

Психология боевого и служебного стресса



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

**Пустовойт В.И., Балакин Е.И., Политова С.П.,
Юрку Н.Н., Царев А.Н., Симагова Т.Д.,
Самодумова Е.В.**

ПСИХОЛОГИЯ БОЕВОГО И СЛУЖЕБНОГО СТРЕССА

под ред. В. И. Пустовойта

**Москва
2026**

УДК 616-057+616.89

ББК 56.1

П86

Пустовойт В.И., Балакин Е.И., Политова С.П., Юрку Н.Н., Царев А.Н., Симагова Т.Д., Самодумова Е.В. Психология боевого и служебного стресса / под ред. В. И. Пустовойта. – М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2026. 216 с.

Авторы:

Пустовойт Василий Игоревич – д.м.н., проф. курса спортивной медицины кафедры восстановительной медицины, спортивной медицины, курортологии и физиотерапии с курсом сестринского дела, руководитель Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Балакин Евгений Игоревич – к.м.н., старший научный сотрудник Лаборатории больших данных и прецизионной восстановительной медицины Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Политова Светлана Павловна – к.п.н., доцент, старший научный сотрудник Лаборатории комбинированных и радиационных поражений Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Юрку Наталья Николаевна – младший научный сотрудник Лаборатории больших данных и прецизионной восстановительной медицины Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Царев Алексей Николаевич – к.м.н., старший научный сотрудник Лаборатории комбинированных и радиационных поражений Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Симагова Таисия Дмитриевна – заведующий Комплексным врачебным здравпунктом III уровня – врач-терапевт, врач по медикосоциальной экспертизе ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Самодумова Елизавета Вячеславовна – главный специалист Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Рецензенты:

Игорь Борисович Ушаков – д.м.н., академик РАН, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

Сергей Константинович Солдатов – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник НИИЦ АКМ и ВЭ ФГБУ НМИЦ ВМТ ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники.

В книге изложены основы медико-психологического сопровождения специалистов, испытывающих острый или хронический стресс в опасных условиях труда. Описаны эпидемиология, классификация, этиология и патогенез стресса, методы обследования таких лиц, а также физиологические подходы к реабилитации с коррекцией психологического, физического и функционального состояния организма. Представлены физиологические и психологические принципы разработки программ профилактики и восстановления; в приложениях приведены методы диагностики и коррекции боевого и служебного стресса на основе современных мировых достижений.

Издание адресовано врачам психиатрического, психотерапевтического, неврологического и реабилитационного профилей, психологам, студентам медицинских вузов и специалистам, подверженным боевому или служебному стрессу.

ISBN 978-5-93064-440-1

© ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна
ФМБА России, 2026

Оглавление

ОГЛАВЛЕНИЕ	3
ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ.....	6
ПРЕДИСЛОВИЕ	7
ВВЕДЕНИЕ.....	8
ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	12
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БОЕВОГО И СЛУЖЕБНОГО СТРЕССА	20
ФАКТОРЫ РИСКА И СТРУКТУРА БОЕВОГО И СЛУЖЕБНОГО СТРЕССА	33
ЭТАПЫ БОЕВОГО И СЛУЖЕБНОГО СТРЕССА И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ.	41
РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ЕЁ СНИЖЕНИЕ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СТРЕССА	55
НОРМАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ.	64
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ВОИНСКОЙ ЧАСТИ.	70
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА В СИСТЕМЕ БОЕВОЙ ПОДГОТОВКИ	84
ТРЕНИНГ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ МОДУЛИ.	92
ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ КАК ЗАЩИТНЫЙ И РИСК-ФАКТОР.	99
ПОДГОТОВКА К ПЕРВОМУ БОЮ	114
РАЗБОР БОЕВЫХ ЭПИЗОДОВ И РАБОТА ПОСЛЕ БОЯ	124
МЕРОПРИЯТИЯ ПОМОЩИ ПРИ БСС НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ СИСТЕМЫ	132

РАБОТА С СЕМЬЯМИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.	140
РОЛЬ КОМАНДИРА В РАБОТЕ СО СТРЕССОМ	147
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УСЛОВИЯХ.	157
ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ БОЕВЫМ И ОПЕРАЦИОННЫМ СТРЕССОМ И ИХ АДАПТАЦИЯ	162
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	167
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	170
ПРИЛОЖЕНИЯ	189
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ КОМАНДИРА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПОДЧИНЁННОГО С БОЕВЫМ ИЛИ СЛУЖЕБНЫМ СТРЕССОМ.	189
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ РАЗБОРА ПОСЛЕ СОБЫТИЙ, СВЯЗАННЫХ С БОЕВЫМ И СЛУЖЕБНЫМ СТРЕССОМ.	191
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 ЗАНЯТИЯ С ЛИЧНЫМ СОСТАВОМ ПЕРЕД БОЕВЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ, МИРОТВОРЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ И ЛИКВИДАЦИЕЙ ПОСЛЕДСТВИЙ КАТАСТРОФ	193
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 ОБЪЕМНАЯ КОМПРЕССИОННАЯ ОСЦИЛЛОМЕТРИЯ	195
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	197
ПРИЛОЖЕНИЕ 6 ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ	199

ПРИЛОЖЕНИЕ 7	
ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПРИЁМЫ СНИЖЕНИЯ	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ	201
ПРИЛОЖЕНИЕ 8	
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ	
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ	202
ПРИЛОЖЕНИЕ 9	
ГИПОКСИЧЕСКАЯ ТРЕНИРОВКА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ	
АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ	205
ПРИЛОЖЕНИЕ 10	
ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ.	209
ПРИЛОЖЕНИЕ 11	
ТЕПЛОВАЯ АККЛИМАТИЗАЦИЯ.	211
ПРИЛОЖЕНИЕ 12	
КРИОТЕРАПИЯ ВСЕГО ТЕЛА	213

Информация об авторах

Авторский коллектив:

Пустовойт Василий Игоревич – д-р мед. наук, проф. курса спортивной медицины кафедры восстановительной медицины, спортивной медицины, курортологии и физиотерапии с курсом сестринского дела, руководитель Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Балакин Евгений Игоревич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник Лаборатории больших данных и прецизионной восстановительной медицины Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Политова Светлана Павловна – канд. психол. наук, доцент, старший научный сотрудник Лаборатории комбинированных и радиационных поражений Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Юрку Наталья Николаевна – младший научный сотрудник Лаборатории больших данных и прецизионной восстановительной медицины Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Царев Алексей Николаевич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник Лаборатории комбинированных и радиационных поражений Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Симагова Таисия Дмитриевна – заведующий Комплексным врачебным здравпунктом III уровня – врач-терапевт, врач по медико-социальной экспертизе ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Самодумова Елизавета Вячеславовна – главный специалист Отдела клинической и радиационной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Предисловие

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

Тщательный отбор и контроль психофизиологических параметров сотрудников с использованием аппаратных и иных диагностических методик, своевременная коррекция выявленных нарушений, а также формирование у них высокой толерантности к стрессу в процессе профессиональной подготовки составляют основу обеспечения безопасных условий труда и относятся к наиболее важным прикладным задачам практической медицины и психологии.

Наглядным примером специалистов опасных профессий, осуществляющих свою деятельность в условиях, связанных с риском для жизни, являются военнослужащие и сотрудники силовых ведомств. 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.

В настоящей книге 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 представителей гражданских специальностей.

Введение

Боевой и служебный стресс сопровождает любую деятельность, где военнослужащий сталкивается с угрозой жизни, необходимостью действовать в условиях неопределённости и ответственностью за других людей. В современных конфликтах и в повседневной боевой подготовке это не эпизодическое явление, а постоянный фон, на котором принимаются решения, выполняются приказы, формируется мотивация и складываются отношения в коллективе.

Стрессовая нагрузка сегодня определяется не только непосредственным воздействием огня противника или риском ранения. К ней добавляются длительное нахождение в нестабильной обстановке, высокая плотность задач, информационное давление, морально сложные ситуации, связанные с выбором между альтернативно неблагоприятными решениями.

При недостаточном управлении этими факторами возрастает риск дезадаптации, снижается устойчивость личного состава, растёт число ошибок, конфликтов, нарушений дисциплины. Нарастает потребность в медицинской и психологической помощи, увеличивается нагрузка на систему реабилитации, страдает боеспособность подразделений и частей.

Место книги в системе нормативных документов

Работа опирается на действующие руководящие документы, регламентирующие деятельность психологической службы, систему психопрофилактики, психофизиологическое сопровождение и психолого-психиатрическую помощь личному составу. В них определены задачи, уровни помощи, порядок организации мероприятий, распределение ответственности между командирами, психологами и медицинскими специалистами.

Книга опирается на действующие руководящие документы Министерства обороны Российской Федерации, регламентирующие деятельность психологической службы,

психопрофилактику, психофизиологическое обеспечение и психолого-психиатрическое сопровождение личного состава. Она не подменяет эти документы и не вступает с ними в противоречие, а служит их научно-методическим дополнением и конкретизацией. Её задача – развернуть заложенные в них положения в форму целостной научно-практической системы, пригодной для повседневной работы специалистов. В центре внимания не юридическая формулировка требований, а их реализация через конкретные алгоритмы оценки состояния, выбора вмешательства и организации маршрута военнослужащего.

В этом смысле книга выполняет функцию научно-методического расширения нормативной базы. Она уточняет и детализирует то, что в приказах обозначено общими формулировками, предлагает клинико- и доказательно ориентированные подходы к профилактике, диагностике, помощи и реабилитации, не выходя за рамки существующих полномочий психологической и медицинской службы.

Цель и задачи книги

Цель книги – сформировать целостную систему понимания и практического ведения боевого и служебного стресса в Вооружённых Силах: от механизмов возникновения и факторов риска до организации поэтапной психологической и медицинской помощи и реабилитации.

Для достижения этой цели решаются несколько взаимосвязанных задач. Во-первых, описать структуру боевого и служебного стресса как непрерывный ряд состояний – выраженных расстройств, требующих специализированной помощи. Во-вторых, предложить практические подходы к профилактике, раннему выявлению, поддержке и восстановлению военнослужащих, которые согласуются с действующей нормативной моделью, но опираются на современные данные клинической психологии, психофизиологии и восстановительной медицины.

Книга задумана как учебное пособие и одновременно как практическое руководство. Она должна быть одинаково пригодна и для подготовки и повышения квалификации

специалистов, и для решения конкретных задач в части, подразделении, медицинской организации или учебном заведении.

Ожидаемые практические эффекты

Рассматриваемая система работы со стрессом имеет не только теоретическое, но и прикладное назначение. Предполагается, что использование книги позволит повысить результативность профилактических мероприятий, направленных на снижение стресс-индуцированных нарушений у личного состава, за счёт более точного учёта факторов риска и ранних признаков дезадаптации.

