опыта, наиболее эффективных и объективно подтвержденных перспективных разработок, а также собственного опыта применения.

Формирование устойчивости к БСС в рамках других видов подготовки.

Любой вид боевой подготовки несет в себе функцию снижения проявлений возможного БСС посредством развития уверенности в себе и своих профессиональных навыках. Однако для более эффективного формирования сопротивления стрессу необходимо вводить провоцирующие и усложняющие факторы во все виды практической подготовки. Они включают в себя звуковые, визуальные воздействия (дымы, пожары, разрушенные объекты), голод, холод, депривация сна, информационная депривация, монотонные

физические упражнения для потери чувства времени и отработка упражнений, требующих высокой степени самоконтроля в сочетании с ними.

Для эффективной организации подготовки по преодолению боевого стресса следует точно дозировать уровень воздействия (давления), предлагаемый на каждом занятии, и предоставлять время для функционального восстановления, затем повторять циклы. Необходимо давать время на адаптацию к новому и повторять тренировки многократно с течением времени для надежного закрепления навыков.

Помимо чисто практических результатов обучения появляются и важные когнитивные изменения. Обучаемый по мере обретения определенного опыта расширяет представление о собственных возможностях. Речь идет не о ложном ощущении неуязвимости, а о том, что чувство уверенности и личной эффективности, сформированное в ходе реалистичных тренировок, вкупе с нарабатанными до автоматизма навыками снижают уровень стресса и неожиданности в боевой ситуации.

При обучении навыкам и закреплении их в виде мышечной памяти, важно обучать только одному способу выполнения действия (чем больше вариантов выбора, тем дольше время реакции). Так набор навыков с упором на действия, требующих сложных и грубых мышечных манипуляций, в противоположность контролю мелкой моторики, тщательно многократно отработанные, позволяют достичь высочайшей производительности в условиях стресса. И, наоборот, отсутствие наработки определенной операции способно разрушить весь порядок работы.

Настоящую «прививку» от стресса можно получить в условиях, максимально приближенных к реальным. Обучаемый всегда осознает, что адекватный инструктор не будет подвергать его жизни опасности. Поэтому упражнения с реальной эмоционально переживаемой угрозой имеют лучший противострессовый эффект (десантирование с парашютом и без, тренировки на высоте, работа с собаками, применение имитации оружия и взрывов, плавание на грани утопления).

Мероприятия психофизиологического сопровождения в период применения.

Подготовительные мероприятия. На этапе подготовки к применению группа психофизиологического сопровождения осуществляет следующие мероприятия:

- проводит психофизиологическое тестирование групп с формированием оценки индивидуального состояния каждого специалиста и группы в целом;

- готовит материалы предыдущих психофизиологических тестирований декретированного контингента;

- предлагает при необходимости рекомендации по преодолению дезадаптации, вызванной переброской личного состава в район применения (акклиматизация, десинхроз);

- выполняет при необходимости медицинские интервенции, направленные на оптимизацию функционального состояния; готовит материальную базу для выполнения поставленных задач.

Мероприятия в пункте временной дислокации. В пункте временной дислокации группа психофизиологического сопровождения разворачивает пункт психофизиологического сопровождения. Он предназначен для проведения диагностики и коррекции дезадаптивных состояний.

Группа предлагает рекомендации по адаптации, улучшению текущих условий, контролирует их выполнение в случае утверждения командиром.

В обязанности группы входит проведение тестирования минимум два раза: на 26(+3) и 59(+4) сутки, когда отмечается наиболее сильное снижение иммунитета.

Необходимо постоянно вести активное выявление сотрудников с признаками БСС и нарушениями сна, для чего практикуются выезды в районы выполнения задач. В ходе этих выездов осуществляется профилактика, диагностика, при необходимости коррекция и эвакуация в ближний тыл или стационар. В ходе активного выявления важно получать и верифицировать информацию о нуждающихся в помощи из трех источников: командир подразделения, товарищи (коллектив) и предполагаемый пострадавший. Может потребоваться помощь сотрудников психофизиологического сопровождения при решении проблем, появившихся у кого-либо дома в период командировки (доведение до командира информации о проблеме, организация связи с семьей).

При возникновении происшествия или эпизода тяжелых испытаний в обязанности психофизиологического сопровождения входит проведение или помощь в проведении психологического дебрифинга (разбора происшествия с целью психологической профилактики) и диагностика лиц, вовлеченных в происшествие.

По окончании срока пребывания в зоне применения разрабатываются предложения командиру по реакклиматизации, снижению употребления алкоголя, бесстрессовому возврату в семью.

Специалисты психофизиологического сопровождения могут рекомендовать медико-психологическую реабилитацию для отдельных лиц по итогам работы. Также по итогам командировки готовится отчет, отражающий основные направления деятельности группы и характеристику сопровождаемого контингента.

Организация мероприятий, проводимых при возникновении потенциально травмирующих событий. Мероприятия, способствующие адаптации личного состава к последствиям потенциально травмирующего события — это комплекс действий, проводимых командованием, специалистами психофизиологического сопровождения и медицинской службы, направленных на снижение явлений БСС у вовлеченного в событие личного состава и профилактике ПТСР, суицида и противоправных действий.

Событие расценивается как потенциально травмирующее, если оно заставляло всю группу или отдельных лиц испытывать сильный, страх, ужас, беспомощность или безнадежность. Также реакциями на травмирующее событие могут быть вина, гнев, печаль, разрушение мировоззрений или веры.

Типичными вариантами травмирующих событий являются:

- тяжелые или непрерывные боевые действия;
- гибель членов подразделения в результате вражеского или дружественного огня;
- несчастные случаи, серьезные травмы;
- самоубийство или убийство;
- массивные разрушение окружающей инфраструктуры или человеческие страдания;
- операции, приводящие к гибели гражданских лиц или комбатантов;
- важные личностные проблемы.

Для эффективной организации мероприятий по преодолению потенциально травмирующего события специалисту психофизиологического сопровождения необходимо наладить продуктивное сотрудничество с командованием подразделения, понимать специфику, потребности подразделения и быть знакомым с личностными особенностями его состава. Эту работу рекомендуется проводить предварительно.

Командование в отношении подразделения, подвергшегося воздействию потенциально травмирующего события, должно рассмотреть следующие шаги:

- возвращение подразделения в безопасные условия (ближний тыл);
- удовлетворение первичных потребностей (еда, вода, одежда, укрытие);
- возможность выспаться;
- медицинская помощь нуждающимся;
- ориентация сотрудников на преодоление развивающейся ситуации;
- проведение психофизиологической работы.

После удовлетворения комбатантами первичных потребностей и исчезновения острых стрессовых реакций (1-3 сутки после события) необходимо провести разбор происшествия (дебрифинг), методика которого изложена в приложении 3. К его проведению привлекается командир подразделения, специалист психофизиологического подразделения, при необходимости пользующийся уважением и авторитетом представитель вышестоящего командования.

В ходе дебрифинга специалисту психофизиологического подразделения необходимо оценить потребности и общий уровень стресса в подразделении, провести занятие по разъяснению механизмов развития БСС, способах его снижения, провести профилактику дезадаптивных реакций, выявить лиц, нуждающихся в немедленной коррекции психического состояния.

Параллельно проводится индивидуальная диагностика, консультация и сортировка пострадавших по уровню выраженности БСС. Консультации сотрудников должны быть направлены на нормализацию общих реакций на травмирующее событие, улучшение навыков преодоления, улучшение заботы о своей психической сфере, облегчение распознавания опасных проблем и расширение знаний о возможных вариантах помощи. В ходе диагностики необходимо выявлять лиц с дезадаптивными реакциями: диссоциация, паника, нервное возбуждение, когнитивные нарушения,

ухудшение исполнения служебных обязанностей, отсутствие социальной поддержки, суицидные или агрессивные мысли или установки, замкнутость и отчужденность, обострение ранее существовавших психологических проблем, употребление алкоголя или психоактивных веществ, расстройства психотического спектра.

Надо учитывать, что командиры подразделений и наиболее опытные воины первично могут не быть подвержены БСС, но вовлекаться в него вслед за своими подчиненными.

Основными направлениями психологической коррекции являются:

- сведение к минимуму воздействия сотрудников с БСС на остальных;
- снижение физиологического возбуждения;
- активизация помощи и поддержки особо нуждающимся;
- предоставление информации, содействие коммуникации, предупреждение о рисках;
- поддержка уверенности в благополучном исходе;
- снижение страха и тревоги;
- поощрение гигиены сна;
- содействие физическим упражнениям;
- поощрение самостоятельной психологической «вентиляции»;
- препятствие употреблению алкоголя и психоактивных веществ.

Лица с расстройствами психиатрического спектра нуждаются в лечении у психиатра и эвакуации в дальний тыл.

Во многих случаях командир подразделения может самостоятельно провести психологический дебрифинг. Такие разборы проводятся, когда работа пошла не по плану, или имели место потенциально травмирующие события. Совещание должно быть направлено на благодарность за работу, выражение чувств его участниками и снижение психоэмоционального напряжения. Лидеру необходимо обращать внимание на выявление лиц, нуждающихся в помощи психофизиологического сопровождения. В случае, если травматическое событие может вызвать индивидуальную или коллективную вину, недоверие, гнев, другие выраженные дезадаптивные реакции, способные нарушить работу группы, руководителю подразделения следует отложить проведение разбора происшествия и обратиться к психофизиологическому сопровождению.

Оказание помощи при БСС. В настоящем разделе будут рассмотрены принципы оказания помощи при БСС, алгоритмы работы и принятия решений представителями психофизиологического сопровождения.

Мероприятия, направленные на снижение влияния факторов БСС на личный состав можно разделить на:

проводимые постоянно (выявление нуждающихся в помощи, оценка факторов БСС, взаимодействие с командирами и вышестоящими руководителями по специальности в интересах профилактики БСС);

первая помощь при БСС (диагностика и оказание помощи);

помощь в реабилитации (динамическое наблюдение, содействие восстановлению работоспособности и реинтеграции в подразделение).

Помимо психофизиологического сопровождения велика роль командования, самого пострадавшего, его окружения, семьи. На модели стресса, представленной в таблице 2, показаны этапы развития БСС, мероприятия, проводимые для борьбы с ним и ответственные за их осуществление.

Представители силовых подразделений ввиду специфики своей деятельности не могут избежать негативного воздействия стрессовых факторов. Поэтому мероприятия борьбы с БСС закладывают необходимый фундамент для сохранения боеспособности и эффективности подразделений и отдельных сотрудников. Важнейшая роль в повышении сопротивляемости бойцов стрессу принадлежит грамотному руководству и укреплению сплоченности подразделений. Также весьма значима поддержка коллектива

Таблица 2

Этапы развития БСС и мероприятия, проводимые для борьбы с ним*.

Норма	Адаптация	Деадаптация	Патология
<p><u>Определение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -оптимальная работоспособность -улучшение адаптации -благополучие 	<p><u>Определение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -легкое нарушение или преходящая потеря работоспособности -всегда проходит -низкий риск патологии <p><u>Причины</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -любой стрессор 	<p><u>Определение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -выраженное нарушение или стойкая потеря работоспособности -оставляет последствия -большой риск патологии <p><u>Причины</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -угроза жизни -потери (утраты) -внутренний конфликт -истощение (измождение) 	<p><u>Определение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -клинические психические расстройства -без лечения вызовет инвалидизацию <p><u>Причины</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -ПТСР -тревожность -депрессия -зависимости
<p><u>Характеристики</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -в своей лучшей форме -хорошо тренирован и готов -психически, физически, духовно здоров -сконцентрирован на работе -мотивирован -спокойный и стойкий -поведение этично -радуется 	<p><u>Характеристики</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -раздражение, беспокойство или подавленность -утрата мотивации -потеря концентрации -нарушения сна -мышечные напряжения или другие физиологические изменения -не получает позитивных эмоций 	<p><u>Характеристики</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -потеря самоконтроля -паника, ярость, депрессия -злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами -самоущущение -ненормальности -тяжкое чувство вины, позора, обвинения других -снижение смысла, целеполагания, надежды на будущее 	<p><u>Характеристики</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -симптомы персистируют и нарастают -выраженные нарушения работоспособности и социализации
<p><u>Ответственность командира:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -укреплять товарищество -смягчать напряжения в коллективе -выявлять нуждающихся в помощи -направлять подозрительных на обследование -способствовать реинтеграции в коллектив 	<p><u>Ответственность индивида, окружающих, семьи:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -поддержание физической формы -правильное питание (отказ от стимуляторов, алкоголя, психоактивных веществ) -участие в жизни товарищей -духовность 		
		<p><u>Ответственность психофизиологического сопровождения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -когнитивно-поведенческая терапия -нутритивно-метаболическая терапия -другие методики доказательной медицины 	

*по Nash, W. P. etall (2011 г.), интерпретация автора.

(социализация) и семьи. Эти два исцеляющих фактора, возможно, более важны, нежели психологические и медицинские воздействия.

Задачами командира являются укрепление сплоченности коллектива, обеспечение благоприятного психологического климата, забота о потребностях личного состава, то есть расширение области нормального функционирования, а также выявление лиц с проблемами адаптации, направления их к специалистам и, таким образом, возвращения из адаптационной зоны в область нормального функционирования.

Сам воин должен поддерживать физическое здоровье, принимать меры по восстановлению психологического равновесия и своевременно обращаться за помощью при необходимости, избегать приема алкоголя, психоактивных веществ. Поддержка его товарищей и семьи особенно актуальна в сложные периоды адаптации и дезадаптации.

Важнейшей задачей психофизиологического сопровождения является оказание помощи на доклиническом этапе в стадию дезадаптации, если этого недостаточно, работа с пациентом в дальнейшем, его реабилитация, возвращение к профессиональной деятельности.

Основными принципами помощи являются:

- усиление лидерства в боевом коллективе;
- совместное взаимодополняющее *сотрудничество* с руководством, медицинской службой, религиозными, воспитательными институтами и другими ресурсами социальной поддержки, а не конкуренция с ними;
- психофизиологическое сопровождение должно служить той мерой, которая будет применяться *до оказания пациенту специализированной психиатрической помощи (госпитализация)*, в некоторых случаях психофизиологического вмешательства будет достаточно для излечения и возвращения в строй;
- *индивидуальность* (подходы строго индивидуальны, учитывают потребности человека в каждом конкретном контексте, универсальных решений нет);
- *всеобъемлющее влияние* на пострадавшего обеспечит наилучший результат в кратчайшие сроки (помощь должна действовать на все сферы жизни человека с проявлениями БСС: физиологическую, психическую, социальную, духовную);
- *неотложность* (помощь оказывается везде, где это необходимо, и как только это позволяет оперативная обстановка);
- *близость* (предпочтительнее оказание помощи не в районе проведения операции, эвакуация в случае необходимости и возможности производится в ближний тыл, а не в госпиталь, где контакт с больными и ранеными способен ухудшить состояние);
- *краткосрочность* (отрыв сотрудника от группы должен быть не длительнее 1-3 дней);
- *сохранение социальной поддержки* (оказание помощи сотруднику не означает, что он слаб, болен или ненормален, стрессовые реакции являются нормальными проявлениями в боевых условиях, сослуживцы и командование поддерживают контакт с пострадавшим и по возвращении в коллектив относятся к нему как к любому другому сотруднику);

– *ожидаемость* (представители подразделения психофизиологического сопровождения объясняют пострадавшему, его товарищам и командиру, что стрессовые реакции являются обычным проявлением, а не заболеванием, и коллега вернется в строй, когда восстановит силы, на что потребуется несколько дней);

– *конфиденциальность* (соблюдение деонтологических норм, информацией должен обладать только тот, кто обязан ею владеть по долгу службы);

– *контроль результатов* (на всех этапах оказания помощи персонал психофизиологического сопровождения сверяет реальные итоги с ожидаемыми и при необходимости пересматривает свою тактику, консультируется с руководителями по специальности).

Перед психофизиологической помощью стоят следующие цели:

– убедить сотрудника, страдающего от проявлений боевого стресса в том, что он психически здоров и нормален, а проявления стресса являются обычными для боевой ситуации, временными и обратимыми;

– дать пострадавшему отдых от боевых действий и выполнения служебных обязанностей;

– удовлетворить первичные потребности: безопасные условия пребывания, гигиенические потребности, потребности в воде, пище и сне;

– купировать физиологические реакции при их наличии;

– восстановить доверительные отношения и контакт с командиром и подразделением (сформировать почву для реинтеграции и социализации);

– вернуть военнослужащего в подразделение для продолжения выполнения обязанностей.

Помощь при БСС складывается из мероприятий, которые ориентированы на определенные периоды ее оказания в последовательности, представленной в таблице 3.

Остановимся подробнее на каждом из мероприятий.

Постоянные меры. Выявление. Суть этого мероприятия в постоянном отслеживании проявления у кого-либо прямых или косвенных признаков БСС. Также следует отслеживать риски возникновения сильных или необычных стрессоров и принимать меры к снижению их вредного влияния. Кроме того, необходимо оценивать работу подразделений на предмет возникновения нарушений под воздействием длительно существующих неблагоприятных факторов. Выявление следует проводить постоянно и каждый раз дополнительно после выполнения любого из мероприятий помощи при БСС для оценки своих действий и перепроверки обстановки, которая может измениться со временем под влиянием стрессорных факторов.

Основные факторы БСС, способные вызвать состояние дезадаптации:

– смертельная угроза (психотравма, вызванная ужасом, беспомощностью перед угрозой смерти);

– горе утраты (психотравма, спровоцированная потерей близких людей);

– внутренний конфликт (моральная травма в результате непосредственного нарушения нравственных норм или получения информации об этом);

Мероприятия помощи при БСС, содержание и порядок их выполнения*

Группа мер	Мероприятия	Цели	Время применения	Содержание
Постоянные	1. Выявление	<ul style="list-style-type: none"> -определить зону стресса и необходимость оказания первой помощи при стрессе -оценить эффективность мер первой помощи при стрессе -вести мониторинг восстановления 	<ul style="list-style-type: none"> -после каждого значительного стрессора -после оказания первой помощи при стрессе -всякий раз, когда это необходимо, многократно, постоянно 	<ul style="list-style-type: none"> -оценка текущего уровня стресса и функционирования (зона стресса) -выявление необычных стрессоров, сильных расстройств, изменений в деятельности или поведении -оценка непосредственных рисков -оценка необходимости дополнительных мер или более высокого уровня медицинской помощи -оценка достигнутого результата
	2. Взаимодействие	<ul style="list-style-type: none"> -сообщить тем, кому необходимо знать -обратиться за дополнительной помощью, консультацией -убедиться в правильности своих действий, что помощь оказана в необходимом объеме 	<ul style="list-style-type: none"> -каждый раз, когда выявляются значительные проблемы, связанные с БСС -всякий раз, когда это необходимо, многократно, постоянно 	<ul style="list-style-type: none"> -доклад по командной линии -доклад и обращение за более высоким уровнем помощи, по специальности -обеспечение доступа к более высокому уровню или другому виду медицинской помощи

Продолжение таблицы 3

Группа мер	Мероприятия	Цели	Время применения	Содержание
Первая помощь	3. Обезопасить	<ul style="list-style-type: none"> -обеспечить безопасность и первичные потребности как можно скорее -предотвращать влияние пострадавшего на других 	<ul style="list-style-type: none"> -когда люди, испытывающие стресс, переживают риск или подвергают риску других -только на время, пока не вернется адекватность и самоконтроль 	<ul style="list-style-type: none"> -определение угрозы от или для пострадавшего -нейтрализация угрозы (эвакуировать в ближний тыл, разоружить при необходимости, обеспечить первичные потребности) -содержание в безопасности до восстановления
	4. Успокоить	<ul style="list-style-type: none"> -уменьшить частоту сердечных сокращений -уменьшить эмоциональную напряженность -восстановить концентрацию сознания 	<ul style="list-style-type: none"> -когда уровень эмоциональности или физической активности превышен для текущих условий 	<ul style="list-style-type: none"> -прекращение двигательной активности и расслабление -уменьшение выраженности негативных эмоций (гнев, страх) -выслушивание пострадавшего с искренней эмпатией -применение дыхательных методик снижения БСС -применение методики ориентировки мышления («якорения») -применение идеомоторных методик («ключ») -применение других доступных доказательных методик (3D, аудио) -при необходимости применение медикаментов

Группа мер	Мероприятия	Цели	Время применения	Содержание
Реабилитация	5. Социализация	-обеспечить поддержку командира, боевых товарищей и семьи -предотвратить социальную изоляцию пострадавшего	-когда стрессовые расстройства приводят к потере доверия, уважения и общения в подразделении или семье	-организация и облегчение общения с подразделением, друзьями, членами семьи -проведение разъяснительной работы с подразделением -общение на более постоянной основе с лицом, подвергшимся БСС, проявление искреннего интереса к нему, поощрение его общения с окружением
	6. Компетенции	-восстановить умственные и физические способности -восстановить профессиональную пригодность	-когда адаптация, дезадаптация или болезнь приводят к нарушению или утрате профессиональных навыков	-воодушевление на работу по восстановлению профессиональных навыков -осуществление сотрудничества с командованием для упрощения восстановления или переподготовки -поощрение постепенного взаимодействия с тренировочными стрессорами
	7. Уверенность	-восстановить уверенность в себе -восстановить доверие к другим, убеждениям, ценностям/или Богу -восстановить надежду	-когда человек теряет уверенность в себе, соратниках, лидерах, службах, ценностях или Боге	-оказание психологической помощи по восстановлению уверенности в себе, командах, службах и основных ценностях -укрепление доверия подразделения и членов -семьи к пострадавшему, -вселение надежды

*по Nash, W. P. et all (2011 г.), интерпретация автора

– стресс истощения (эффект накопления усталости от длительного стресса без необходимого восстановления).

Для надежного выявления лиц, нуждающихся в помощи в связи с развитием БСС, применимы индикаторы дезадаптации:

– текущие стрессоры (соприкосновение со смертью, потеря товарищей в связи со смертью или ранением, опыт, в результате которого устоявшиеся убеждения или нормативность нарушаются, длительное ежедневное пребывание в состоянии адаптации);

– нарушения психики (постоянное возбуждение или чрезмерная двигательная активность, приступы страха, тревоги, гнева, злоупотребление алкоголем, аномальное поведение, постоянно сниженное настроение или отсутствие нормальных эмоций, потеря интереса к работе, хобби, общению, резкий отказ от взаимодействия с другими людьми, ночные кошмары, навязчивые мысли);

– изменения в профессиональной работоспособности (значительные и стойкие изменения личности, неожиданное снижение работоспособности, плохая гигиена или уход за собой, нехарактерная потеря контроля над эмоциями).

Само травмирующее событие менее важно, чем реакция на него.

Информацию о состоянии конкретного человека необходимо всегда получать минимум из трех источников: от командира подразделения, от членов подразделения, от него самого. Данные из одного источника вероятно субъективны, из двух источников требуют глубокого рассмотрения, из трех – заставляют поднять вопрос об оказании помощи (эвакуации).

Итог деятельности по выявлению пострадавших – принятие решения об оказании помощи, эта процедура проводится на основании модели развития БСС и выявленных нарушений. Алгоритм принятия решения представлен на рисунке 6.