Ожидается уменьшение частоты тяжёлых форм дезадаптации, нарушений дисциплины и служебного поведения, снижение потребности в длительных и дорогостоящих реабилитационных мероприятиях. Одновременно должна повыситься эффективность уже проводимой реабилитации за счёт более чёткой маршрутизации военнослужащих, применения стандартизированных методов оценки состояния и комплексных программ восстановления.

Отдельная задача – улучшение взаимодействия между командирами, психологами и медицинскими работниками. Чёткое распределение ролей, единый понятийный аппарат, согласованные алгоритмы принятия решений позволяют избежать дублирования функций, снизить вероятность «потери» проблемного военнослужащего на одном из этапов и обеспечить преемственность помощи.

Целевая аудитория

Основными адресатами книги являются военные психологи, работающие в частях, соединениях, военных образовательных организациях. Для них особую ценность представляют диагностические и коррекционные алгоритмы, схемы психопрофилактических программ, критерии оценки эффективности работы с личным составом на разных этапах службы и боевого применения.

Врачи и фельдшеры, включая специалистов в области психиатрии, психотерапии и восстановительной медицины, найдут в книге материалы по клиническим аспектам стресс-

индуцированных состояний, принципам взаимодействия с психологами, вариантам построения комплексных программ лечения и реабилитации с учётом требований службы.

Командирам подразделений и штабным офицерам книга предоставляет ориентиры для оценки состояния подчинённых, планирования мероприятий по сохранению психического здоровья, организации взаимодействия с психологической и медицинской службой. Отдельные разделы посвящены вопросам принятия решений в отношении военнослужащих с признаками дезадаптации.

Преподавателям и научным сотрудникам в области военной психологии и медицины книга может служить основой для учебных курсов, спецсеминаров и исследовательских проектов, связанных с проблемой боевого и служебного стресса, а также с оценкой эффективности различных моделей сопровождения.

Наконец, организаторы медицинской и психологической службы могут использовать предложенные схемы и алгоритмы как ориентир при планировании системы мероприятий на уровне соединения, объединения, ведомства, увязывая их с действующими нормативными документами и ресурсными возможностями.

Краткое описание структуры и логики книги

В первой части рассматриваются теоретические основы боевого и служебного стресса. Описываются психофизиологические и биохимические механизмы стресс-реакций, выделяются ключевые факторы риска и формы проявления стресса на поведенческом и клиническом уровне. Это создаёт понятийный каркас, необходимый для осмысленной работы с личным составом, а не только для выполнения формальных требований.

Далее представлены разделы, касающиеся стадий развития стресса, закономерностей перехода от адаптации к дезадаптации, типичных сценариев поведения военнослужащих в боевых и служебных ситуациях. На материале этих

разделов строятся критерии раннего распознавания неблагоприятных тенденций, подбираются методы скрининга и наблюдения на уровне подразделений.

Следующий блок посвящён организации системы психологического и психофизиологического сопровождения. На основе действующих приказов и инструкций описываются уровни помощи, распределение функций между службами, маршрутизация военнослужащих в зависимости от степени выраженности нарушений. В этих же главах предложены алгоритмы действий для командиров, психологов и медицинских специалистов в типичных ситуациях.

Отдельная часть книги посвящена вопросам реабилитации и длительного наблюдения. Рассматриваются варианты краткосрочного восстановления после напряжённых задач, более продолжительные программы при выраженных стресс-индуцированных расстройствах, принципы взаимодействия с семьёй и социальным окружением.

Завершающие разделы включают обзор зарубежного опыта работы с боевым стрессом и его адаптацию к отечественной системе, а также приложения с диагностическими шкалами, опросниками, примерными планами тренингов и психопросветительских занятий. Эти материалы позволяют перейти от понимания механизмов стресса и общих принципов организации помощи к конкретным инструментам, которые могут использоваться в повседневной работе.

Требования к уровню освоения дисциплины

Если книга используется как учебное пособие в составе курсов по психологии стресса, психологии боевого и служебного стресса, психопрофилактике и психофизиологическому обеспечению, то требования к уровню освоения дисциплины задают ориентиры подготовки военнослужащих, командиров, военных психологов и врачей, вовлечённых в

организацию и обеспечение боевой и служебной деятельности. Они определяют, какими знаниями и умениями должен обладать обучающийся к завершению курса, чтобы психологическая подготовка и сопровождение были встроены в практику службы, а не сводились к набору разрозненных теоретических сведений. Под уровнем освоения понимается степень сформированности профессионально значимых знаний и навыков, а также готовность применять их в реальных и учебно-боевых условиях. Обучающийся должен разбираться в основных понятиях психологической подготовки, знать закономерности боевого и служебного стресса, типичные психические реакции военнослужащих на разных этапах службы и боевых действий, понимать структуру психофизиологического сопровождения и роли командира, психолога, врача и самого военнослужащего в обеспечении устойчивости и восстановления.

Требования к знаниям

К завершению изучения дисциплины обучающийся должен:

- знать основные понятия и категории, описывающие боевой и служебный стресс, его источники, стадии развития и возможные последствия для личности и воинского коллектива;
- понимать место психологической подготовки и психофизиологического сопровождения в системе общевоинской подготовки и обеспечения боевой деятельности;
- знать задачи и функции ключевых участников системы («командир – психолог – врач – военнослужащий») в профилактике, раннем выявлении, помощи и реабилитации при стресс-индуцированных состояниях;
- ориентироваться в основных формах психопрофилактических мероприятий, тренингов, инструктажей и разборов, применяемых в части и на учениях.

Связь между разделами дисциплины и соответствующими требованиями к знаниям представлена в таблице, что позволяет напрямую увязать темы курса с формируемыми результатами обучения (таблица 1).

Таблица 1 – Связь разделов дисциплины и результатов обучения

Раздел дисциплины	Основные знания (обучающийся должен знать)	Основные умения (обучающийся должен уметь)	Практические навыки / типовые действия
Понятие боевого и служебного стресса	Определения боевого и служебного стресса, их источники, общие закономерности развития, отличие нормальных стресс-реакций от дезадаптации и расстройств	Распознавать основные проявления стресса у военнослужащих по описанию ситуации и наблюдаемому поведению	Кратко объяснять военнослужащим суть боевого и служебного стресса доступным языком; формировать первичные выводы о влиянии стресса на выполнение задач
Факторы риска и условия деятельности	Классификацию факторов риска: боевые, организационные, индивидуальные-психологические; их роль в развитии стресс-индуцированных нарушений	Анализировать условия службы и боевой подготовки с позиции наличия / отсутствия факторов риска; выделять группы повышенного риска	Составлять простые схемы факторов риска для конкретного подразделения; предлагать командиру и психологу меры по их снижению
Психические реакции и стадии развития стресса	Типичные эмоциональные, когнитивные, поведенческие и соматические реакции на стресс; стадии от адаптации до дезадаптации и расстройств	Соотносить наблюдаемое состояние военнослужащего с возможной стадией развития стресса; оценивать динамику состояния в ходе службы и учений	Использовать результаты наблюдения для выбора формы воздействия (беседа, инструктаж, направление к специалисту, изменение режима)

Раздел дисциплины	Основные знания (обучающийся должен знать)	Основные умения (обучающийся должен уметь)	Практические навыки / типовые действия
Основы психологической подготовки	Цели и задачи психологической подготовки, её место в общей системе подготовки личного состава	Планировать участие в проведении занятий по психологической подготовке с учётом задач подразделения	Подготавливать и проводить отдельные элементы занятий (инструктаж, разбор ситуаций, обсуждение опыта)
Организация психологического сопровождения	Структуру психологического сопровождения, роль командира, психолога, врача и самого военнослужащего в обеспечении устойчивости и восстановления	Учитывать данные о состоянии личного состава при планировании нагрузки и распределении задач; взаимодействовать с психологом и медицинской службой	Участвовать в реализации мероприятий сопровождения на своём уровне (наблюдение, информирование, выполнение рекомендаций специалистов)
Профилактика стресс- индуцированных нарушений	Основные виды и формы психологических мероприятий в части и на учениях	Отбирать и использовать простые профилактические приёмы и упражнения в повседневной деятельности и подготовке	Организовывать и поддерживать выполнение базовых профилактических мероприятий в подразделении (режим, информирование, поддержка, тренировка устойчивости)

Раздел дисциплины	Основные знания (обучающийся должен знать)	Основные умения (обучающийся должен уметь)	Практические навыки / типовые действия
Методы психологической саморегуляции и самопомощи	Основные приёмы саморегуляции (дыхательные техники, мысленная релаксация, концентрация внимания и др.), показания и ограничения их применения	Выбирать и применять адекватные методы саморегуляции в зависимости от ситуации и индивидуальных особенностей	Проводить простое обучение военнослужащих базовым приёмам самопомощи, контролировать правильность их выполнения
Действия при острых стрессовых реакциях	Общие принципы оказания психической помощи, признаки состояний, требующих немедленного вмешательства или направления к специалисту	Оценивать срочность ситуации, определять необходимость привлечение психолога или врача, соблюдать основные правила общения с военнослужащим в кризисе	Выполнять простые алгоритмы действий при острых стрессовых реакциях в рамках своей компетенции (обеспечение безопасности, поддержка, информирование командования)
Реабилитация и восстановление	Основные подходы к восстановлению после интенсивных нагрузок и боевого применения, уровни реабилитационной помощи	Учитывать этап реабилитации при планировании участия военнослужащего в служебной деятельности и занятиях	Реализовывать рекомендации по режиму, нагрузке и поддержке военнослужащих, проходящих восстановление, и своевременно доводить информацию до специалистов

Раздел дисциплины	Основные знания (обучающийся должен знать)	Основные умения (обучающийся должен уметь)	Практические навыки / типовые действия
Взаимодействие «командир – психолог – врач – военно-служащий»	Принципы распределения ответственности и информации между участниками системы, основные каналы и формы взаимодействия	Налаживать рабочее взаимодействие с психологом и медицинскими работниками, корректно использовать результаты исследований и рекомендаций	Поддерживать конструктивное общение с военнослужащими, своевременно сообщать о проблемах по линии подчинённости, участвовать в реализации согласованных решений

Требования к умениям

Требуемый уровень умений включает:

- способность анализировать психологическую обстановку в подразделении, выделять признаки напряжения, утомления, дезадаптации и связывать их с условиями деятельности, режимом и организацией службы;
- умение использовать базовые методы психологической саморегуляции и обучения устойчивому поведению под нагрузкой, подбирать упражнения и приёмы для занятий, повседневной деятельности и периода боевого применения;
- участие в планировании и проведении мероприятий психологической подготовки с учётом задач конкретного подразделения, особенностей его личного состава и данных о состоянии военнослужащих;
- умение соотносить наблюдаемые реакции с возможными вариантами дальнейших действий: информирование командира, направление к психологу или врачу, изменение режима или характера нагрузки.