При индивидуальной работе для принятия и обоснования решения по оказанию помощи необходимо следовать некоторым установкам:

– активно наблюдать за поведением и искать закономерности;

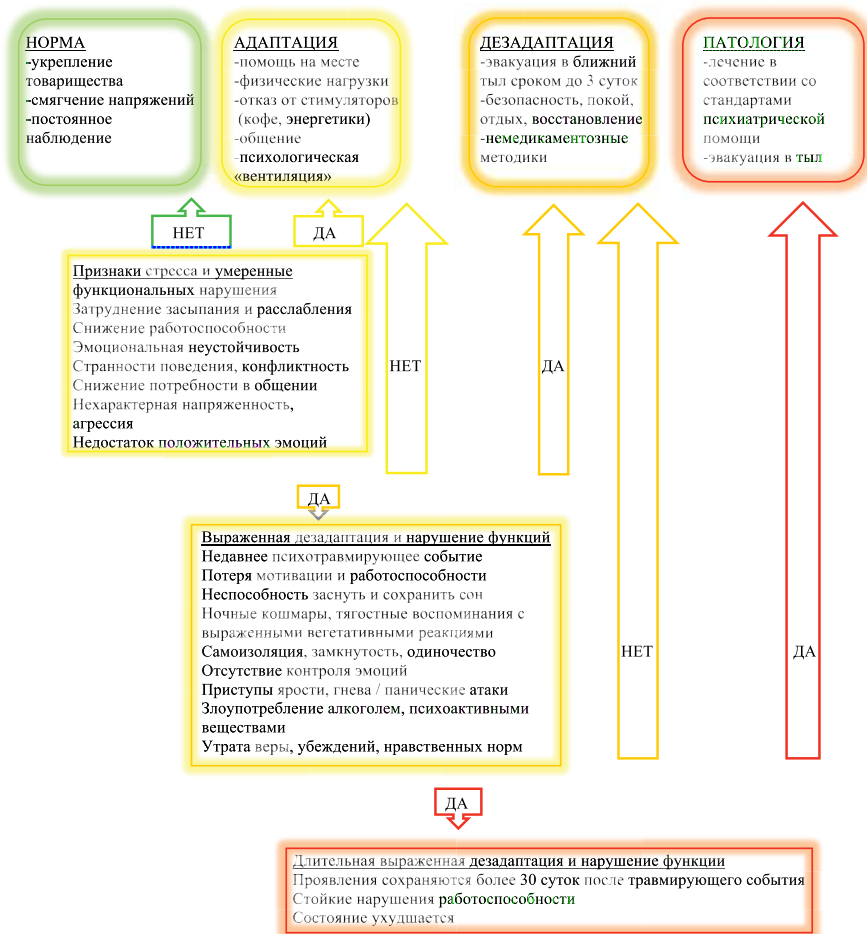
– сосредоточивать внимание на поведении, отдавать предпочтение только фактам без интерпретаций или суждений;

– ясно для себя уяснить, почему вас беспокоит поведение, доказать необходимость помощи;

– попросить разъяснений и попытаться понять восприятие и поведение другого человека;

– оформить решение документально.

Стресс от угрозы жизни. Как уже было сказано выше, встреча со смертельной угрозой может сильно травмировать психику. Обычно травмирующими являются случаи, сопровождавшиеся ужасом, паникой, ощущением беспомощности. Не все травмирующие события оставляют свой след. В основном они проходят без посторонней помощи. Большинство случаев выраженных травм вызывают временные нарушения, исчезающие через несколько дней. Сложности выявления пострадавших обусловлены тем, что часто внешние проявления отсутствуют, а получивший психотравму



*по Nash, W. P. et all (2011 г.), интерпретация автора.

Рис. 6. Алгоритм принятия решения об оказании помощи при БСС*.

стыдится ее и скрывает. Иногда проявления возникают через длительное время после травмирующего события. Также сложно определить тяжесть влияния стресса, пока он не пройдет. Командиры подразделений должны выявлять дезадаптированных подчиненных и направлять их к специалисту.

Представителям психофизиологического сопровождения необходимо направлять свой поиск на сочетание признаков:

– наличие потенциально травматического события (множественные жертвы такие, как при СВУ и засадах, потери от дружественного огня, смерть или увечья женщин и детей, работа с телами и частями тел, жертвы, которые воспринимаются как «предотвратимые» по любой причине, беспомощность

в защите или контратаке, физические травмы или близкие промахи, убийство кого-то вблизи);

– характерные острые реакции на травматическое событие сразу и в первые дни, чаще исчезающие после сна (потеря контроля над эмоциями: сильный страх, ужас, ярость или беспомощность; потеря контроля над функциями организма: сильное повышение ЧСС, дрожь, непроизвольное мочеиспускание, дефекация, паралич или потеря зрения или слуха; потеря контроля над поведением: рефлекторное замирание, бегство или нанесение ответного удара, когда это запрещено или неуместно; потеря контроля над рациональным мышлением: неорганизованная речь или поведение, трудности с пониманием или осмыслением происходящего; потеря контроля над памятью: амнезия на травмирующие события, однако фрагменты нежелательных воспоминаний вторгаются в сознание);

– симптомы и проявления в поведении, характерные для отдаленных последствий психотравм (признаки острого ПТСР).

Стресс потери (горе утраты). Это состояние развивается в ответ на исчезновение чего-то важного и необходимого в жизни. Горе обычно вызвано боевыми потерями друзей или разрушением отношений с близкими в тылу. Реакция обычна и встречается не только в условиях боевых действий, однако, длительно персистируя, способна вызвать изменения, характерные для БСС, что, в свою очередь, может подорвать готовность подразделения и работоспособность конкретного человека. Далее приведены те факторы, на наличие которых следует обращать внимание.

События:

- смерть близкого друга («боевого товарища»);
- смерть авторитетного командира или наставника;
- смерть кого-либо, с кем сотрудник тесно отождествлял себя;
- смерть кого-либо, за кого пострадавший чувствовал личную ответственность;
- смерть, которую, как считается, можно было предотвратить;
- особенно насильственная или ужасная смерть.

Нарушения в поведении:

- шок и неверие;
- ощущение или действие ошеломленного или как будто в трансе;
- временная потеря контроля над эмоциями и поведением (особенно гнев и агрессия);
- стойкое эмоциональное отчуждение;
- отстраненность от других;
- трудности со сном;
- стойкое чувство вины за то, что выжил, или за то, что не предотвратил смерть;
- настойчивые побуждения отомстить, «расквитаться» за смерть;
- повторяющиеся кошмары или частые болезненные воспоминания о смерти;

- потеря интереса или способности испытывать удовольствие от занятий, которые ранее доставляли удовольствие;
- трудности с концентрацией или поддержанием умственной сосредоточенности;
- мысли или импульсы, направленные на причинение вреда себе, коллегам или лидерам.

Какие действия следует предпринять при наличии этих факторов:

- выявить и организовать оказание психологической помощи отдельным лицам и подразделению в целом;
- при отсутствии у пострадавшего самоконтроля контролировать его извне, обезопасить его и других (в том числе разоружить);
- успокаивать и поддерживать эмоционально;
- эвакуировать в ближний тыл, если это невозможно – отстранить от боевой работы, но поддерживать занятием обязанностями 1-3 суток;
- обеспечить соблюдение режима сна – не менее 6-8 часов в день и по возможности дольше;
- выслушать сотрудника, если он хочет поговорить о потере;
- организовать поддержание связи сотрудника с коллегами;
- всячески чтить память павших товарищей;
- быть внимательным к неуместному или чрезмерному самообвинению за неспособность защитить коллег от угрозы;
- если вы лидер и существуют обвинения в ваш адрес или адрес кого-то по командной линии – провести конфиденциальный разбор происшествий с целью убедить в обратном и снизить напряженность;
- бороться с чувством вины и стыда, рационально, но с участием указывая, насколько самобичевание может быть несправедливым и бесполезным.

Что делать не следует:

- наказывать сотрудников за консультации или получение помощи;
- упрощать значение потерь или их последствий для ваших сотрудников;
- ожидать от всех одинаковой реакции – кто-то будет равнодушен, другой примет близко к сердцу – это нормально;
- обвинять любого воина в смерти другого (редко бывает, чтобы какой-либо отдельный человек нес ответственность за неблагоприятные результаты в бою или других по своей сути опасных операциях);
- отказываться от почитания памяти по каким-либо причинам.

В ситуации с горем утраты проведение психологического дебрифинга может стать повторной встречей с травмирующим эпизодом. Поэтому при принятии решения о проведении нужно четко понимать задачи, которые будут решены и лишней раз не провоцировать негативные эмоции.

Необходимо сохранять бдительность в отношении признаков длительно не проходящей утраты, при которой нужна помощь:

- стойкое чувство сильной вины;
- частые болезненные или тревожные воспоминания о смерти или умершем;
- повторяющиеся ночные кошмары о смерти, которые мешают сну;
- потеря интереса или удовольствия от обычно приятных занятий;

- эмоциональное и социальное отчуждение от друзей или семьи;
- мысли о самоубийстве или убийстве.

Большинство сотрудников быстро и полностью исцеляются от чувства утраты, но некоторым может понадобиться дополнительное время. Наиболее распространенной проблемой неизлеченного стресса утраты является чувство вины выжившего, которое может сохраняться длительный период.

Стресс в результате внутреннего конфликта. «Моральная травма» требует совершения проступка, который противоречит личным или общим ожиданиям сотрудника в отношении правил ведения войны или кодекса поведения. Пострадавший может непосредственно совершить правонарушение, быть неспособным предотвратить серьезное проявление неэтичного поведения, быть свидетелем или узнать о таком событии. Если сотрудник испытывает угрызения совести, к ним могут присоединиться стыд и чувство вины, ненависть к себе. Когда пострадавший сталкивается с предательством, он начинает винить руководителей.

Признаки:

- навязчивые мысли и образы морально вредного опыта;
- эмоциональное оцепенение (отстраненность, незаинтересованность и трудности с получением удовольствия);
- люди, которых предали, могут заикнуться на гнев и разочаровании в лидерах;
- служащие, которые осуждают себя, будут испытывать сильное чувство вины и стыда;
- лица с поведением, препятствующим развитию, или те, кого избегают члены подразделения.

Что следует делать в таких ситуациях:

- внутренний конфликт требует коррекции реабилитационного плана;
- нужно найти пути восстановления уважения к себе и уверенности; возможно, потребуется обсуждение вопросов морали;
- испытывающий стыд или вину должен выговориться, поделиться тем, что его преследует или тяготит;
- обеспечить непредвзятое внимание, когда страдающий говорит, воздержаться от собственных вставок на моральную тематику;
- успокаивать, поддерживать, быть мягким, но убедительным;
- уточнить, как такой опыт изменил жизнь и мировосприятие;
- необходимо осмыслить жизненный путь и осознать роль этих переживаний и суждений в нем, если пострадавший будет их придерживаться;
- можно обратить внимание пострадавшего на различные варианты будущих возможностей и возможное облегчение морального груза со временем;
- позитивные рассуждения о себе и окружающих, однозначно положительных сторонах службы способны оказать благоприятное влияние;
- пострадавшему нужно почувствовать идущие к нему извне эмоциональные послы добра, уважения, признания заслуг, которые противоречат самоуничижительным мыслям;

– попытаться сформировать положительный опыт на базе травмирующего события и включить его в мировоззренческую систему;

– обеспечить реинтеграцию в коллектив и его поддержку.

Пострадавшие со стрессом внутреннего конфликта редко обращаются за помощью, поэтому в основе ПТСР часто обнаруживается чувство вины.

Признаки запущенного внутреннего конфликта, требующего психиатрической помощи:

– поведение, причиняющее вред самому себе (плохое самообслуживание, злоупотребление алкоголем и наркотиками, безрассудство в поступках, парасуицидальное поведение);

– поведение, препятствующее саморазвитию, такое как отступление перед лицом успеха или положительных чувств и подрыв усилий других помочь;

– деморализация, которая может повлечь за собой замешательство, недоумение, тщетность, безнадежность и отвращение к себе.

Контролируйте и наставляйте возвращение к здоровью и полноценному исполнению обязанностей.

Что следует делать для оказания помощи в реабилитации:

– спрашивать своих сотрудников об их реакции на события, связанные с моральным ущербом, и их значении для них, затем выслушать их ответы;

– смягчать нереалистичную вину и стыд у отдельных людей, когда внешние факторы в значительной степени способствовали тревожным событиям;

– поддерживать участников, когда чувство вины и стыда реалистичны, и помогать им преодолевать потерю компетентности, уверенности, веры в себя и других, которая возникает при моральной травме.

Не следует:

– упрощать влияние события на ваших сотрудников;

– обвинять кого-либо в моральном проступке (редко кто-нибудь один несет ответственность за все случившееся).

Помните, что большинство людей стыдятся любых эмоциональных проблем, особенно в боевых ситуациях, когда все испытывают стресс. Чтобы обратиться самому или указать на того, кому нужна помощь, пострадавшие от стресса должны верить, что просьба о помощи не является признанием неудачи или слабости и что в долгосрочной перспективе им будет лучше, если они попросят о помощи. Вы можете облегчить обращение лица, испытывающего проблемы со стрессом, признавшись в проблемах, с которыми столкнулись вы сами или другие уважаемые сотрудники. Напомните, что существует вероятность того, что избегание помощи при стрессовой травме повредит здоровью или безопасности, а также безопасности подразделения.

Стресс истощения (переутомление) – это изменения в мозге и психике, возникшие в результате аккумуляции воздействия множественных стрессоров длительное время без адекватного восстановления. Характер стрессоров и их интенсивность может быть обычной. Отличие переутомления от адаптационных сдвигов и усталости заключается в том, что исключение стрессоров не нормализует состояние, обычного отдыха недостаточно. Изменения при дезадаптации истощения могут стать необратимыми и спровоцировать развитие

депрессии или тревожности. В отличие от травматических воздействий на психику, к которым у многих здоровых людей присутствует выраженная устойчивость, переутомлению подвержены все.

Любой стрессор потенциально может вызвать переутомление, но некоторые, по всей видимости, особенно опасны:

- недосыпание (менее 6 часов в день, каждый день);
- командировка в боевых условиях в течение более 6 месяцев подряд;
- высокий уровень несчастных случаев в подразделении;
- потеря постоянных дружеских отношений в подразделении из-за смерти или травмы;
- потеря устойчивых отношений дома из-за развода или разрыва;
- неразрешенные межличностные конфликты с лидерами или соратниками;
- физическое заболевание или травма;
- сложные проблемы на домашнем фронте (отношения, здоровье, финансы);
- продолжительная скука, монотония;
- отсутствие возможностей для случайного отдыха и развлечений.

Нарушения возникают в результате истощения функциональных ресурсов мозга и организма без пополнения, что проявляется в соответствующем поведении:

- нехарактерная раздражительность (вспыльчивость), часто саркастичная или злая, критикующая других без причины;
- нехарактерное беспокойство или страх — становится пугливым и нервным, передавая тревогу окружающим;
- трудности с засыпанием или продолжением сна — часами лежать без сна, даже несмотря на усталость, или просыпаться усталым всего после нескольких часов сна и неспособным снова заснуть;
- ощущение постоянного «возбуждения» — неспособность расслабиться, успокоиться и замедлиться, даже когда для этого есть время;
- потеря интереса или способности испытывать удовольствие от занятий, которые раньше были приятными;
- трудности с концентрацией или поддержанием умственной сосредоточенности;
- снижение мотивации, сниженный эмоциональный фон, чувство безнадежности;
- мысли или импульсы, направленные на причинение вреда себе, коллегам или командирам.

Что следует делать? Наиболее важным действием командира в отношении переутомления является профилактика путем сокращения оперативного привлечения и обеспечения получения подчиненными достаточного сна и отдыха. В случае выявления признаков дезадаптации принимать следующие меры:

- принудительный сон (не менее 6–8 часов в день и дольше);
- эвакуация и отдых от оперативных задач в течение 24–72 часов, если это возможно;

- назначение ежедневных физических упражнений, включая аэробные тренировки, чтобы помочь восстановить истощенные ресурсы;
- заверение пострадавшего в том, что его симптомы временные;
- обеспечение связи сотрудника со своим подразделением, если это возможно.

Оцените потребность в профессиональном уходе. Показания к немедленному профессиональному уходу включают:

- пациент не может заснуть или спать минимум 6 часов в день;
- пострадавший угрожает причинить вред себе или другим членам подразделения;
- поведение или речь сотрудника запутанные, иррациональные или неорганизованные;
- гнев или страх одного нарушают работу подразделения в целом и угрожают выполнению миссии.

Специализированная помощь психиатра может потребоваться позже, если какие-либо из следующих симптомов усталости, стресса и психотравм усугубятся или не покажут положительной динамики в течение 30 дней:

- неспособность заснуть из-за беспокойства;
- нехарактерные вспышки гнева;
- приступы паники (учащенное сердцебиение, одышка и дрожь в состоянии покоя);
- значительная и непреднамеренная потеря или увеличение веса;
- трудности с концентрацией и фокусировкой мыслей;
- потеря интереса к коллективу, семье, друзьям и обычным занятиям;
- стойкое чувство безнадежности или вины.

Контролируйте и сопровождайте восстановление и возвращение сотрудников к полноценному исполнению обязанностей. Спросите сотрудника о симптомах переутомления, перечисленных выше, и выслушайте его ответы. Если симптомы исчезают без профессиональной помощи, внимательно следите за ним на предмет наличия постоянных, но незарегистрированных симптомов. Если назначено обследование и лечение, поощряйте пациента получать и соблюдать такое лечение. Не позволяйте критиковать или наказывать никого за то, что они получили переутомление, так как оно не является признаком моральной слабости.

При этом не следует:

- злиться на военнослужащего (естественно чувствовать разочарование из-за кого-то, кто справляется не так хорошо, как ожидалось, особенно в боевой ситуации, но выражение гнева или разочарования никогда не помогает);
- пытаться убедить пострадавшего от стресса военнослужащего в том, что с ним все в порядке, что с ним ничего не случилось, или что симптомы можно контролировать, если он будет стараться изо всех сил;
- обвинять сотрудника в том, что он «слаб» — у каждого есть свой предел, включая вас;
- не давать сотруднику возможности восстановиться и вернуть уверенность в себе;

– задерживать профессиональный рост в связи с симптомами усталости, стресса, травм или поведением, которые являются серьезными или сохраняются более 30 дней;

– не доверять подчиненному только потому, что он прошел профессиональное лечение, медикаментозное лечение.

Чего следует ожидать от принятых мер? Большинство лиц с переутомлением восстановятся, если им предоставить сон и отдых. Многие не потребуют специальной коррекции. Некоторым понадобится медикаментозная терапия нарушений сна, тревоги или депрессии. В случае недоверия к жалобам пациента рекомендуется верифицировать диагноз дополнительным выявлением физиологических сдвигов при переутомлении (тонометрия, объемная компрессионная осциллометрия, пульсоксиметрия, оценка вариабельности сердечного ритма, интегральные методики оценки функционального состояния).

Суицидальные мысли. Суицид – предотвратимая потеря людей, которая оказывает негативное воздействие на готовность и работу подразделения.

Причинами появления суицидального риска обычно служат разрыв отношений, злоупотребление психоактивными веществами, финансовые и юридические проблемы, нарушения психического здоровья (депрессия и другие). Факторами, снижающими риск, являются позитивный настрой, твердая духовность (религиозные убеждения), хорошие навыки решения проблем и умелый контроль стресса, терпимость к неудачам, ответственность перед детьми или любимыми домашними животными, позитивный опыт работы с психологом, социальная поддержка (например, сплоченность подразделения, заботливое руководство и связь с другими воинами). К сожалению, защитные факторы могут в определенный момент не сработать.

На что следует обращать внимание:

– суицидальное поведение: история предыдущих попыток самоубийства, прерванных попыток самоубийства или самоповреждающего поведения;

– текущие или прошлые психические расстройства, особенно расстройства настроения, психотические расстройства, злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, синдром дефицита внимания и гиперактивности, черепно-мозговые травмы, ПТСР, расстройства личности, расстройства поведения (антисоциальное поведение, агрессия, импульсивность) – сопутствующая патология и недавнее начало заболевания повышают риск;

– основные симптомы: ангедония (неспособность получать удовольствие), импульсивность, безнадежность, тревога, паника, бессонница, командные галлюцинации;

– семейный анамнез: самоубийства, попытки или психические расстройства, требующие госпитализации;

– доступ к огнестрельному оружию, взрывчатым веществам или другим смертоносным средствам, устройствам, материалам.

Кроме того, следует обращать внимание на провоцирующие факторы (стрессоры), такие как:

– межличностные: иницирующие события, приводящие к унижению, стыду или отчаянию (например, гражданские или военные судебные обвинения, расследование, потеря отношений, финансовое состояние или состояние здоровья — реальное или ожидаемое);

– медицинские: заболевания (особенно расстройства ЦНС и хроническая боль), интоксикация, зависимости;

– текущие: получение травмы или увечья, семейные неурядицы; история физического или сексуального насилия; социальная изоляция; недавнее или ожидающее применение; карьерные неудачи или переходы (выход на пенсию или увольнение), затяжные боевые стрессоры, чувство вины, или триггеры, связанные с боем.

Поведение, позволяющее заподозрить суицидальные мысли:

– мысли о самоубийстве, выраженные, угрожаемые, написанные или намек о попытках найти средства для самоубийства (поиском самоубийства может быть необоснованный риск в бою);

– злоупотребление алкоголем или наркотиками;

– потеря смысла или цели в жизни;

– чувство тревоги, возбуждения или нарушения сна;

– ощущение нахождения в ловушке, как будто выхода нет, чувство безнадежности в отношении себя, других и будущего;

– уход от семьи, друзей, обычных занятий и общества;

– чувство ярости или неконтролируемого гнева; стремление отомстить за предполагаемые обиды;

– действия без оглядки на последствия, чрезмерно рискованное поведение;

– резкие изменения в настроении.

Проводя беседу с целью определения вероятности суицида, начните с вопросов, которые касаются чувств пациента по поводу жизни:

• Вы когда-нибудь чувствовали, что жизнь не стоит того, чтобы жить?

• Вам когда-нибудь хотелось заснуть и просто не просыпаться?

Продолжайте с конкретными вопросами о суицидальных мыслях, смерти, самоповреждении или самоубийстве:

• Является ли смерть чем-то, о чем вы думали в последнее время?

• Доходило ли когда-нибудь до того, что вы подумывали о том, чтобы причинить себе вред?

Людам, у которых есть мысли о причинении себе вреда или самоубийстве, следует задавать такие вопросы:

• Когда вы впервые заметили такие мысли?

• Что привело к появлению мыслей (например, межличностные и психосоциальные факторы, включая реальные или воображаемые потери; специфические симптомы, такие как изменения настроения, ангедония, безнадежность, тревога, возбуждение или психоз)?

• Как часто возникали эти мысли (включая частоту, навязчивость, качество и управляемость)?

• Насколько близко вы подошли к тому, чтобы действовать в соответствии с этими мыслями?

• Как вы думаете, насколько вероятно, что вы будете действовать в соответствии с ними в будущем?

• Вы когда-нибудь начинали вредить себе (или убивать), но останавливались, прежде чем сделать это (например, прижимали нож или пистолет к своему телу, но останавливались, прежде чем действовать, или подходили к краю моста, но не прыгали)?

• Что, по вашему мнению, произойдет, если вы действительно покончите с собой (например, побег, воссоединение со значимыми другими, возрождение или реакция других)?

• Составили ли вы конкретный план причинить себе вред или покончить с собой? (Если да, то что включает в себя план?)

• Есть ли у вас оружие или другое средство самоубийства?

• Сделали ли вы какие-либо конкретные приготовления (например, покупка конкретных предметов, написание записки или завещания, принятие финансовых мер, принятие мер, чтобы избежать обнаружения, или репетиция плана)?

• Вы говорили с кем-нибудь о своих планах?

• Каким вам видится будущее?

• Какие вещи заставили бы вас чувствовать себя более (или менее) оптимистично в отношении будущего (например, лечение, примирение отношений или устранение стрессоров)?

• Какие вещи сделали бы более (или менее) вероятным, что вы попытаетесь покончить с собой?

• Какие вещи в вашей жизни заставили бы вас захотеть уйти от жизни или умереть?

• Какие вещи в вашей жизни заставляют вас хотеть продолжать жить?

• Если бы у вас снова появились мысли о том, чтобы причинить себе вред или убить себя, что бы вы сделали?