Требования к навыкам применения и взаимодействия

Ключевым элементом уровня освоения становится способность переводить теоретические модели в конкретные решения в служебной практике. Это проявляется в выборе формы воздействия: краткий инструктаж перед выполнением задачи, групповое занятие, детальный разбор служебной ситуации, тренировка навыков устойчивого поведения под нагрузкой, поддерживающая беседа с военнослужащим. Обучающийся должен демонстрировать готовность изменять характер психолого-педагогического воздействия в зависимости от динамики состояния личного состава и развития обстановки.

Отдельный блок требований касается навыков взаимодействия в системе «командир – психолог – врач – военнослужащий». Освоивший дисциплину специалист должен:

- уметь использовать результаты психологических исследований в интересах планирования службы и подготовки;
- учитывать медицинские ограничения и рекомендации, согласовывать свои действия с командиром и медицинской службой;
- владеть приёмами конструктивного общения с военнослужащими, включая краткие беседы, разъяснение возможных психических реакций на стресс и доступных средств восстановления, поддерживающие высказывания и поощрение обращения за помощью при необходимости.

Эти требования также удобно описывать через связку «раздел дисциплины – формируемые компетенции – типовые действия специалиста», что представлено в таблице 1.

Итоговое требование

В целом требования к уровню освоения дисциплины предполагают сформированность у обучающегося стройной системы знаний о психологии боевого и служебного стресса, комплекса практических умений по организации и проведению психологической подготовки, а также готовности применять их при решении типичных и нестандартных задач службы и боевой деятельности.

Теоретические основы боевого и служебного стресса

Базовые понятия

Стресс в контексте военной службы – это совокупность изменений в организме и психике, возникающих в ответ на значимые для военнослужащего воздействия обстановки, требующие мобилизации ресурсов и изменения привычного способа действий. Для него характерны перераспределение внимания, изменение скорости и точности движений, колебания эмоционального фона, сдвиги в работе сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем. Общая взаимосвязь уровня активации и эффективности деятельности представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 – Оптимальный баланс активации вегетативной нервной системы и эффективности деятельности

Боевым стрессом называют форму стрессового реагирования, возникающую при непосредственной или ожидаемой угрозе жизни, здоровью, целостности подразделения при

выполнении боевых задач. Это ситуация, когда военнослужащий действует под риском поражения, при наличии потерь, ограниченности времени и информации. Для боевого стресса типичны резкие колебания уровня возбуждения, чередование периодов чрезмерной мобилизации и истощения, изменение отношения к риску и опасности. Различные уровни боевого и служебного стресса и соответствующие им психофизиологические эффекты отражены на рисунке 2.

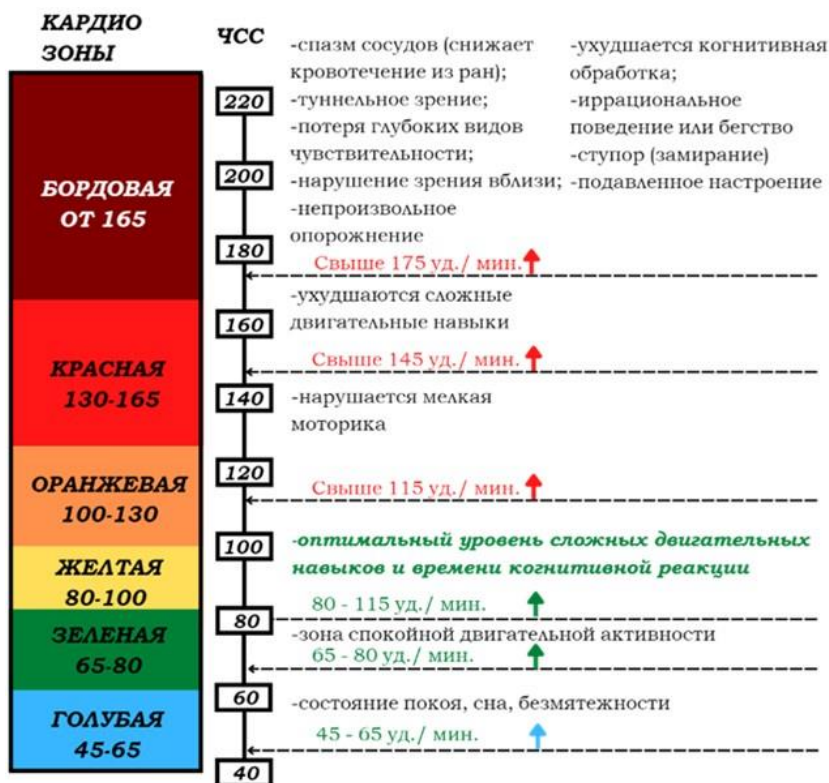


Рисунок 2 – Уровни БСС с соответствующими им сердечным ритмом и психофизиологическими эффектами

Служебный стресс связан с длительным воздействием организационных и социальных факторов военной службы. Это напряжённые графики несения службы, ответственное дежурство, проверки, несогласованность требований, недостаток ресурсов, конфликтные отношения в коллективе. В этом случае нагрузка может быть менее острой, чем в боевой обстановке, но она сохраняется длительно и накапливается, постепенно истощая адаптационные возможности.

Под стресс-реакцией понимается конкретная ответная динамика состояния военнослужащего на воздействие стрессора: изменение частоты сердечных сокращений, мышечного тонуса, скорости мыслительных процессов, эмоционального фона, мотивации и поведения. Одна и та же обстановка у разных людей может вызывать различные стресс-реакции: от мобилизации и повышенной собранности до растерянности и двигательного ступора.

Дистресс – вариант стрессового состояния, при котором воздействие оказывается чрезмерным по силе или длительности и приводит к нарушению адаптации. В условиях военной службы дистресс проявляется в устойчивом снижении работоспособности, росте числа ошибок, появлении нарушений сна, раздражительности, истощении эмоциональных и физических ресурсов.

Адаптация – процесс и результат приспособления организма и психики к требованиям службы и боевых действий. При успешной адаптации военнослужащий сохраняет способность выполнять задачи, контролировать своё поведение и восстанавливаться между нагрузками.

Дезадаптация – состояние, при котором механизмы приспособления перестают обеспечивать эффективное выполнение служебных задач и удовлетворительное самочувствие. При дезадаптации снижается устойчивость к нагрузкам, нарушается дисциплина, ухудшаются отношения в коллективе, возрастает потребность во внешней помощи.

Стресс-индуцированные расстройства – это психические и поведенческие нарушения, возникающие на фоне или вследствие длительного или чрезвычайно интенсивного

стрессового воздействия. К ним относятся острые стрессовые реакции, посттравматическое стрессовое расстройство, тревожные и депрессивные расстройства, отдельные формы поведенческих нарушений (злоупотребление психоактивными веществами, агрессивное поведение, резкое социальное отстранение и др.). В отличие от кратковременных реакций, эти состояния имеют тенденцию к стойкости и требуют специализированной помощи.

В дальнейшем эти термины используются в книге в приведённом выше значении. Более общие выражения вроде «нервное напряжение», «перегрузка», «срыв» применяются только как пояснительные, без подмены основных понятий.

Психофизиологические механизмы стресса

Психофизиологическая основа стресса связана с изменением работы центральной нервной системы и систем регуляции. При поступлении информации об угрозе или значимом изменении обстановки активизируются структуры, отвечающие за оценку ситуации и запуск реакций мобилизации: усиливается работа областей мозга, связанных с вниманием, ориентировкой, принятием быстрых решений. Обобщённое представление о связи уровня стресса и производительности деятельности приведено на рисунке 3.

Важную роль играет вегетативная регуляция. Увеличение активности симпатического отдела сопровождается учащением сердцебиения, повышением артериального давления, усилением мышечного тонуса, ускорением дыхания, изменением перераспределения крови в пользу работающих мышц. Это позволяет в короткий срок подготовить организм к интенсивным действиям. На уровне поведения это проявляется в готовности к резким движениям, повышенной реактивности, иногда – в чрезмерной поспешности.

Объединенная модель стресса и производительности*

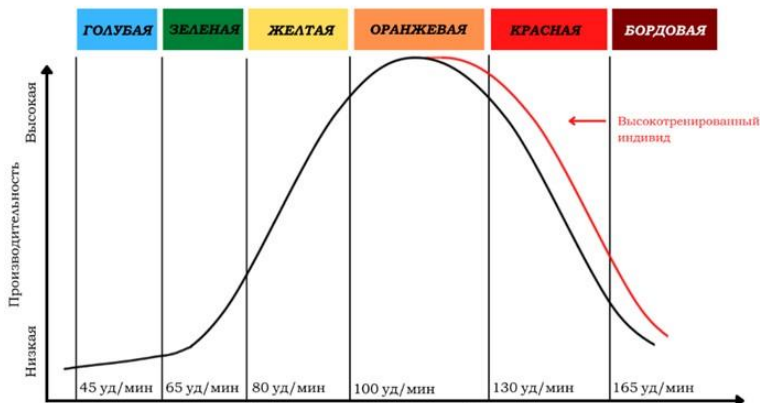


Рисунок 3 – Объединенная модель стресса и производительности (по Гроссману 2004 г. в модификации автора)

Система «бодрствование – сон» также вовлекается в стресс-реакцию. На первом этапе характерно укорочение сна, поверхностный сон, частые пробуждения, трудности засыпания. В краткосрочном периоде это может восприниматься как «дополнительные часы на подготовку». При длительном сохранении нарушений сна снижается способность к концентрации внимания, ухудшается память, растёт раздражительность и утомляемость.

Механизм мобилизации и последующего истощения имеет принципиальное значение для понимания поведения военнослужащего. Вначале стресс ведёт к усилению внимания, ускорению реакции, росту краткосрочной работоспособности. Если нагрузка оказывается слишком длительной или возможности восстановления ограничены, наступает стадия истощения: внимание рассеивается, скорость обработки информации падает, возрастает количество ошибок, снижается интерес к служебным задачам. Графическое представление зон оптимальной и избыточной активации, а также связанных с ними изменений эффективности, дано на рисунках 1 и 3.

В служебном поведении это выражается в изменении привычного стиля работы. На этапе мобилизации военно-служащий может становиться более собранным, менее склонным к отвлечениям, более требовательным к себе и другим. По мере истощения появляются забывчивость, «мелкие» нарушения дисциплины, утрата инициативы, формальное отношение к приказам. Важно, что внешне это часто расценивается как «леность» или «равнодушие», хотя в основе лежит естественное истощение адаптационных ресурсов.

Часть этих механизмов может быть оценена в повседневной практике. Командир и психолог реально способны наблюдать изменения во времени реакции, устойчивости внимания, точности действий, переключаемости, качества сна. Более углублённая оценка возможна с использованием методов психофизиологического мониторинга, представленных в приложениях 4–6 и 8 (объёмная компрессионная осциллометрия, анализ вариабельности сердечного ритма, электроэнцефалография, биологическая обратная связь). Остальные нейрофизиологические механизмы в данной главе рассматриваются как пояснительные и не предполагают рутинной диагностики в условиях воинской части.