При выявлении риска суицида необходимо:

– немедленно начать оказывать помощь;

– разоружить пострадавшего и исключить его доступ к средствам совершения суицида;

– доложить командованию и вышестоящему специалисту медицинской службы, психиатрической службы, организовать консультации;

– никогда не оставлять в одиночестве человека, потенциально способного совершить суицид;

– эвакуировать пациента в дальний тыл, в профильный стационар.

В завершение темы выявления нуждающихся в помощи, хотелось бы осветить вопрос других доступных методов диагностики.

Дополнительными методами исследования могут служить психологические тесты (САН, реактивно-ситуационная тревожность, СМЛ), цветовой ассоциативный тест Люшера (модификация М.Е.Литвака – цветовой тест определения социогена), проективные психологические методики («Нарисуй свое настроение», «Конструктивный рисунок человека», «Нарисуй два круга», «Несуществующее животное», «Дом. Дерево. Человек.», «Рука-тест»,

«Человек под дождем», «Рисунки животных», психогеометрический тест), методика оценки вариабельности сердечного ритма, биоэлектрография, биоимпедансометрия, электромиография, электроэнцефалография.

Для организации психологических тестов необходимо наличие бланков. Проведение методически незатруднительно, временные затраты зависят от количества вопросов. Возможно групповое одновременное тестирование. Существенным недостатком методик является их распространенность и интуитивная понятность, что создает условия для искажения результатов при нежелании обследуемого отвечать правдиво.

Цветовые ассоциативные тесты основаны на предположении, что восприятие цвета не является субъективным, а универсально для всех людей, в то время как цветовые предпочтения, напротив, субъективны и отражают текущее состояние психики. Доступно тестирование индивидуальное и для небольших групп, времени требуется от 10 до 20 минут, а при наличии персонального компьютера с предустановленным программным обеспечением можно мгновенно интерпретировать результаты. Необходим комплект цветных карточек промышленного производства, которые продаются в специализированных магазинах, самостоятельно изготавливать стимульный материал некорректно.

Проективные методики в своей основе содержат свойство психики проецировать свойства личности и текущее состояние на результаты творчества. Испытуемому неизвестно, каков должен быть «правильный» результат, так как его не существует в принципе. В случае, когда человек не хочет или не в состоянии поделиться с психологом своими проблемами, он может реализовать свои переживания в рисунках. Для проведения необходима бумага и цветные карандаши, не менее 10 минут времени на одного человека (исследование индивидуально). Для методик характерна высокая информативность, недостатком является необходимость наличия опыта интерпретации таких исследований и субъективность оценки результатов.

Аппаратно-программный комплекс «Варикард 2.58» предназначен для интегральной оценки функционального состояния человека на основе количественной оценки физиологических проявлений функционирования нервной системы. Исследование индивидуально и занимает до 10 минут на подготовку и проведение одной методики. Результаты обрабатываются автоматически. Вариабельность сердечного ритма характеризует состояние регуляции сердечной деятельности и адаптационный потенциал, позволяет сделать вывод о балансе тонуса ветвей вегетативной нервной системы, который изменяется специфически при стрессе. Недостатком методик является высокая чувствительность к условиям проведения, сложности в точной трактовке результатов без наличия базы предыдущих исследований, ввиду индивидуальных различий. Данные в динамике достаточно информативны.

Аппарат «БОС-Энцефалан» предназначен для проведения оценки вариабельности сердечного ритма, электроэнцефалографии, электромиографии.

Электромиография мимических мышц предоставляет информацию о тоне мышц лица, который нередко изменен при стрессе.

Электроэнцефалография — метод регистрации электрической активности мозга, нашедший широкое применение в клинической медицине. Для диагностики стрессовых реакций применим такой параметр, как индекс выраженности волн. Исследование индивидуально и занимает не менее 5 минут без подготовки. Важны соблюдение требований к условиям записи, опыт и методическая подготовка для интерпретатора.

В целях получения данных об уровне откровенности и функциональном состоянии собеседника возможно применение программного обеспечения Vibroimage для персонального компьютера и видеокамеры.

При формировании выводов о состоянии обследуемого вне зависимости от применяемых диагностических методик всегда следует опираться на результаты предыдущих обследований, наблюдать изменение показателей в динамике.

Помимо непосредственно определения лиц, нуждающихся в помощи, ведущих факторов БСС и предложений по снижению их воздействия, после любого выполненного мероприятия в рамках психофизиологического сопровождения необходимо оценивать его результаты, эффективность и принимать решение о его продолжении, изменении или отказе от него.

Постоянные меры. Взаимодействие. Это второе мероприятие из группы постоянно проводимых, логично вытекающее из выявления. Взаимодействие ставит перед собой два вопроса:

- Кто еще должен знать о выявленной проблеме?
- Кто еще может помочь?

Оказывающий помощь, доводя до сведения командования информацию о происшествии, получит инструкцию и помощь от центра управления, обладающего всей полнотой информации и несущего общую ответственность за результат. В некоторых случаях огласка сыграет положительную роль для пострадавшего от стресса, так как с того момента к нему вынужденно будут предъявляться требования, как к нуждающемуся в помощи, а не к полноценной боевой единице. При этом сокрытие проблем требует психологических затрат.

Иногда доклад является необходимой юридической мерой по исполнению требований руководящих документов и разделению ответственности.

Консультация с вышестоящим руководителем по специальности позволит расширить свой диагностический и методологический потенциал, а также заручиться соответствующей поддержкой в сложных случаях. Никогда не пренебрегайте мнением коллег, это поможет избежать ошибок.

Ближайшие пункты эвакуации, медицинские учреждения, аптеки, лаборатории, пути, средства и характеристики способа доставки (плечо эвакуации и другие) — определение их в любом районе применения и выработка решения о порядке возможных действий является одной из первоочередных задач.

Обнародование факта наличия у кого-либо психофизиологических проблем может серьезно его расстроить, вызвать стыд и ощущение, что его предали. Поэтому необходимо учитывать некоторые факторы, прежде, чем доложить командиру:

- насколько велик риск для данного лица или других членов подразделения, если командир и другие руководители не знают о стрессе этого лица;
- какова профессиональная специализация данного человека;
- насколько велика вероятность того, что человек не сможет выполнять свои обязанности в будущем;
- может ли человек извлечь выгоду из временного отдыха;
- требует ли данное лицо дальнейшего обследования и возможного лечения у психиатра.

В любой ситуации соблюдать врачебную тайну и этику обязательно. Но отсутствие поддержки командования в случае, если доклад не производился, может сузить возможности по оказанию помощи.

Первая помощь. Обезопасить. Эвакуация по причине стрессовой дезадаптации требуется нечасто. Но если она нужна, то потенциально может спасти жизнь и обязательно предотвратит более серьезные проблемы. Когда у кого-то выявлены признаки дезадаптации – требуется как можно быстрее обезопасить его, таким образом исключив действие стрессора на пострадавшего, что создает возможность для дальнейшего оказания помощи. Также это мероприятие решает задачу устранения опасности для пострадавшего и его коллег. Нахождение в зоне огневого контакта индивида, подвергшегося дезадаптационному стрессу неприемлемо по нескольким причинам:

- человек с оружием, потерявший контроль над собой, опасен;
- индивид в ситуации угрозы жизни не может ясно мыслить и принимать правильные решения по поводу своего стресса;
- постоянно действующий стрессор может ухудшить состояние;
- человек может замереть или запаниковать, когда нужно действовать;
- человек может пойти на неоправданный риск;
- тот, от кого зависят жизни других, может потерять контроль (например, управляя транспортным средством);
- пострадавший может выражать угрозы и неповиновение;
- у него могут появиться суицидальные мысли;
- может существовать медицинская угроза жизни и здоровью, если больной из-за стресса неадекватен и сопротивляется эвакуации (ранение, проблемы с сердцем).

Эвакуация в безопасные условия имеет благоприятный психологический эффект, потому что восприятию (ощущению) безопасности способствует не только сам факт объективного удаления от угрозы, но и тишина, больший покой, другой порядок вещей и течение жизни.

Для оказания воздействия на пострадавшего следует прибегать к способам, наименее нарушающим его волю и самостоятельность, а применение физического контроля необходимо только в случае, если другие средства не возымели действия и присутствует угроза жизни и безопасности. В случае непосредственной опасности жизни помогающего сначала устраняются угрозы его жизни, после начинается забота о подопечном. Если, оказывая помощь, вы почувствовали, что из-за стресса потеряли контроль или ясность мышления, просите помощи. Если у вас недостаточно физической

силы, чтобы обеспечить мягкий контроль пострадавшего, просите помощи. Вам не удастся организовать доверительное взаимодействие с человеком, оказавшимся под воздействием стресса — просите поддержки у его командира, боевых товарищей или медицинских работников. Если дезадаптированный индивид находится в выраженном психомоторном возбуждении даже под физическим контролем, рассмотрите вариант применения медикаментозных средств.

Несколько слов о требованиях к эвакуации (перемещению). Пострадавший должен быть разоружен. Предпочтителен немедицинский транспорт, так как не раскрывает суть состояния пострадавшего. Для транспортировки может понадобиться медицинское или немедицинское сопровождение. Желательно, чтобы сопровождающий был того же или более высокого звания, чем сопровождаемый, был эмоционально зрелым, ответственным и способным выполнить свои обязанности по сопровождению.

Первая помощь. Успокоить. Функция успокоения подразумевает под собой снижение активации организма в целом и мозга в частности с целью восстановления нормального физиологического и психического функционирования и предотвращения потенциальных повреждений, наносимых чрезмерным физиологическим возбуждением и уровнем циркулирующих биологически активных веществ стресса.

Необходимо снизить чрезмерную физическую активность, ЧСС, уровень тревожности, негативные эмоции (страх, гнев, вина, стыд), сосредоточить рассеянный умственный фокус и направить его вовне, подальше от тревожных внутренних переживаний. Обычный отдых и сон также способствуют восстановлению.

Мероприятия успокоения необходимы в следующих случаях.

Когда физиологическое возбуждение чрезмерно:

- потеря физического контроля: бегство, размахивание руками, встряхивание или другие хаотичные движения;
- ходьба или другая постоянная чрезмерная основная двигательная активность;
- покачивание или другая повторяющаяся самоуспокоительная деятельность;
- учащенное дыхание;
- необычно высокая для человека ЧСС.

Когда когнитивное функционирование дезорганизовано:

- быстрая, напряженная речь (разговаривает слишком быстро);
- полет идей (мысли перескакивают с одной темы на другую);
- неадекватно реагирует на команды или вопросы;
- замирание, ступор.

Когда негативные эмоции выходят из-под контроля:

- плохо контролируемый страх или паника;
- плохо контролируемый гнев или ярость;
- сильное чувство вины или стыда.

Жизненно важные функции организма (частота дыхания, ЧСС) контролируются вегетативной нервной системой, но также в некоторой степени они могут регулироваться сознательными усилиями такими, как глубокое дыхание.

Лечебное действие мероприятий успокоения реализуются через следующие механизмы:

- уменьшение мышечной активности;
- уменьшение умственных и эмоциональных усилий;
- замедление сердечного ритма;
- снижение уровня химических веществ, вызывающих стресс, в крови и мозге;
- уменьшение интенсивности негативных эмоций, таких как страх и гнев;
- усиление положительных эмоций, таких как безопасность и доверие;
- повышение способности индивида к самоконтролю;
- восстановление ясности ума и сосредоточенности.

Все это реализуется через множество вербальных и невербальных воздействий, которые могут быть весьма разнообразны, но всегда должны быть индивидуально подобраны под конкретного нуждающегося в помощи. Меры успокоения не требуют такого значительного вмешательства в личное пространство и самостоятельность человека, как эвакуационные. Наоборот, доверие и вовлеченность пострадавшего способствуют положительному результату.

При реализации функции успокоения придается значение невербальным и вербальным влияниям.

Невербальные действия:

- спокойное, авторитетное физическое присутствие;
- зрительный контакт;
- пребывание с человеком;
- недопустимость проявления страха, гнева, нетерпения или отвращения;
- дружеское, ободряющее, ненавязчивое прикосновение (если это уместно и не угрожает ухудшить ситуацию).