Отдельные высокотехнологичные методы (VR–терапия, гипоксическая тренировка, гипербарическая оксигенация, тепловая акклиматизация, криотерапия), описанные в приложениях 9–12, относятся к специализированным уровням реабилитации и в рамках этой главы упоминаются как пример расширения возможностей системы медицинской и психологической помощи.

Биохимические и нейроэндокринные процессы

Стресс-реакция опирается на скоординированные изменения в гормональных и биохимических системах организма. Ведущая роль принадлежит гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе и регуляции выброса катехоламинов и глюкокортикоидов. Усиление активности

этих систем обеспечивает быстрый переход организма в режим повышенной готовности, увеличивает доступность энергетических ресурсов, меняет чувствительность нервных структур к внешним и внутренним сигналам.

Повышение уровня гормонов стресса сопровождается субъективным чувством напряжения, внутренней взвинченности, иногда – ощущением «избыточной энергии». В краткосрочном плане это может способствовать выполнению сложных задач в дефиците времени. При длительном воздействии высоких уровней гормонов развивается утомление, ухудшается восстановление после нагрузки, появляются нарушения сна, снижается устойчивость настроения.

На уровне психического состояния это выражается в повышенной тревожности, склонности к навязчивому прокручиванию событий, усилении ожидания неблагоприятного исхода. Возникают эпизоды раздражительности, резких колебаний настроения, иногда – периодов эмоционального «онемения», когда на значимые события почти не возникает отклика.

Соматические проявления включают головные боли напряжения, ощущения тяжести в мышцах, нарушения пищеварения, изменение аппетита, эпизодические боли без ясной органической причины. В контексте военной службы эти жалобы нередко воспринимаются как второстепенные, хотя по совокупности они являются важным индикатором перегрузки.

Часть нейроэндокринных параметров может оцениваться только в условиях специализированных медицинских учреждений и используется для уточнения диагноза или контроля эффективности лечения. В повседневной практике психологической и командирской работы эти процессы учитываются опосредованно – через наблюдение за жалобами, сном, уровнем утомляемости, восстановлением после нагрузок. Для целей данной книги биохимическое описание ограничивается тем объёмом, который необходим для понимания связи между длительным стрессом и развитием тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств.

Последовательный ряд состояний от нормы к патологии

Для практики важно рассматривать боевой и служебный стресс как переход от физиологических адаптационных реакций к состояниям напряжённой адаптации, дезадаптации и далее к клинически оформленным расстройствам. Это не скачкообразный процесс, а постепенно нарастающее изменение, в котором можно выделить несколько уровней. Сводное представление об этапах развития боевого и служебного стресса и основных мероприятиях, проводимых на каждом из них, приведено в таблице 2.

Физиологический стресс и адаптационные реакции. На этом уровне реакции остаются в границах нормы. Военнослужащий испытывает напряжение перед ответственными задачами, у него учащается сердцебиение, немного меняется сон, повышается внимательность к деталям. При этом он сохраняет контроль над поведением, способен оценивать ситуацию, выполнять приказы, восстанавливается после нагрузки в разумные сроки. На данном этапе вмешательство ограничивается рациональной организацией режима, поддержкой, нормальной обратной связью со стороны командиров и коллег.

Напряжённая адаптация. Нагрузка приближается к предельной для данного военнослужащего. Сохраняется выполнение задач, но появляются признаки перегрузки: засыпание затруднено, сон становится отрывистым, возникают эпизоды раздражительности, снижается терпимость к мелким неудобствам, усиливается утомление. В служебной деятельности растёт количество мелких ошибок, требуется больше времени на принятие решения, иногда наблюдается «застревание» на несущественных деталях. На этом уровне необходимы меры по корректировке режима, перераспределению нагрузки, целенаправленное использование методов саморегуляции и поддержки; варианты таких мероприятий также отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Этапы развития боевого и служебного стресса и основные мероприятия помощи

Этап состояния	Основные признаки	Цель действий	Уровень подразделения	Уровень психолога	Уровень медицинской службы
Физиологический стресс, адаптационные реакции	Напряжение перед за- дачей, учащение пульса, кратковремен- ные нарушения сна, повышение вниматель- ности, сохранение кон- троля и работоспособ- ности	Поддержать адаптацию, не допустить нара- щивания нагрузки сверх возможностей	Чёткая поста- новка задач, реа- листичные сроки, поддер- живающая об- ратная связь, со- блюдеение ре- жима отдыха	При наличии пси- холога – короткие разъяснения нор- мальности реак- ций, обучение ба- зовым приёмам саморегуляции	Не требуется, при отсутствии жалоб медицинского ха- рактера
Напряжённая адаптация	Устойчивое недосыпа- ние, раздражитель- ность, утомляемость, рост числа мелких ошибок, снижение тер- пимости, «застрева- ние» на деталях	Снизить пере- грузку, уско- рить восстано- вление, предот- вратить деза- даптацию	Коррекция ре- жима и нагрузки, пере- распределение задач, назначе- ние короткого	Скрининг состоя- ния, подбор и обу- чение методом са- морегуляции, ре- комендации по ре- жиму, наблюдение в динамике	Консультация фельдшера / врача при соматических жалобах, решеа- емых на месте

Этап состояния	Основные признаки	Цель действий	Уровень подразделения	Уровень психолога	Уровень медицинской службы
			отдыха, индивиду- альные бе- седы командира		
Дезадаптация	Стойкие нарушения сна, выраженное сни- жение работоспособно- сти, существенные ошибки, нарушения дисциплины, кон- фликты, выраженная тревога, снижение мо- тивации	Остановить углубление нарушений, своевременно направить к специалистам	Фиксация при- знаков, времен- ное снижение нагрузки по воз- можности, ис- ключение особо ответственных задач, информи- рование психо- лога и мед- службы	Индивидуальная диагностика, кон- сультирование, формирование плана поддержки, решение о необхо- димости медицин- ского осмотра	Осмотр врача, при необходимости направление в профильное под- разделение/госпи- таль, решение во- проса о временном ограничении слу- жебной деятельно- сти

Этап состояния	Основные признаки	Цель действий	Уровень подразделения	Уровень психолога	Уровень медицинской службы
Клинически оформленные расстройствa	Навязчивые воспомина- ния, приступы па- ники, выраженная тре- вога или депрессия, трусобы нарушения сна, злоупотребление ПАВ, тяжёлые соматические жалобы без органики, нарушение социаль- ного и служебного функционирования	Обеспечить безопасность, организовать специализиро- ванную по- мощь, опреде- лить дальней- шую служеб- ную перспек- тиву	Исключение из опасных видов деятельности, обеспечение со- провождения, поддержка в рамках компе- тенции, соблю- дение конфиден- циальности	Сбор данных о ди- намике состояния, взаимодействие с медслужбой, ин- формирование ко- мандира о реко- мендациях врача (без раскрытия лишней информа- ции)	Обследование психиатром / пси- хотерапевтом, по- становка диагноза, госпитализация или амбулаторное лечение, решение вопроса о годно- сти к службе

Дезадаптация. Механизмы компенсации перестают обеспечивать удовлетворительный уровень функционирования. Нарушения сна становятся стойкими, работоспособность заметно снижена, увеличивается число существенных ошибок; возникают нарушения дисциплины, ухудшаются отношения в подразделении. Появляются эпизоды выраженной тревоги, ощущение бессмысленности происходящего, снижение мотивации к службе. В этом состоянии уже требуется участие специалиста: психолога, а при наличии клинических симптомов – врача.

Клинически оформленные расстройства. На этом уровне появляются или усиливаются симптомы, позволяющие говорить о развитии острых стрессовых реакций, посттравматического стрессового расстройства, тревожных, депрессивных или иных психических расстройств. Нарушения затрагивают не только служебную деятельность, но и повседневную жизнь: человек утрачивает интерес к прежним занятиям, избегает общения, его поведение становится непоследовательным, появляются навязчивые воспоминания, ночные кошмары, эпизоды паники, выраженные соматические жалобы. Решение о дальнейшей службе, объёме и форме помощи на этом этапе принимается только с участием медицинских специалистов, в установленном порядке.

Для каждого описанного уровня могут быть обозначены ориентиры для практических действий. На стадии адаптационных реакций достаточно грамотного руководства, реалистичных требований и базовых элементов психологической подготовки. На уровне напряжённой адаптации требуются адресные профилактические мероприятия: пересмотр нагрузки, поддерживающие беседы, обучение методам саморегуляции, внимание к режиму сна и восстановления. При признаках дезадаптации приоритетом становится своевременное направление к психологу и, при необходимости, к врачу, с фиксацией наблюдаемых изменений. При клинически выраженных расстройствах основной объём помощи переходит к медицинской службе, а командиры и психологи

обеспечивают выполнение рекомендаций специалистов, поддерживают военнослужащего в рамках своей компетенции.

Часть описанной последовательности может оцениваться на уровне подразделения обычным наблюдением и беседой. Другие элементы (диагностика психических расстройств, решение вопроса о годности к службе) выходят за рамки психологической и командирской компетенции и требуют участия врача. В тексте книги эти границы оговариваются отдельно, чтобы избежать смешения уровней ответственности.

Факторы риска и структура боевого и служебного стресса

Общие положения о факторах риска

В условиях военной службы одной лишь характеристики обстановки обычно недостаточно, чтобы объяснить, почему у одних военнослужащих формируются выраженные стресс-индуцированные нарушения, а у других – нет. Важную роль играет совокупность факторов риска, то есть условий, повышающих вероятность дезадаптации и развития психических и поведенческих расстройств, но не определяющих их неизбежно.

Фактор риска в контексте боевого и служебного стресса – это особенность обстановки, организации службы или самого военнослужащего, которая делает более вероятным неблагоприятное развитие стресс-реакций. Наличие одного или нескольких таких факторов не означает, что у человека обязательно разовьётся расстройство. Это лишь указывает на необходимость более внимательного наблюдения, грамотной подготовки и своевременных профилактических мер.

Часть факторов может быть изменена или ослаблена усилиями командования, психологической и медицинской служб. Такие факторы называют модифицируемыми. К другим отнести изменения невозможно или крайне затруднительно. Это немодифицируемые факторы – возраст, отдельные особенности боевого опыта, некоторые врождённые свойства нервной системы. Для практики важно различать эти группы, чтобы не тратить ресурсы на то, что не поддаётся коррекции, и сосредоточиться на реально управляемых условиях.

Группой повышенного риска называют объединение военнослужащих, для которых одновременно действуют несколько значимых факторов риска. К ним могут относиться лица с интенсивным боевым опытом в сочетании с неблагоприятной организацией службы и отсутствием социальной

поддержки, военнослужащие с хроническими заболеваниями, проходящие службу в особо напряжённых режимах, молодые пополнения, совмещающие адаптацию к службе с тяжёлой семейной ситуацией. Именно в этих группах вероятность дезадаптации и стресс-индуцированных расстройств выше, чем в среднем по подразделению.