Словесные успокаивающие действия:

- повторяющиеся успокаивающие фразы, такие как: «Спокойно...» или «Все в порядке...»;
- заверения в текущей безопасности и поддержке, такие как: «Теперь ты в безопасности...» или «Здесь тебе ничего не угрожает...»
- поощрение, такое как: «Ты можешь это сделать...»;
- успокаивающая директива, такая как: «Успокойся!» или «Расслабься!»;
- привлечение внимания, например: «Посмотри на меня!» или «Послушай меня...»;
- отвлечение внимания, например, побуждение думать о чем-то другом;
- тренировка в упражнениях на глубокое дыхание или якорение;
- эмпатическое выслушивание тревожных мыслей, чувств или воспоминаний.

В случае отсутствия у пострадавшего доверия к оказывающему помощь, следует привлечь авторитетных в его глазах людей, друзей, командиров.

Если психомоторное возбуждение не удастся купировать другими средствами, рассмотрите вариант применения медикаментов.

Среди методов, показавших свою эффективность при ликвидации последствий катастроф, стихийных бедствий, лечении ветеранов и для контроля состояний острого психоэмоционального стресса в ходе подготовки силовиков и космонавтов, заняли свое место дыхательные методики, методики «якорения», метод «Ключ» Х.М.Алиева, применение очков виртуальной реальности, аудиотерапия, ксенонотерапия.

Дыхательные методики являются, пожалуй, одним из древнейших способов саморегуляции. Они широко применяются в боевых искусствах. И, несмотря на древность, имеют научное обоснование. В основе дыхательных практик лежит тесная связь дыхания, которое человек в состоянии до определенной степени контролировать, с вегетативной нервной системой, играющей ведущую роль в регуляции организма и стрессовых реакций. Глубоко дыхание повышает тонус парасимпатического отдела автономной нервной системы, снижая общую активацию. Для практического применения подходят методики «диафрагмального дыхания» и «тактического дыхания» («дыхания по квадрату»), изложенные в *Приложении 2*.

С целью фокусировки внимания, снижения тревоги, страха, эмоционального возбуждения и отвлечения пациента от собственных переживаний применяются методики «якорения» (*Приложение 4*).

Метод «Ключ» Х.М.Алиева основан на благоприятном влиянии двигательной активности (в том числе идеомоторной) на состояние сознания. Он позволяет снизить фиксацию на внутренних переживаниях, переключиться с навязчивых мыслей на другие, более позитивные, снять психически опосредованные мышечные спазмы, снизить возбуждение и улучшить эмоциональный фон (*Приложение 5*).

Очки виртуальной реальности с бинауральным звуковым сопровождением применяются для расслабления, снятия стресса мотивационного воздействия на пациента. Глаза называют частью мозга, вынесенной на периферию. 3D-видеоряд оказывает выраженное воздействие на мозг.

Механизм действия ксенонотерапии основан на изменении функции рецепторов гамма-аминомасляной кислоты в центральной нервной системе под влиянием этого газа. Недостатком является конечность запасов и сложность транспортировки сосудов, содержащих газы под повышенным давлением, в воздушных судах.

Как и после любого выполненного мероприятия в рамках психофизиологического сопровождения, необходимо оценивать результаты проведенных мероприятий по снижению стрессовых проявлений и принимать решение о реабилитации и возвращении сотрудника в строй.

Реабилитационные мероприятия. Они включают в себя улучшение социализации, восстановление профессиональной компетентности и уверенности в себе. Эти действия не предназначены для реагирования на воздействия стрессоров, они борются с последствиями. В их применении нет последовательности, как в первой помощи, напротив, они проводятся

одновременно. Реабилитация ориентирована на применение для восстановления человека силы сплоченности и братства в боевых коллективах, поддержки командиров, друзей и близких. Восстановление представляет собой более длительный процесс и требует от психофизиологического сопровождения большей компетенции, нежели простая первая помощь. Лицам, оказывающим помощь пострадавшим, необходимо оценить различные поведенческие показатели определенного типа стрессора, относительно уникальную феноменологию состояния и потребности, которые определяют конкретный тип травмы, и индивидуальные цели для проведения восстановления, связанные с определенной формой стрессовой дезадаптации.

Обычно реабилитация начинается, когда кризис дезадаптации миновал и проведены мероприятия первой помощи, если они требовались. Но первая помощь еще может понадобиться, например, если пострадавший столкнется со своим негативным опытом или воспоминаниями.

Реабилитация направлена на удовлетворение важных жизненных потребностей человека:

- потребности в общении и социальной поддержке (социализация);
- потребности в способностях, необходимых для благополучного функционирования в личной, профессиональной и социальной сферах (компетентность);
- потребности в позитивной самооценке и надежде на будущее (уверенность).

Как и остальные компоненты помощи, реабилитация нуждается в объективной оценке, усовершенствовании и своевременном прекращении.

Реабилитация. Социализация. Позитивная социальная поддержка людей, которым доверяют и ценят, повышает устойчивость и имеет решающее значение для адаптации ко всему спектру жизненных проблем от повседневных неприятностей до переживаний боевого стресса. Социальная и духовная поддержка также формирует ожидания в отношении этического и морального поведения и помогает придать должное значение жизненному опыту. После прохождения дезадаптационного состояния каждому необходимо общаться с доверенными людьми, чтобы чувствовать себя в безопасности, поделиться своими переживаниями и их восприятием, подтвердить личную ценность и восстановить понимание и предсказуемость действительности.

Социализация призвана реализовать такие виды поддержки:

- материальная (помощь в конкретных делах, сбор средств в тяжелой жизненной ситуации);
- информационная (предоставление необходимой информации, консультации, рекомендации);
- эмоциональная поддержка (выражение сочувствия, заботы и уверенности, а также предоставление возможностей для позитивных форм социального участия или отвлечения, эмоционального выражения).

Социализация стремится удалить отчуждение и недоверие между пострадавшим и его окружением. Необходимо присутствовать рядом с подопечным, выслушивать его, искренне им интересоваться и сопереживать. Также

необходимо утешать, поощрять и успокаивать его. Пережив стресс, человек отдаляется от окружающих и может временно утратить их доверие. Психофизиологическое сопровождение должно помочь человеку преодолеть социальное отчуждение.

Пострадавший от стресса дезадаптации может испытывать такие проблемы, как:

- больше не чувствовать себя нормальным человеком;
- чувствовать себя неуверенно и неловко рядом с другими;
- стыдиться своего кризиса и бояться, что другие сотрудники подразделения
 - потеряли к нему доверие;
 - может быть не в состоянии перестать думать о ярких деталях смерти товарища, но бояться говорить об этом с другими в подразделении;
 - эмоционально оцепенеть и отстраниться, внешне не проявлять интереса к общению с коллегами, как раньше;
 - опасаться, что разговор с другими сотрудниками подразделения вызовет болезненные воспоминания о событиях, которые они пережили вместе;
 - может быть не в состоянии перестать постоянно испытывать сильный гнев и поэтому избегать нахождения рядом с другими;
 - обвинять руководителей или коллег по подразделению в смерти товарищей или в другом травмирующем событии;
 - обвиняться другими членами подразделения в чьей-либо смерти или в каком-нибудь другом негативном событии;
 - чувствовать себя измученным и подавленным;
 - не обладать достаточной энергией для общения с другими людьми.

Функция социализации преодолевает отчуждение и недоверие между соратниками благодаря следующему:

- общая идентичность через общий опыт, ценности и стереотипы поведения;
- общее переживание опыта посредством обмена восприятиями, мыслями и чувствами;
- общее понимание смысла событий;
- общая ответственность;
- совместное страдание и трудности;
- снижение чувства вины или стыда;
- большее прощение, большие надежды.

Командир играет решающую роль в развитии и поддержании социальной сплоченности. Представители подразделения психофизиологического сопровождения должны мотивировать командиров на следующие действия:

- проводить обсуждения после всех значимых событий;
- постоянно проявлять заботу о подчиненных;
- успокаивать людей со стрессом;
- выстраивать командную работу;
- быть наставником и образцом для подражания;
- уменьшать количество конфликтов, обвинений, «козлов отпущения» и слухов в подразделении;

– почитать павших.

Направления работы психофизиологического сопровождения:

– привлекать друзей, коллег и командиров, чтобы помочь нуждающемуся человеку;

– способствовать общению пострадавшего с поддерживающими друзьями, коллегами, членами семьи;

– если не можете завоевать доверие и уверенность нуждающегося человека, привлекайте для помощи тех, кому он доверяет и симпатизирует;

– человеку с горем утраты помогайте совместно переживать потерю, поощряйте скорбящего человека развивать другие привязанности;

– в случае насмешек или предвзятости оградите пострадавшего от негативных воздействий.

Лицам с проблемой доверия и слабым стремлением к установлению взаимоотношений с другими сотрудниками подразделения предназначена мотивационная информация:

«Вам нужны другие, потому что:

- Они могут помочь вам решить проблемы.
- Они могут предоставить ресурсы, когда у вас их не хватает.
- Они могут предоставить необходимую информацию.
- Они могут предоставить новые перспективы для преодоления ваших проблем.

проблем.

- Они слушают и понимают вас.

• Они могут подтвердить общность ваших и их переживаний, эмоций, чтобы вы чувствовали себя менее одинокими.

- Они могут успокоить вас, когда вы чувствуете неуверенность.

• Они могут помочь вам почувствовать, что вы принадлежите и подходите сообществу.

- Они могут отвлечь вас от ваших забот.

- Они могут помочь вам почувствовать себя более ценным человеком.

- Они могут зависеть от вас и заставлять вас чувствовать себя нужными.

• Они могут дать вам возможность стать лучше, думая о чем-то благополучии».

Реабилитация. Компетенции. Функция компетенции направлена на повышение и восстановление, при необходимости, индивидуальных способностей функционировать и выполнять все важные жизненные роли, включая профессиональную, личную и социальную сферы. О необходимости восстановления свидетельствует потеря важных профессиональных навыков из-за стресса. У многих людей стресс не вызывает значительных изменений. У некоторых на короткое время происходит значительное нарушение функций и небольшое ухудшение более длительный период. Может снизиться способность ясно и четко мыслить или контролировать эмоции. Такие особенности затрудняют социальные приспособление и адаптацию. Роль психофизиологического сопровождения заключается в поощрении и поддержке восстановления важных умственных и физических способностей, а также в содействии обучению или отработке навыков,

необходимых для преодоления симптомов. Это требуется, когда возникает временная или постоянная потеря имевшихся навыков и способностей или при появлении новых жизненных проблем, с которыми индивид еще не развил способность справляться, таких как симптомы дезадаптации.

Представители подразделения психофизиологического сопровождения для облегчения восстановления пострадавшего должны помочь ему с некоторыми психофизиологическими навыками:

- гигиена сна;
- расслабление;
- медитация или молитва;
- управление гневом;
- постановка целей;
- решение проблем;
- питание (психические аспекты);
- физические упражнения и тренировка.

В целях восстановления профессиональных качеств воина взаимодействуйте с командованием для создания необходимых условий и отношения, со специалистами более высокого уровня для самоконтроля и оптимизации помощи, с друзьями и соратниками для мотивации.

Представитель психофизиологического сопровождения может столкнуться с нежеланием сотрудника признавать ту или иную проблему, связанную со стрессом, или выполнять план реабилитации для укрепления связей, компетентности и уверенности. В таком случае рекомендуется проводить мотивационное собеседование. Ожидается, что сотрудник захочет выполнять план, в составлении которого он принимал участие. Общение строится таким образом, что сотрудник сам выбирает мероприятия для выполнения, психолог подталкивает его к определенным решениям. Надо быть готовым к нежеланию работать и двусмысленным ответам типа «Да, но...». Необходимо избегать конфронтации и прямых указаний пострадавшему, что делать. Такое собеседование предполагает предоставление сотруднику рефлексивной обратной связи о его нежелании и двойственности в нейтральной, но заботливой манере, во избежание давления и сопротивления с его стороны.

Ключевыми стратегиями мотивационного собеседования являются:

- выражение сочувствия (искренне выслушивать позицию оппонента, не выражая эмоций по поводу удовлетворенности ею);
- вопросы, которые помогают сотруднику выявить несоответствие между его текущим состоянием и самостоятельно определенными желаниями, целями и потребностями в будущем (несоответствие должно создавать мотивацию к работе, определить положительные стимулы и использовать их);
- преодоление сопротивления и избегание аргументации (не навязывать своего мнения, задавать вопросы, подводящие к рациональным ответам);
- поддержание мотивации и обратной связи (необходимо отмечать прогресс подопечного и создавать дополнительную мотивацию, интересоваться и учитывать чужое мнение).

Реабилитация. Уверенность. Заключительная функция помощи – формирование уверенности. Она направлена на выработку реалистичной самооценки и восстановление надежды, которые часто страдают после стрессовой дезадаптации. Уверенность – основа восстановления после травмы. Она формируется в процессе преодоления препятствий и достижения целей. Иногда после тяжелых испытаний личность, восстанавливаясь, превосходит первоначальные результаты.

В ходе реализации этой задачи происходит работа над четырьмя компонентами:

- самооценка;
- смыслы;
- доверие;
- надежда.

Предполагается, что каждый, у кого развилась значительная и стойкая дезадаптация или изменения в функционировании из-за переживаний угрозы жизни, боли потери, внутреннего морального конфликта или истощение, сталкиваются с проблемой восстановления и поддержания чувства надежды, смысла, доверия и позитивного представления о себе и положительного отношения к миру. Эти жизненные проблемы, в принципе, являются общими для всех людей на протяжении всего их существования. Проблемы доверия – это проблемы всей жизни. Альтернатива надежде – отчаяние, альтернатива доверию – отчуждение, альтернатива смыслу – пустота, а альтернативой самооценке может быть самоубийство.

Работа с уверенностью в первую очередь необходима тем, кто переживает:

- безнадежность;
- потерю Веры в религиозном смысле;
- потерю веры в добро, в других и в себя;
- чувство, что тебя предали;
- стремление отомстить;
- чувство непростительного или непоправимого;
- мысли о самоубийстве или убийстве.

Восстановление доверия во всех его компонентах – это по своей сути духовный процесс, требующий задействовать исключительные лидерские и коммуникативные навыки и профессиональную компетентность. Каждым человеком нужно заниматься индивидуально, без предубеждений или шаблонных решений. Процесс работы над собой – это тяжелый труд. Людям приходится горевать о потерях, отказываться от незрелых взглядов на себя и свои отношения с миром, прощать себя и других за свои недостатки. Также необходимо, чтобы помогающий обладал авторитетом.

Необходимо отметить такие направления работы, как:

1. Определение самооценки, понимания смысла жизненных событий, уровня доверия к себе и другим, надежды на будущее:

- слушать сочувственно;
- развивать доверительные отношения;

– задавать вопросы и предлагать предварительные наблюдения и понимание.

2. Восстановление утраченных физических, психологических и социальных ресурсов:

– укреплять духовные связи;

– взаимодействовать со всеми возможными источниками необходимых ресурсов, как внутри, так и за пределами организации;

– выявлять препятствия и находить решения для их преодоления.

3. Устранение чрезмерного чувства вины или стыда:

– способствовать прощению себя и других;

– установить новый смысл и цель;

– определить новые направления и цели;

– прислушиваться и противостоять искаженным или чрезмерно негативным или жестким представлениям о себе и других;

– поощрять человека ставить себя на место других, видеть себя глазами других или пробовать более адаптивные способы видения себя и ситуации;

– одобрять заглаживание вины, установление новых отношений и укрепление старых;

– поощрять обучение и образование, постановку реалистичных целей и разработку плана достижения этих целей действительно достижимыми шагами.

Важно постоянно следить за возможными опасными мыслями или импульсами, такими как самоубийство или убийство, и принимать меры по оказанию помощи по мере необходимости для обеспечения безопасности. Важно рассматривать варианты консультаций с психиатром, психотерапевтического или медикаментозного лечения. Результаты работы по формированию уверенности достигаются только благодаря согласованным усилиям в течение длительного периода времени.

Заключение.

Выражаю надежду, что эта работа, кратко излагающая основы физиологических и психологических аспектов боевого и служебного стресса, послужит помощью в профилактике и преодолении явлений, с которыми вынуждены сталкиваться люди, избравшие себе благородную и опасную профессию воина.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Лиев Х. М.* Метод «Ключ» от комнаты страха твоего мозга. Заставь стресс работать на тебя. — М: Издательство «АСТ», 2021. — 288 с.
2. *Берн Э.* Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. — Москва: Эксмо, 2019 — 496 с.
3. Вред энергетических напитков. // Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области. 2020 г. Интернет-ресурс: <http://42.gosptrebnadzor.ru/content/777/99238/>. Доступ свободный.
4. *Караяни А.Г.* Психологическая реабилитация участников боевых действий. Москва, 2003. — 80 с.
5. *Куртатов А.В.* Четвёртая мировая война. Будущее уже рядом! — СПб.: ООО «Дом печати издательства книгороторовли «Капитал»», 2019 г. — 158 с.
6. *Литвак М.Ю.* Психологический вампиризм. — М: Феникс.2019. — 412 с.
7. Опубликован список «пыточных» рок- и поп-песен для узников Гуантанамо. // Lenta.ru, 14 декабря 2008 г. Интернет-ресурс <https://lenta.ru/news/2008/12/14/folter/>. Доступ свободный.
8. Полевой устав армии США FM 33-1. Психологические операции. — М.: ГШ ВС СССР, 1988.
9. *Потапов А.В.* Применение ксенона в клинической практике. Сборник методических рекомендаций. — М: НКО АСМГ, 2019. — 83 с.
10. Проективные методики в работе войскового психолога (учебно-методическое пособие). — М: ГШ ВС РФ.2006. — 114 с.
11. *Решетников М.М.* Психология войны: от локальной до ядерной. Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психологического анализа, 2011. — 480 с.
12. *Сыропятов О.Г.* Медико-психологическое сопровождение специальных операций. Киев: О.Т. Ростунов, 2013 г. — 292 с.
13. *Шампей В. К.* Психиатрия войн и катастроф. — СПб.: СпецЛит, 2015 г. — 431 с.
14. Akerstedt T., Bassetti C., Cirignotta F., García-borreguero D., Gonçalves M., Horne J. Sleepiness at the Wheel / the French institut of Sleep and Vigilance and ASFA. 2020 — 66 p.
15. American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed., Text Rev. Washington, D.C.
16. Artwohl, A., ChristensenL. Deadly Force Encounters: Cops and Citizens Defending Themselves and Others. 2nd Edition // Independentlypublished. — 2019. — 546 p.
17. Combat and Operational Stress Control / Field Manual Headquarters No. 4-02.51 (8-51) — Washington, DC: Department of the Army, 2006. — July 6.
18. Chatburn A, Kohler MJ, Payne JD, Drummond SPA. The effects of sleep restriction and sleep deprivation in producing false memories. *Neurobiol Learn Mem.* 2017 Jan;137:107-113. doi: 10.1016/j.nlm.2016.11.017. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27915105.
19. ChenWR, LiuHB, ShaY, ShiY, WangH, YinDW, ChenYD, ShiXM. Effects of Stating on Arrhythmia and Heart Rate Variability in Healthy Persons With 48-Hour Sleep Deprivation. *J Am Heart Assoc.* 2016 Oct 31;5(11):e003833. doi: 10.1161/JAHA.116.003833. PMID: 27799236; PMCID: PMC5210325.
20. Floros O, Axelsson J, Almeida R, Tigerström L, Lekander M, Sundelin T, Petrovic P. Vulnerability in Executive Functions to Sleep Deprivation Is Predicted by Subclinical Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* 2021 Mar;6(3):290-298. doi: 10.1016/j.bpsc.2020.09.019. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33341402.
21. FM 22-51 Leaders' manual for combat stress control // Headquarters department of the army. Washington, DC, 29 September 1994.
22. Grossman D. On Combat: The Psychology and Physiology of Deadly Conflict in War and in Peace. 3rd ed.—Illinois: PPCT Research Publications, 2004. — 395 p.
23. Grossman D. On killing: the psychological cost of learning to kill in war and society. // Boston: Little, Brown. 1996. — 367 p. ISBN 978-0-316-33000-8.
24. Grossman D., Siddle, B.K. Psychological effects of combat. // Encyclopedia of violence, peace and conflict, Academic press, 2008.
25. Lo JC, Twan DCK, Karamchedu S, Lee XK, Ong JL, Van Rijn E, Gooley JJ, Chee MWL. Differential effects of split and continuous sleep on neurobehavioral function and glucose tolerance in sleep-restricted adolescents. *Sleep.* 2019 May 1;42(5):zsz037. doi: 10.1093/sleep/zsz037. PMID: 30753648; PMCID: PMC6519912.
26. Moore B.A., Reger G. Historical and Contemporary Perspectives of Combat Stress and the Army Combat Stress Control Team // Combat Stress Control. — 34 p.
27. Nash, W. P., Westphal, R. J., Watson, P. J., & Litz, B. T. Combat and Operational Stress First Aid: Responder Training Manual. Washington, DC: U.S. Navy, Bureau of Medicine and Surgery. 2011.— 138p.

28. Porcheret K, van Heugten-van der Kloet D, Goodwin GM, Foster RG, Wulff K, Holmes EA. Investigation of the impact of total sleep deprivation at home on the number of intrusive memories to an analogue trauma. *Transl Psychiatry*. 2019 Feb 27;9(1):104. doi: 10.1038/s41398-019-0403-z. PMID: 30814485; PMCID: PMC6393421.
29. Siddle B.K. Sharpening the warrior's edge // Human factor research group incorporated, 1995.— 148 p.
30. So-Ngern A, Chirakalwasan N, Saetung S, Chanprasertyothin S, Thakkinstian A, Reutrakul S. Effects of Two-Week Sleep Extension on Glucose Metabolism in Chronically Sleep-Deprived Individuals. *J Clin Sleep Med*. 2019 May 15;15(5):711-718. doi: 10.5664/jcsm.7758. PMID: 31053213; PMCID: PMC6510689.
31. Sweeney EL, Jeromson S, Hamilton DL, Brooks NE, Walshe IH. Skeletal muscle insulin signaling and whole-body glucose metabolism following acute sleep restriction in healthy males. *Physiol Rep*. 2017 Dec;5(23):e13498. doi: 10.14814/phy2.13498. PMID: 29233906; PMCID: PMC5727269.
32. Vargas I, Lopez-Duran N. The cortisol awakening response after sleep deprivation: Is the cortisol awakening response a "response" to awakening or a circadian process? *J Health Psychol*. 2020 Jun;25(7):900-912. doi: 10.1177/1359105317738323. Epub 2017 Oct 27. PMID: 29076400.

Порядок действий командира при выявлении подчиненного с БСС

При выявлении подчиненного с признаками острой стрессовой реакции командиру необходимо:

- установить контроль над пострадавшим (наладить вербальный контакт, докричаться, воздействовать физически – встряхнуть, чтобы завладеть вниманием, самостоятельно или при помощи других сотрудников осуществить мягкий физический контроль, если из-за выраженного возбуждения на пострадавшего не удалось повлиять вербально);
- обезопасить пострадавшего и других от него (разоружить, удалить от управления опасными механизмами или устройствами);
- переместить, насколько позволяет оперативная обстановка, в безопасное место (укрытие), подальше от угроз и боевых обязанностей, определить для этой цели сопровождение;
- удовлетворить первичные потребности (вода, пища, микроклимат, сон);
- заверить подчиненного (из всего, что ему скажут, слова командира имеют наиважнейшее значение), что он переживает нормальную реакцию на чрезмерный стресс, скоро восстановится и займет свое место в боевом порядке;
- вызвать представителей психофизиологического сопровождения или направить пострадавшего к ним как можно скорее;
- при необходимости дать 1-3 суток отдыха и восстановления в ближнем тылу;
- в период восстановления контактировать с пострадавшим и убеждать его в том, что его ожидают, и он нужен подразделению;
- оказать помощь при возвращении в коллектив.