Три уровня факторов риска

Факторы риска боевого и служебного стресса удобно рассматривать на трёх уровнях. Это боевые и служебные воздействия, организационно-служебные условия и индивидуально-психологические особенности военнослужащего.

К боевым и служебным воздействиям относятся характеристики самой деятельности. Угроза жизни и здоровью, частота и интенсивность боевых столкновений, потери среди личного состава, длительное нахождение под огнём, участие в эвакуации раненых, выполнение задач в условиях неопределённости обстановки – все эти элементы усиливают стрессовую нагрузку. Сюда же относятся напряжённые служебные задачи, не связанные с непосредственным боем, но требующие высокой концентрации и несущие большую ответственность, например, длительное дежурство на объектах повышенной опасности или работа с ответственными системами управления.

Организационно-служебные условия включают режим службы и отдыха, степень предсказуемости распорядка, ясность и однозначность приказов, обеспеченность личного состава, качество информационного обмена. Существенное значение имеет стиль командования, уровень доверия между командиром и подчинёнными, сплочённость подразделения, характер принимаемых решений при перегрузке людей. Одно и то же боевое воздействие при грамотной организации службы и при хаотичном управлении будет иметь разный эффект для психического состояния личного состава.

Индивидуально-психологические особенности военнослужащего дополняют картину. Личностные черты, пред-

шествующий жизненный и боевой опыт, уровень профессиональной и психологической подготовки, исходное состояние здоровья, наличие устойчивых ценностных ориентиров – всё это влияет на характер реагирования. Существенную роль играет и социальная поддержка. Человек, который знает, что на него опираются в подразделении и дома, обычно легче переносит ту же нагрузку, чем тот, кто проходит через службу в условиях одиночества или конфликта.

Для практики важно помнить, что ни один из этих уровней не действует изолированно. Реальный риск формируется на их пересечении. Высокая интенсивность боевых задач при хорошей организации и сплочённом коллективе переносится иначе, чем та же нагрузка на фоне дефицита управления и хронических конфликтов.

Модифицируемые и немодифицируемые факторы, группы повышенного риска

На каждом из трёх уровней можно выделить факторы, которые поддаются изменению, и те, которые нужно учитывать, но невозможно исправить силами подразделения.

К модифицируемым боевым и служебным факторам относятся, например, порядок ротации личного состава, организация смен при длительных дежурствах, обеспечение необходимыми средствами защиты, качество предварительной психологической подготовки к конкретным задачам. Нельзя отменить сам факт участия в боевых действиях, но можно влиять на длительность непрерывного пребывания в зоне высокой опасности, на своевременность замены личного состава, на полноту доведения информации о задаче и ожидаемых трудностях.

Среди организационно-служебных факторов к модифицируемым относятся режим труда и отдыха, степень подробности и понятности приказов, качество обратной связи, способ распределения нагрузки между военнослужащими, организация информационного поля подразделения. Корректировка этих параметров находится в зоне ответственности командования и в значительной мере определяет, станет

ли та же нагрузка переносимой или превратится в источник устойчивого дистресса.

В индивидуально-психологическом блоке к модифицируемым факторам относят уровень профессиональной и психологической подготовки, владение методами саморегуляции, сформированность навыков работы в команде, готовность обращаться за помощью. На эти элементы можно влиять с помощью целенаправленного обучения, тренингов, индивидуальной работы психолога.

Немодифицируемые факторы представлены возрастом, некоторыми особенностями нервной системы и характера, уже имевшим место боевым опытом с тяжёлыми последствиями, длительно протекающими соматическими заболеваниями. Эти параметры нельзя изменить, но их необходимо учитывать при отборе, расстановке, планировании нагрузки и при оценке динамики состояния.

Группы повышенного риска формируются при сочетании нескольких значимых факторов. Примером может служить военнослужащий с недавним тяжёлым боевым опытом, возвращённый в подразделение с высокой интенсивностью задач при отсутствии чёткой ротации и при этом находящийся в конфликтных отношениях в коллективе. Другой пример – молодое пополнение, впервые прибывшее в часть, где одновременно присутствуют высокие требования, дефицит времени на обучение, недостаток наставничества и нерешённые семейные проблемы у самого военнослужащего.

Выделение таких групп не преследует цель навесить ярлык. Оно необходимо для того, чтобы командир и психолог могли заранее планировать объём наблюдения и профилактических мероприятий, не дожидаясь выраженных признаков дезадаптации.

Сочетание уровней и практический скрининг

Реальный риск дезадаптации и стресс-индуцированных расстройств возникает не из отдельного фактора, а из их сочетания. Даже при высокой боевой нагрузке военнослужа-

щий с хорошей подготовкой, поддерживающим коллективом и адекватной организацией службы может сохранять адаптацию. В то же время умеренная нагрузка в неблагоприятных организационных условиях и при сложной личной ситуации может привести к выраженным нарушениям.

Для практического применения командиру и психологу необходим простой инструмент, позволяющий быстро оценить наличие и сочетание факторов риска. Такой инструмент реализован в виде таблицы 3, используемой при планировании службы, отборе на сложные задачи и целенаправленном наблюдении за личным составом.

Как видно из таблицы 3, сочетание боевых, организационных и индивидуальных факторов позволяет заранее выделить группы повышенного риска и наметить приоритетные профилактические меры. Важно, что с её помощью удаётся получать обозримую и в то же время практически применимую для реальной работы информацию, а не громоздкий перечень разрозненных факторов.

В завершение следует подчеркнуть, что описанные факторы риска определяют вероятность перехода от адаптации к дезадаптации и развитию стресс-индуцированных расстройств, но сами по себе не описывают, как именно меняется состояние военнослужащего и какие решения должны принимать командир, психолог и медицинский специалист на каждом этапе. Конкретные этапы этих состояний, их поведенческие и клинические проявления и соответствующие практические решения рассматриваются в следующей главе.

Таблица 3 – Факторы риска развития боевого и служебного стресса и ориентиры для психопрофилактики

Уровень факторов	Фактор риска	Модифицируемый / немодифицируемый	Кому важен для учёта	Возможные меры	Признаки, требующие внимания
Боевые и служебные воздействия	Частые выходы на боевые задачи с высокой угрозой поражения	Частично модифицируемый (режим, ротация)	Командир, психолог, организатор службы	Планирование ротации, распределение наиболее сложных задач, усиление подготовки, предварительные инструктажи и разбор возможных ситуаций	Нарастающая утомляемость, раздражительность, нарушения сна, рост числа ошибок при выполнении задач
Боевые и служебные воздействия	Длительные дежурства на ответственных постах с дефицитом отдыха	Модифицируемый	Командир, организатор службы	Пересмотр графиков, введение смен, обеспечение коротких периодов восстановления, контроль соблюдения режима	Жалобы на усталость, снижение внимания, пропуски сигналов, формальное выполнение обязанностей

Уровень факторов	Фактор риска	Модифицируемый / немодифицируемый	Кому важен для учёта	Возможные меры	Признаки, требующие внимания
Организационно-служебные условия	Нечёткие приказы, постоянная смена задач без достаточного объяснения	Модифицируемый	Командир, штаб, психолог	Повышение ясности приказов, выделение времени на вопросы, разъяснение целей и ожидаемых результатов, работа с обратной связью	Замешательство, вопросы «зачем», скрытое сопротивление, рост слухов и домыслов
Организационно-служебные условия	Конфликтный климат в подразделении, отсутствие поддержки	Модифицируемый	Командир, психолог	Работа с коллективом, разрешение конфликтов, назначение наставников, поощрение взаимопомощи	Изоляция отдельных военнослужащих, группирование по конфликтным линиям, частые жалобы на несправедливость

Уровень факторов	Фактор риска	Модифицируемый / немодифицируемый	Кому важен для учёта	Возможные меры	Признаки, требующие внимания
Индивидуально-психологические особенности	Недавний тяжёлый боевой опыт с угрозами	Немодифицируемый (факт опыта), частично модифицируемые последствия	Психолог, врач, командир	Индивидуальное наблюдение, поддерживающие беседы, при необходимости направление к специалисту, шадящее включение в задачи повышенного риска	Навязчивые воспоминания, избегание разговоров о боевых эпизодах, нарушения сна, вспышки раздражения
Индивидуально-психологические особенности	Отсутствие социальной под-держки, конфликт в семье	Частично модифицируемый	Психолог, командир	Индивидуальная работа, при возможности подключение семейных ресурсов, учёт ситуации при планировании нагрузки, рекомендации по обращению за помощью	Замкнутость, снижение интереса к службе, резкие колебания настроения, жалобы на бессмысленность происходящего

Этапы боевого и служебного стресса и их проявления

В предыдущей главе были рассмотрены факторы риска, повышающие вероятность неблагоприятного развития боевого и служебного стресса и задающие фон, на котором формируется индивидуальная реакция военнослужащего. В настоящей главе акцент переносится на динамику состояний: последовательный переход от сохранённой адаптации к дезадаптации и клиническим расстройствам, наблюдаемый в боевой и служебной обстановке.

Для удобства анализа и практического применения выделены четыре этапа, каждый из которых характеризуется типичными поведенческими, эмоциональными и функциональными признаками и предполагает различную тактику действий со стороны командира, психолога и медицинской службы.

Этапы боевого и служебного стресса

Сохранённая адаптация характеризуется тем, что военнослужащий сталкивается со значимой нагрузкой, но сохраняет способность эффективно действовать, восстанавливаться и контролировать своё поведение. Напряжение присутствует, однако реакция остаётся в пределах функциональной нормы.

Напряжённая адаптация возникает тогда, когда нагрузка приближается к пределу возможностей конкретного военнослужащего. Задачи по-прежнему выполняются, но для этого требуется значительно больше усилий, увеличивается время на восстановление, появляются первые устойчивые признаки перегрузки.

Дезадаптация означает, что привычные механизмы приспособления уже не обеспечивают удовлетворительный уровень функционирования. Нарушается сон, снижается ра-

ботоспособность, ухудшается дисциплина, возникают конфликты. Состояние начинает заметно мешать службе и взаимоотношениям в коллективе.

Клинически оформленные расстройства представляют собой стадию, на которой появляются или усиливаются симптомы, позволяющие говорить о наличии психических расстройств, связанных с боевым и служебным стрессом. Это могут быть острые стрессовые реакции, посттравматическое стрессовое расстройство, тревожные и депрессивные состояния и другие формы, требующие специализированной помощи.

Сводная характеристика этапов, типичного поведения и уровня работоспособности представлена в таблице 4 «Этапы боевого и служебного стресса, поведение и работоспособность». Она служит ориентиром для первичной оценки состояния военнослужащего и для выбора дальнейших действий.

Поведение и работоспособность на каждом этапе

На этапе сохранённой адаптации военнослужащий может испытывать волнение перед сложной задачей, проявлять повышенную сосредоточенность, внимательно относиться к деталям, быть более требовательным к себе и товарищам. Сон может немного меняться, но остаётся восстанавливающим. Работоспособность сохраняется на хорошем уровне, ошибки носят случайный характер и не выходят за обычные рамки. Командир и сослуживцы видят собранного, вовлечённого человека, который иногда жалуется на усталость, но в целом справляется с нагрузкой.

Напряжённая адаптация проявляется иначе. Появляются устойчивые трудности с засыпанием, сон становится поверхностным, не приносит прежнего восстановления. Усиливается раздражительность, снижается терпимость к мелким неудобствам, возрастает склонность к резким замечаниям. В служебной деятельности увеличивается число мелких ошибок, на принятие решений требуется больше времени, иногда военнослужащий «застревает» на несущественных деталях. Для командира это может выглядеть как

«выжатость», постоянная усталость, снижение инициативы при формальном выполнении приказов.

При дезадаптации изменения становятся более грубыми. Сон нарушен постоянно, военнослужащий может засыпать только под утро или просыпаться несколько раз за ночь. Работоспособность заметно падает, ошибки становятся существенными, страдает качество выполнения задач, учащаются нарушения дисциплины. Возможны конфликты с сослуживцами, спор с командованием, отказ от участия в отдельных видах деятельности. Эмоциональное состояние часто окрашено тревогой, ощущением бессмысленности происходящего, равнодушием к тому, что раньше имело значение.

Клинически оформленные расстройства сопровождаются выраженными нарушениями поведения и самочувствия. Могут появляться навязчивые воспоминания о боевых эпизодах, ночные кошмары, приступы паники, ярко выраженные депрессивные переживания. Военнослужащий утрачивает интерес к службе и прежним занятиям, избегает контактов, его поведение становится непоследовательным и трудно предсказуемым. Часто возникают жалобы на сильные соматические ощущения при отсутствии выраженной органической патологии.

Подробное описание особенностей поведения и работоспособности на каждом этапе, в удобной для практического применения форме, приведено в таблице 4. Она позволяет командиру и психологу сопоставить наблюдаемую картину с этапом стресса и уже на этом основании задуматься о необходимых мерах.

Таблица 4 – Этапы боевого и служебного стресса, поведение и работоспособность

Этап БСС	Характеристика состояния	Повеленческие признаки	Работоспособность	Действия командира	Действия психолога / врача
Относительная норма	Реакции соответствующую нагрузкам, есть эффективное восстановление	Стабильное поведение, соблюдение дисциплины, конструктивное общение	Высокая или достаточная, ошибки редки	Поддержание разумного режима, плановая подготовка	Плановые мероприятия, скрининг при необходимости
Напряжённая адаптация	Нагрузка выросла, ресурсы напряжены, но ещё компенсируются	Раздражительность, утомляемость, единичные конфликты, жалобы на недосып	Сохраняется, но растут мелкие ошибки	Коррекция режима, ротация, разбор ошибок, поддерживающая беседа	Краткое консультирование, обучение саморегуляции
Деадаптация	Ресурсы недостаточны, нарушается регуляция поведения	Частые ошибки, нарушения дисциплины, выраженные конфликты, изменения	Снижается, нестабильна, много сбоев	Снижение нагрузки, временное отстранение от ответственных задач, обязательное направление к специалистам	Диагностика, целенаправленные вмешательства, рекреационная терапия по служебным ограничениям

Признаки, требующие разной степени вмешательства

Не каждое проявление напряжения требует немедленного вмешательства со стороны медслужбы. Важно различать признаки, при которых достаточно наблюдения и коррекции режима, и признаки, которые служат сигналом к обязательному подключению психолога или врача.

Таблица 5 «Уровни проявлений боевого и служебного стресса и рекомендуемые маршруты помощи» структурирует эти сигналы по уровням. В ней представлены группы признаков, характерные для разных этапов стресса, а также указано, какой уровень реакции системы считается минимально необходимым.

К признакам, допускающим наблюдение и коррекцию режима силами командира и психолога, относятся кратковременное усиление усталости, умеренные нарушения сна, единичные эпизоды раздражительности, редкие ошибки при сохранённой ответственности за выполнение задач. В таких случаях достаточно временного снижения нагрузки, уточнения задач, поддержки со стороны командования и использования доступных методов саморегуляции.

Признаки, требующие обязательного подключения психолога, включают стойкое ухудшение сна, нарастающую тревожность, выраженное снижение мотивации, частые ошибки, изменение отношений в коллективе, появление признаков избегания служебных задач. Здесь уже нужно целенаправленное психологическое обследование, консультирование, возможно — формирование индивидуального плана поддержки.

Таблица 5 – Уровни проявлений боевого и служебного стресса и рекомендуемые маршруты помощи

Уровень проявлений	Конкретные признаки	Срок наблюдения в части	Маршрут помощи
Адаптивные реакции (Нормальный ответ на стресс)	Физическая усталость, желание много говорить о бое или молчать, временное снижение аппетита, легкий тремор рук (проходит после отдыха). Сон восстанавливается самостоятельно	Наблюдение не требуется (общий контроль командира)	Базовое восстановление в подразделении: горячая пища, сон 6–8 часов, душ/баня, общение с товарищами
Признаки напряжённой адаптации (Накопление утомления)	Раздражительность, вспыльчивость по мелочам, поверхностный сон с частыми пробуждениями, фиксации на ошибках («я виноват»), «туннельные» воспоминания. Снижение внимания	Мониторинг 1–3 суток	Беседа с психологом части. Временное освобождение от нарядов/боевых выходов. Короткий отдых, техники саморегуляции
Признаки дезадаптации (Срыв функционирования)	Агрессивные срывы, употребление алкоголя/ПАВ, глубокая апатия (безразличные к опасности/гигине), выраженные соматические боли без травм, отказ выполнять приказы.	Решение принимается в течение 24 часов	Отстранение от оружия и задач. Направление в медицинское подразделение (медроты). Консультация психиатра/невролога. Эвакуация при отсутствии динамики

Уровень проявлений	Конкретные признаки	Срок наблюдения в части	Маршрут помощи
Угрожающие состояния ния (Опасность для жизни)	Суицидальные высказывания или притомления, галлюцинации/бред, кататонический ступор (нет реакции на речь и боль), неконтролируемое насилие	Немедленная изоляция. Время наблюдения — 0 минут	Экстренная медицинская эвакуация под присмотром (сопровождение). Физическое ограничение при агрессии. Передача специалистам госпитального звена

Безусловным основанием для направления к врачу и, при необходимости, эвакуации являются эпизоды потери контроля над поведением, выраженные суицидальные высказывания, приступы паники с падением работоспособности, резкие поведенческие изменения с риском для самого военнослужащего и окружающих, тяжёлые соматические жалобы без ясной причины. В таких ситуациях медлить нельзя, ответственность за решение о характере помощи переходит к медицинскому специалисту.

Таблица 5 позволяет не смешивать эти уровни и служит опорой для того, чтобы командир и психолог не оставляли без внимания серьёзные сигналы и, в то же время, не перегружали медслужбу в случаях, когда достаточно организационных и психологических мер.

Мероприятия помощи и алгоритм принятия решений

Выбор конкретных мероприятий помощи при боевом и служебном стрессе зависит от сочетания этапа состояния и выраженности признаков. В таблице 6 поэтапно представлены основные группы действий, которыми располагают командиры, психологи и медицинская служба.

При сохранённой и напряжённой адаптации основное внимание уделяется поддерживающим мерам. Сюда входят рациональная организация режима труда и отдыха, своевременная ротация, чёткое планирование задач, поддерживающие беседы, обучение методам саморегуляции и взаимопомощи в подразделении. Эти мероприятия позволяют снизить перегрузку и предотвратить переход к дезадаптации.

При дезадаптации меры становятся более интенсивными.

Таблица 6 – Мероприятия помощи при боевом и служебном стрессе по этапам состояния

Этап состояния	Основная цель помощи	Действия командира и подразделения	Действия психолога	Действия медицинской службы	Особые замечания
Сохранённая адаптация	Поддерживать эффективную адаптацию, не допустить накопления перегрузки	Чёткая постановка задач; соблюдение режима труда и отдыха; плановая ротация; поддержка; поощрение взаимопомощи в подразделении	Психопросвещение о нормальных реакциях на стресс; обучение базовым приёмам саморегуляции; участие в планировании психологической подготовки	Не требуется при отсутствии соматических жалоб; участие в плановых осмотрах	Недопустимо игнорировать систематические жалобы на усталость и нарушения сна, списывая их на «капризы»
Напряжённая адаптация	Снизить перегрузку, восстановить ресурс, предупредить дезадаптацию	Временное снижение интенсивности задач при возможности; перераспределение нагрузки; предоставление кратких периодов отдыха; индивидуальные беседы с уточнением трудностей	Скрининг состояния; индивидуальные рекомендации по режиму и саморегуляции; краткие поддерживающие консультации; наблюдение в динамике	Осмотр при устойчивых соматических жалобах; простые назначения по показаниям (сон, боль, соматические симптомы)	Нежелательно оставлять военнослужащего в режиме «на пределе» без пересмотра нагрузки; нельзя использовать угрозы и

Этап состояния	Основная цель помощи	Действия командира и подразделения	Действия психолога	Действия медицинской службы	Особе замечания
					наказания как ос-новное средство воздействия
Дезадаптация	Остановить ухудшение, обеспечить безопасность и своевременное направление к специалистам	Ограничение участия в наиболее ответственных и опасных задачах; фиксации наиболее вредных нарушений; своевременное информирование психолога и медслужбы; поддержка позн-ция без давления	Более углублённая психологическая диагностика; оформление рекомендаций по служебному использованию; индивидуальная работа по снижению дистресса; подготовка к возможному направлению к врачу	Медицинский осмотр; при необходимости – направление к психиатру / психотерапевту; решение вопроса о временном отлучении в годно-сти; начало лечения или наблюдение	Недопустимо оставлять дезадаптацию без оформления и передачи информации. нельзя «закрывать глаза» ради выполнения плана боевой подготовки

Этап состояния	Основная цель помощи	Действия командира и подразделения	Действия психолога	Действия медицинской службы	Особые замечания
Клинически оформленные расстройства	Организовать специализированную помощь, защитить военнослужащего и окружающих, определить дальнейшую служебную перспективу	Немедленное исключение из опасных видов деятельности; обеспечение сопровождения; информирование по линии командования и службы безопасности при наличии рисков; соблюдение конфиденциальности в допустимых пределах	Участие в сборе анамнеза; информирование медслужбы о динамике состояния; подержка военнослужащего и его окружения в рамках компетенции; содействие реализации медицинских рекомендаций	Диагностика психиатром / психотерапевтом; решение о госпитализации или амбулаторном лечении; разработка плана реабилитации; заключение по готовности к службе	Недопустимы принуждение к «терпению», попытки скрыть состояние от медслужбы, использование дисциплинарных мер вместо клинической оценки

Требуется целенаправленное наблюдение за военнослужащим, ограничение участия в наиболее сложных и опасных задачах, индивидуальная работа психолога, возможно временное изменение условий службы. В таблице 6 указано, какие шаги относятся к компетенции командира, какие – к компетенции психолога, и в каких случаях необходима консультация медслужбы.