Дыхательные методики снижения уровня психоэмоционального стресса

Владение своим дыханием – хороший способ самоконтроля. Дыхание образует связь между телом и разумом, так как находится под их общим контролем. Управление дыханием позволит вам регулировать поступление кислорода в организм, снизить уровень стресса, привести в равновесие тело и разум.

Методика «диафрагмальное дыхание».

Убедитесь, что вы находитесь в безопасном, тихом месте. Займите удобную позу, предпочтительно сидя или лежа, если это возможно. Закройте глаза и положите одну руку на живот. Обратите внимание на свое дыхание. Если вам в голову приходят другие мысли, не боритесь с ними. Просто обратите внимание, что они есть, и верните свое внимание к дыханию.

Сделайте медленный и глубокий вдох в нижнюю часть легких, чтобы ваш живот поднимался вместе с дыханием больше, чем грудь. Вдыхайте на 4 счета, задержите дыхание на 2 счета и медленно выдыхайте на 4 счета.

Пусть напряжение покидает ваше тело каждый раз, когда вы выдыхаете.

Повторяйте упражнение в течение 5-10 минут.

Проверьте себя; если вы все еще чувствуете себя взвинченным, повторяйте диафрагмальное дыхание, пока не почувствуете себя спокойнее и расслабленнее.

Методика «дыхание по квадрату» или «тактическое дыхание».

Вдох через нос на 4 счета, задержка дыхания на 4 счета, выдох ртом на 4 счета, задержка дыхания на 4 счета. Повторять цикл до достижения необходимого психоэмоционального состояния.

Не смотря на простоту выполнения, эта методика совершила практически революцию в подходе к самоконтролю в бою.

Рекомендации по проведению психологического дебрифинга

Исследования влияния психологического дебрифинга на последствия БСС показали неоднозначные результаты. Так как разбор происшествия проводится и по другим причинам, кроме психологических (расследование, подведение итогов деятельности), следует упомянуть о психотерапевтическом значении мероприятия. В настоящее время не рекомендуется проводить разбор в период переживания сотрудниками острой фазы стрессовых реакций, также необходимо с осторожностью относиться к этому мероприятию при наличии лиц, переживающих стресс утраты или чувство вины.

Психологический дебрифинг (разбор потенциально травмирующего события) должен проводиться после исчезновения признаков острых стрессовых реакций у сотрудников подразделения, то есть по истечении 1-3 суток после происшествия.

Первое, что необходимо сделать — установить подробности произошедшего, для чего может потребоваться опросить каждого свидетеля событий. Далее следует разобраться, насколько эффективна была подготовка, что сработало хорошо, что требует доработки, что не получилось вовсе и нуждается в новых подходах. При правильном проведении дебрифинг повышает понимание, доверие и сплоченность внутри коллектива. Процесс подведения итогов сочетает озабоченность по поводу произошедшего с выяснениями подробностей того, что случилось. Это должно стимулировать подразделение выражать свои эмоции по поводу происходящего. Существует мнение: «Боль, которой ты поделился — это боль, от которой ты избавился». Разборы должны проводиться как после рутинных мероприятий подготовки, так и после сложных ситуаций в условиях боевых действий. Цель разбора: выражение и таким образом отторжение любых негативных эмоций, профилактика ПТСР.

Основные этапы разбора.

- объяснение цели и порядка работы;
- привлечение всех участников обсуждения к восстановлению цепочки событий;
- достижение полного согласия в отношении прошлого, устранение индивидуальных заблуждений и установление действительной ответственности;
- поощрение выражения мыслей и эмоций по поводу произошедшего;
- обоснование правильной (освобождающей и предупреждающей развитие отдаленных последствий) позиции о событии и проведение работы над тем, чтобы она была таким же образом воспринята;
- пресечение поисков «козлов отпущения» и словесной агрессии (оскорблений);
- обсуждение неприятных обычных проявлений стресса, которые могут продлиться некоторое время и должны быть восприняты без страха и удивления;

– обобщение извлеченных уроков и любых позитивных аспектов полученного опыта.

Надо понимать, что люди, пережившие травмирующее событие, не должны ожидать, что быстро его забудут. Совершенно нормально вспоминать его с грустью, обидой, виной или другими эмоциями. Даже спустя несколько лет возможны воспоминания и размышления о произошедшем. Нормальное развитие психологического процесса подразумевает, что со временем положительные эмоции компенсируют и заставляют ослабеть болезненные и деструктивные.

В случае серьезного происшествия персонал психофизиологического сопровождения должен быть оповещен и привлечен к проведению дебрифинга. Подготовленный специалист поможет правильно провести разбор и убедить руководство в его соответствующей организации.

Неверно проведенный дебрифинг может усугубить психологическое состояние человека и заложить основание для ПТСР.

Грамотно организованный дебрифинг должен соответствовать следующим требованиям:

- критиковать следует действия, а не участников;
- хвалить нужно прилюдно, а отчитывать наедине;
- ослаблять, а не усиливать, чувства вины, гнева и отчуждения;
- развенчивать, а не восхвалять и поощрять, хронические страдания от ПТСР;
- важно формировать и выражать позитивный настрой в борьбе с проявлениями боевого стресса.

Методика снижения уровня психоэмоционального стресса «якорение»

Боевая подготовка и операции могут быть весьма интенсивными и способны провоцировать сильные эмоции, которые могут помешать вам сосредоточиться на своих обязанностях. Позволять себе испытывать сильные чувства в нужное время – это нормально, когда это безопасно и вы находитесь рядом с близкими людьми. В других случаях вам требуется контроль над своими эмоциями и мыслями, чтобы сосредоточиться на текущей задаче.

Следующую методику можно использовать, когда необходимо отбросить свои чувства и восстановить концентрацию.

Убедитесь, что вы находитесь в безопасном месте, если это возможно.

Держите глаза открытыми, готовясь переключить свое внимание с вашего внутреннего мира страданий на более спокойный внешний мир.

Осмотрите вокруг и убедитесь, что вы в безопасности, что нет непосредственной угрозы вашей жизни или безопасности. Обратите внимание, что мысли и чувства, которые у вас были и которые заставляли вас чувствовать угрозу, не принадлежат тому месту, где вы находитесь сейчас.

Теперь попробуйте представить, как вы ставите барьер между собой и всеми своими угрожающими чувствами (страхами), скомкав их, запихнув в контейнер и запечатав его. Затем представьте, что контейнер с вашими опасными чувствами был помещен за толстыми бетонными стенами далеко от вас.

Теперь оглянитесь вокруг того места, где вы находитесь, и назовите как можно больше объектов и цветов, один за другим. Обратите внимание и назовите то, что находится перед вами, слева от вас, справа от вас, позади вас, над вами и под вами. Если вы видите какие-либо напечатанные слова, прочитайте их обычно, а затем каждую букву в обратном порядке. Теперь сосредоточьте свои мысли на названиях вещей, которые вас интересуют (например, спортивные команды, автомобили, имена артистов или спортсменов).

Медленно считайте вперед от 1 до 10 и назад – от 10 до 1.

Обратите внимание на давление вашего тела на землю или пол. Потянитесь и сделайте глубокий вдох.

Оцените свое состояние и, если вы все еще не чувствуете себя в безопасности или ваши мысли неясны и расфокусированы, повторите эти упражнения.

**Методика снижения уровня психоэмоционального стресса
«Ключ» Х.М.Алиева**

Представленная методика основана на взаимном влиянии работы мозга и двигательной активности. Она предназначена для устранения острого и хронического психоэмоционального стресса, мышечных спазмов, умственного и физического раскрепощения, снятия напряжения. Здесь приведены некоторые упражнения методики «Ключ».

Упражнение «Хлест руками по спине» напоминает движения человека на морозе, когда он энергично похлопывает себя по плечам. Из положения стоя, руки опущены и максимально расслаблены («висят как плети») производите хлест руками вперед, обняв себя за плечи, и без паузы «сбросьте» руки, отводя их назад за спину (повторяется без остановки от 40 до 60 с).

Упражнение «Лыжник» напоминает движения рук при одновременном бешажном ходе на лыжах. Из положения стоя, тело расслабленно, ноги на ширине плеч, руки свободно висят вдоль туловища, поднимаясь на носки, мах вперед руками и, не задерживая движения, мах назад с опусканием на пятки с легким ударом пятки о пол (выполняется без остановок в течение 40–50 с).

Упражнение «Шалтай-Болтай» напоминает детское движение, когда дети вертят туловище в правую и левую стороны, не отрывая ступни ног от пола. Из положения стоя, руки расслаблены, опущены вдоль туловища, не отрывая пяток от пола, спокойный, без усилий поворот направо и, не останавливая движения, поворот налево, руки в расслабленном состоянии сопровождают повороты (выполняется без остановок в течение 60–90 с).

Не обязательно строго следить за техникой покачивания. Амплитуда, направление и частота покачиваний должны быть выбраны самостоятельно по комфортности. Движения через некоторое время должны совершаться легко, без напряжения, практически автоматически – это главный критерий правильности выполнения. Время выполнения индивидуально, до появления ощущения покоя и отсутствия мыслей.

Упражнение «Сожми кулаки».

Если упражнение вызывает возбуждение, а не успокоение, оно вам не подходит.

Противопоказания к этому упражнению:

- эпилепсия;
- психические заболевания;
- повышенное внутричерепное давление.

Это упражнение нельзя делать первые 3 недели после инсульта и первые 3 недели после тяжелых черепно-мозговых травм. В дальнейшем (после этих состояний) при занятиях нужно следить за реакцией организма, отслеживать свое самочувствие до и после занятия.

Побочное действие после выполнения упражнения:

- редко головокружение или головная боль;
- очень редко тахикардия.

Методика: положение тела – сидя, стоя или лежа. Взгляд рассеянный, свободный поток мыслей. Сожмите пальцы одной руки в кулак в комфортном для вас ритме и с удобной силой 10 раз.

Затем так же сожмите пальцы другой руки в кулак 10 раз. Теперь прислушайтесь к ощущениям последствия в руках с целью определить, в какой из рук возникли при сравнении максимальные комфортные ощущения расслабления.

Мысленно распространите эти приятные ощущения по всему телу. Оставайтесь в этом положении приятной расслабленности столько, сколько требуется организму. Это «санаторное» состояние восстановления.

Упрощенный вариант мышечного расслабления. Напрягите все мышцы организма на 15 секунд, затем медленно расслабьте, встряхните. Повторите несколько раз до ощущения общего расслабления.

**Перечень методик,
рекомендуемых для коррекции психоэмоционального состояния**

Номер по порядку	Название методики	Краткое описание
1.	Дыхательные методики снижения уровня психоэмоционального стресса	В основе действия методик лежит влияние дыхания на тонус отделов вегетативной нервной системы.
2.	Методика снижения уровня психоэмоционального стресса «якорение»	Основана на связи психоэмоционального состояния с определенными событиями, образами или воспоминаниями. Необходимое состояние вызывается активацией определенных триггеров.
3.	Метод «Ключ» Х.М.Алиева	Суть методики – изменение состояния сознания и психоэмоционального фона посредством выполнения специальных движений.
4.	Визуальное воздействие через очки виртуальной реальности и аудиотерапия	Очки виртуальной реальности с бинауральным звуковым сопровождением применяются для расслабления, снятия стресса мотивационного воздействия на пациента. 3D-видеоряд оказывает выраженное воздействие на мозг.
5.	Ксенонотерапия	Методика основана на изменении функции рецепторов гамма-аминомасляной кислоты в центральной нервной системе под влиянием этого газа. Недостатком является конечность запасов и сложность транспортировки сосудов, содержащих газы под повышенным давлением, в воздушных судах. Применяются кислородно-ксенонные смеси. Кислород является взрывоопасным газом, что требует соблюдения определенных нормативных требований и подготовки персонала.

**Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр
имени А.И.Бурназяна»**

СТРЕСС В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Компьютерная вёрстка

А.А.Фролова

Сдано в набор 01.04.22.
Подписано в печать 14.04.22. Бумага Кумиллокс. Формат 60х90¹/₁₆.
Гарнитура NewtonС. Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,3. Уч.-изд. л. 5,4.
Тираж 1000 экз. Заказ 1001

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России
Отпечатано в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России
123098, Москва, ул. Живописная, 46