При клинически оформленных расстройствах на первый план выходит специализированная помощь. Здесь таблица 6 служит ориентиром для организации направления к врачу, решения вопроса о госпитализации, медико-социальной реабилитации и дальнейшем служебном использовании военнослужащего.

Общая логика перехода от наблюдения к активным мерам и далее к специализированной помощи наглядно представлена на рисунке 4. В схеме отражено, как по совокупности признаков и оценке этапа состояния выбирается объём вмешательства. Алгоритм не подменяет профессиональное суждение, но помогает выстроить последовательность действий и избежать ситуаций, когда серьёзные нарушения остаются без своевременной реакции.

Таблица 4 даёт представление о том, на каком этапе находится военнослужащий и как это отражается на его поведении и работоспособности. Таблица 5 подсказывает, какие признаки указывают на необходимость изменения уровня вмешательства. Таблица 6 перечисляет основные мероприятия помощи по этапам. Рисунок 4 связывает всё это в единую линию принятия решений, доступную для применения в повседневной служебной практике.



Рисунок 4 – Алгоритм принятия решения об оказании помощи при БСС (по Nash, W. P. et al. 2011 г.)

Изменение этапа боевого и служебного стресса неизбежно отражается на работоспособности и качестве выполнения задач. Для командира и психолога важно уметь соотносить наблюдаемые изменения в поведении и результатах деятельности с возможным снижением работоспособности и своевременно корректировать требования и объем помощи. Эти вопросы подробно рассматриваются в следующей главе.

Работоспособность и её снижение под воздействием стресса

Изменение состояния под влиянием боевого и служебного стресса прежде всего отражается на том, как военнослужащий выполняет задачи. Для командира и психолога именно работоспособность становится практическим «зеркалом» скрытых психических и психофизиологических процессов. Понять, что происходит с работоспособностью, значит вовремя заметить неблагоприятную динамику и принять решения до того, как нарушения станут необратимыми.

Понятие работоспособности в боевой и служебной деятельности

В условиях военной службы работоспособность понимается как способность военнослужащего выполнять поставленные задачи с требуемым качеством и надёжностью в заданных условиях. Речь идёт не только о физической выносливости. Важны внимание, точность действий, скорость и обоснованность принятия решений, устойчивость к помехам, соблюдение дисциплины, способность поддерживать необходимый уровень деятельности на протяжении всего времени выполнения задачи.

Работоспособность опирается на несколько компонентов. Это физическое состояние, уровень утомления и восстановления, психическое состояние, мотивация, навыки и опыт, а также организация самой деятельности. Стресс влияет на каждый из этих элементов. На первых этапах он может временно повышать мобилизацию и улучшать выполнение задач. При нарастании и длительном сохранении нагрузки происходит обратное.

Для практических целей важно отличать разовую неудачу, связанную, например, с ошибкой при освоении нового приёма, от системного снижения работоспособности. Последнее проявляется во множестве эпизодов, в разных

ситуациях, повторяется во времени и сопровождается другими признаками дистресса.

Связь работоспособности с этапами стресса

В главе об этапах боевого и служебного стресса были выделены четыре основных состояния. Это сохранённая адаптация, напряжённая адаптация, дезадаптация и клинически оформленные расстройства. Каждому из них соответствует свой характер изменений работоспособности.

При сохранённой адаптации могут наблюдаться кратковременные колебания. В отдельные дни военнослужащий может быть более утомлён, чем обычно, допустить случайную ошибку, проявить излишнюю торопливость или, наоборот, излишнюю обстоятельность. Однако в целом качество и надёжность выполнения задач остаются на требуемом уровне. Ошибки редки и корректируются самим военнослужащим, восстановление после нагрузки происходит в привычные сроки.

При напряжённой адаптации растёт утомляемость. Задачи по-прежнему выполняются, но для этого требуется больше усилий. Командир может заметить увеличение числа мелких ошибок, снижение темпа без внешних причин или, наоборот, суетливость, стремление «скорее сделать и закончить». Время на подготовку и восстановление увеличивается. Военнослужащий чаще жалуется на усталость, трудности с концентрацией, проблемы со сном.

Дезадаптация сопровождается существенным снижением качества выполнения задач. Ошибки становятся заметными, иногда грубыми, затрагивают безопасность и результат работы. Нарастает потребность в постоянных напоминаниях, контроль со стороны командования должен быть более плотным. Военнослужащий может перестать справляться с прежним объёмом задач, снижать инициативу, уходить в формальное исполнение приказов.

При клинически оформленных расстройствах надёжное выполнение обязанностей становится проблематичным или невозможным. Могут возникать провалы внимания в ответственный момент, резкие блоки деятельности, эпизоды

утраты контроля над поведением, выраженные приступы тревоги или паники. Даже при наличии мотивации военнослужащий не способен держать нужный уровень работоспособности. Здесь вопрос уже касается не только эффективности, но и безопасности для него самого, сослуживцев и выполнения задачи.

Связь между этапами стресса, поведением и работоспособностью подробно отражена в соответствующей таблице в главе об этапах. В настоящей главе акцент делается на признаках снижения работоспособности и действиях, которые должны выполнять командир и психолог.

Признаки снижения работоспособности

Для удобства практического применения основные признаки снижения работоспособности и соответствующие им действия сведены в таблицу 7. Она построена по блокам, отражающим разные стороны деятельности военнослужащего.

К нарушениям внимания относятся пропуски команд, забывчивость, снижение точности при выполнении привычных действий. Командир может замечать, что военнослужащий не сразу реагирует на обращение, переспрашивает простые указания, чаще, чем обычно, допускает оговорки при радиосвязи, путает последовательность действий. На учениях это может проявляться как пропуск одного из этапов задачи при правильном понимании замысла.

Изменения темпа деятельности могут проявляться двояко. В одних случаях отмечается заметное замедление, когда на простые действия уходит больше времени, чем раньше, возникают паузы перед началом выполнения поручения. В других случаях наблюдается суетливость, стремление выполнить несколько действий одновременно, частые переключения без завершения начатого. При несении боевого дежурства это особенно опасно, так как либо замедление, либо хаотичность могут привести к пропуску сигналов или ошибке в оценке обстановки.

Увеличение числа ошибок и доработок – ещё один важный блок. Речь идёт не о случайном промахе, а о систематическом росте ошибок, которые ранее для данного военнослужащего были нехарактерны. В повседневной деятельности это может быть постоянная потребность переделывать отчёты, исправлять мелкие нарушения в документах, повторно выполнять несложные работы. На учениях и в боевой обстановке возрастает риск неправильной установки оборудования, невыполнения каких-либо пунктов приказа, неверной расстановки сил.

Изменение отношения к службе проявляется через формализм, равнодушие, утрату инициативы. Ранее активный военнослужащий перестаёт предлагать решения, ограничивается фразой «как скажете», избегает дополнительной ответственности. На занятиях и в повседневной работе он старается сделать минимально необходимое, избегает обсуждений и проявления интереса к результату.

Нарушения дисциплины, связанные с усталостью и дистрессом, включают опоздания, невыполнение отдельных требований режима, небрежность в форме, уклонение от участия в общих мероприятиях. Это не всегда осознанное желание нарушать порядок. Часто в основе лежит истощение, снижение самоконтроля, попытка хоть как-то сократить нагрузку.

Все эти группы признаков представлены в таблице 7. В отдельной графе для каждого блока дан ориентировочный уровень стресса, при котором подобные проявления встречаются чаще, а также указаны рекомендуемые действия командира и психолога и необходимость информирования медслужбы.

Таблица 7 – Признаки снижения работоспособности и действия командира и психолога

Признаки снижения работоспособности	Когда возникает и о каких рисках сигнализирует	Действия командира	Дальнейшие шаги (психолог / медслужба)
Нарушения внимания: пропуски команд, переспрос простых указаний, забывчивость, снижение точности при привычных действиях	Чаше при напряжённой адаптации; при стойкости и сочетании с другими признаками возможно начало дезадаптации	Уточнить понимание задачи; сократить лишние отвлекающие факторы; временно уменьшить информационную нагрузку; провести краткую беседу о самочувствии и трудностях	Психолог: оценка уровня стресса, рекомендации по релаксационным упражнениям. Медслужба: при наличии соматических жалоб или сохраняющихся нарушениях внимания – консультация по ситуации
Изменение темпа и организации действий: замедление без видимой причины, длительные паузы, суетливость, попытка делать несколько дел одновременно	Чаше при напряжённой адаптации; при сочетании с ошибками и изменением поведения возможно дезадаптация	Чётко структурировать задачи; разбить объём работы на более мелкие этапы; временно снять часть второстепенных поручений; наблюдать в динамике	Психолог: разбор стиля деятельности, обучение приёмам организации действий под нагрузкой. Медслужба: при резкой смене темпа, особенно на ответственных постах, рекомендована консультация

Признаки снижения работоспособности	Когда возникает и о каких рисках сигнализирует	Действия командира	Дальнейшие шаги (психолог / медслужба)
Увеличение числа ошибок и доработок: повторные исправления, невыполнение отдельных пунктов приказа, падение качества привычной работы	Чаше при переходе от напряжённой адаптации к дезадаптации; при грубых ошибках возможно наличие клинических проявлений	Проанализировать характер ошибок; уменьшить объём наиболее сложных задач; усилить контроль и помощь сослуживцев; зафиксировать изменения в служебных документах при необходимости	Психолог: оценка степени выраженности дистресса, формирование плана поддержки. Медслужба: при грубых ошибках, влияющих на безопасность, и при отсутствии улучшения после организационных мер – обязательная консультация
Изменение отношения к службе и инициативно-сти: формализм, уход от дополнительной ответственности, равнодушие к результатам, жалобы на бессмысленность происходящего	Часто при дезадаптации; при сочетании с выраженными эмоциональными изменениями – возможные депрессивные или тревожные расстройства	Провести индивидуальную беседу, уточнить мотивы и обстоятельства; по возможности скорректировать нагрузку и задачи; дать обратную связь по значимости вклада военнослужащего	Психолог: индивидуальная работа по оценке состояния и мотивации, рекомендации по поддержке. Медслужба: при выказываниях о безнадёжности, суицидальных налёках, резком падении настроения – немедленное информирование врача

Признаки снижения работоспособности	Когда возникает и о каких рисках сигнализирует	Действия командира	Дальнейшие шаги (психолог / медслужба)
Нарушения дисциплины, связанные с усталостью и дистрессом: опоздания, небрежность в форме, уклонение от участия в общих мероприятиях, конфликтность	Чаще при дезадаптации; при резкой и грубой смене поведения возможны клинические расстройства или злоупотребление ПАВ	Отделить намеренные нарушения от обусловленных истощением; не ограничиваться только дисциплинарными мерами; при наличии признаков перегрузки скорректировать режим, провести беседу, обозначить недопустимость отдельных форм поведения	Психолог: оценка глубины проблем, работа с конфликтами, рекомендации по дальнейшему использованию. Медслужба: при подозрении на ПАВ, резких личностных изменениях, угрозах себе или другим – обязательное направление на медицинское обследование

Действия командира и психолога при снижении работоспособности

Обнаружение признаков снижения работоспособности должно вести к конкретным управленческим и психологическим шагам, а не оставаться в формате констатации. Таблица 7 задаёт общий алгоритм, но важно пояснить логику действий.

На уровне командира первыми доступны изменения в организации службы. Можно скорректировать распределение задач, временно уменьшить объём наиболее напряжённой работы, обеспечить краткий период восстановления, изменить сочетание военнослужащих в расчётах и сменах. Полезна короткая индивидуальная беседа, в которой уточняются трудности, оценивается понимание задач и собирается информация о возможных дополнительных факторах нагрузки.

Командир также может усилить качество обратной связи. Чётко обозначать, какие ошибки критичны, а какие являются рабочими и исправимыми. Поддерживать военнослужащего при первых признаках снижения работоспособности, не сводя разговор к обвинениям в «лени» или «равнодушии», если есть основания считать, что в основе лежит перегрузка.

Роль психолога связана с более глубокой оценкой состояния и формированием рекомендаций. При систематических признаках снижения работоспособности психолог проводит целенаправленную беседу, при необходимости – скрининг с использованием опросников, анализирует, на каком этапе стресса находится военнослужащий. Далее он предлагает командирам конкретные меры по режиму, участию в психологической подготовке, использованию методов саморегуляции.

В случаях, когда признаки снижения работоспособности выражены, устойчивы и сопровождаются другими симптомами дезадаптации, психолог должен обозначить критерии необходимости консультации медицинской службы и зара-

нее согласовать с ней порядок направления военнослужащих. Для разных уровней выраженности снижения работоспособности можно выделить три группы мер.

Первая группа – действия, допустимые силами одного командира. Это корректировка нагрузки и режима, изменение распределения задач, поддерживающие беседы, более точное формулирование требований, создание условий для восстановления.

Вторая группа – меры, требующие подключения психолога. Они включают оценку этапа стресса, обучение методам саморегуляции, участие в планировании психологической подготовки, рекомендации по работе с коллективом вокруг данного военнослужащего.

Третья группа – ситуации, когда необходимо информировать медслужбу. К ним относятся выраженное и стойкое снижение работоспособности, сочетающееся с нарушением сна, соматическими жалобами без ясной причины, резким изменением поведения, появлением тревожных или депрессивных симптомов. Здесь уже вопрос выходит за рамки исключительно психологического и командирского воздействия.

Последовательность действий может быть описана как цепочка. Сначала командир замечает признаки снижения работоспособности. Затем совместно с психологом, при его наличии, соотносит их с возможным этапом стресса. Далее выбирается минимально достаточный уровень вмешательства по таблице 7. Если предпринятые меры не приводят к улучшению или состояние ухудшается, решения усиливаются, а при необходимости подключается медицинская служба.

Работоспособность – один из ключевых критериев, по которым оценивают необходимость включения отдельных мероприятий психофизиологического сопровождения и реабилитации. В главах, посвящённых организации психофизиологического сопровождения и мерам помощи при боевом и служебном стрессе, признаки устойчивого снижения работоспособности рассматриваются как один из поводов для планового или внепланового вмешательства системы сопровождения.

Нормативная модель психологического сопровождения

Психологическое сопровождение в Вооружённых Силах опирается не только на профессиональные традиции и опыт специалистов, но и на чёткую систему нормативных документов. Для работы с боевым и служебным стрессом важно понимать, какие элементы этой системы уже закреплены приказами, кто за что отвечает и где остаётся пространство для методического развития. Эта глава описывает нормативный «каркас» психологического сопровождения, на котором строятся последующие разделы книги.

Ключевые приказы и их сферы применения

Приказ Министра обороны Российской Федерации № 495 утверждает положение о психологической службе Вооружённых Сил. В нём определены цели и задачи психологической службы, её структура, функции, порядок организации работы психологов, направления деятельности по оценке, поддержанию и восстановлению психического состояния личного состава.

Приказ № 640 устанавливает инструкцию по организации психопрофилактики и психофизиологического обеспечения (ППО). В документе описана система мероприятий ППО, порядок проведения психопрофилактики, распределение ролей между командирами, психологами и медицинской службой, а также использование психофизиологических методов в интересах сохранения боеспособности.

Приказ № 533 задаёт систему работы по сохранению и укреплению психического здоровья личного состава. В нём сформулированы общие принципы и направления деятельности по поддержанию психического благополучия, включая информирование, профилактическую работу, создание благоприятных условий службы.

Приказ № 666 утверждает инструкцию по психолого-психиатрическому сопровождению. В этом документе опреде-

лены порядок оказания психолого-психиатрической помощи, маршрутизация военнослужащих с психическими нарушениями, уровни и формы взаимодействия психологической и психиатрической службы.

Приказ № 505 содержит руководство по психореабилитации. Он описывает систему мероприятий по восстановлению психологического и психического состояния после воздействия боевых и служебных факторов, определяет уровни реабилитации, задачи соответствующих подразделений и учреждений.

В совокупности эти документы задают нормативную модель психологического сопровождения, в которую должны вписываться все практические решения по работе с боевым и служебным стрессом.

Уровни системы психологического сопровождения

С учётом нормативных требований и реальной организации службы система психологического сопровождения условно разделяется на четыре уровня.

Первый уровень – подразделение. Здесь ключевая роль принадлежит командиру и при наличии штатному психологу. Основные задачи – первичная психопрофилактика, наблюдение за состоянием личного состава, поддержка, своевременное информирование вышестоящих органов и служб при появлении признаков дезадаптации. В подразделении начинается раннее выявление проблем, проводится основная часть повседневной работы по снижению влияния стресс-факторов.

Второй уровень – воинская часть или соединение. Здесь сосредоточены структурные элементы психологической службы и психофизиологического обеспечения. Задачи включают организацию работы психологов, планирование и координацию психопрофилактических мероприятий, формирование и реализацию реабилитационных маршрутов, учёт и анализ данных о состоянии личного состава. На этом уровне обеспечивается методическое сопровождение работы в подразделениях и взаимодействие с медицинской службой.

Третий уровень – медицинские подразделения и учреждения. В их задачу входит диагностика и лечение психических и психосоматических расстройств, участие в психореабилитации, проведение психотерапевтических мероприятий, а также медико-социальная экспертиза в части определения годности к службе. Психологическая служба и медслужба взаимодействуют при маршрутизации военнослужащих, нуждающихся в специализированной помощи.

Четвёртый уровень – специализированные реабилитационные и психотерапевтические структуры. Это центры и отделения, где проводится углублённая диагностика, комплексная психологическая и медицинская реабилитация, используются высокотехнологичные методы восстановления. На этот уровень попадают военнослужащие с более тяжёлыми или затяжными стресс-индуцированными расстройствами, а также лица, которым требуется длительная и многоуровневая реабилитация.

На каждом уровне существуют свои задачи и своя зона ответственности в отношении боевого и служебного стресса. Важно, чтобы они были согласованы и взаимодополняли друг друга, а не работали разрозненно.

Базовый набор мероприятий по уровням

В подразделении базовый набор мероприятий психологического сопровождения включает первичную психопрофилактику, ежедневное наблюдение за состоянием военнослужащих, своевременную реакцию на неблагоприятные изменения, поддержку и информирование. Командир отвечает за создание условий службы, при которых снижается влияние стресс-факторов, обеспечивается разумный режим труда и отдыха, поддерживается дисциплина и здоровый психологический климат. Психолог при его наличии проводит психопросветительскую работу, обучает военнослужащих методам саморегуляции, консультирует командиров по вопросам состояния личного состава.

На уровне воинской части или соединения базовый набор мероприятий опирается на положения о психологической службе и инструкцию по ППО. Сюда входит планирование

и координация психопрофилактических и психофизиологических мероприятий, организация работы психологов и специалистов ППО, формирование программ подготовки и сопровождения, учёт и анализ данных о состоянии личного состава. На этом уровне разрабатываются и реализуются реабилитационные маршруты, обеспечивается взаимодействие с медицинской службой и специализированными учреждениями.

Медицинские подразделения и учреждения обеспечивают диагностику, лечение и реабилитацию военнослужащих с психическими и психосоматическими нарушениями. Базовый набор мероприятий включает медицинский осмотр, консультации психиатра и психотерапевта, назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения, участие в разработке и реализации программ психореабилитации. Здесь же принимаются решения по медико-социальной экспертизе, в том числе по вопросам годности к военной службе.

Специализированные реабилитационные и психотерапевтические структуры дополняют эту систему углублённой диагностикой, длительными реабилитационными программами, использованием специализированных методов, в том числе аппаратных и высокотехнологичных. В их задачи входит восстановление военнослужащих после тяжёлых и сложных стресс-индуцированных расстройств, подготовка рекомендаций по дальнейшему служебному использованию или, при необходимости, по изменению вида деятельности.

Таким образом, приказы формируют как общие направления работы (сохранение психического здоровья, психопрофилактика, сопровождение, реабилитация), так и распределение функций между уровнями системы.

Ограничения нормативной модели и зоны методического расширения

Нормативная модель задаёт, что должно быть сделано и кем, но далеко не всегда детализирует, как именно это реализуется в ежедневной работе. Многие формулировки при-

казов носят общий характер. В них говорится о необходимости проведения психопрофилактических мероприятий, организации реабилитации, обеспечения психолого-психиатрического сопровождения, но редко прописываются конкретные алгоритмы действий командира, психолога или врача в типичных ситуациях.

Практически не регламентируются структурированные тренинги стрессоустойчивости, подробные критерии включения военнослужащих в те или иные реабилитационные маршруты, содержание «полевых» алгоритмов для командира в отношении подчинённого с признаками боевого и служебного стресса. Не всегда ясно, какие именно шкалы и опросники целесообразно использовать на разных уровнях системы, как документировать изменения состояния и оценивать эффективность проводимых мероприятий.

Эти зоны и становятся предметом методического расширения в книге. В рамках правовых требований приказов здесь предлагаются:

- детализированные алгоритмы оценки состояния, выбор уровня вмешательства и маршрутизации военнослужащих с БСС;
- практические шкалы, чек-листы и таблицы, облегчающие скрининг, планирование психопрофилактики и принятие решений по помощи и реабилитации;
- примеры программ подготовки, профилактических и реабилитационных мероприятий, адаптированных к условиям конкретных уровней системы – от подразделения до специализированных центров.

Важно подчеркнуть, что эти методические разработки не подменяют нормативную базу и не выходят за её рамки. Они призваны сделать реализацию требований приказов более конкретной, последовательной и основанной на современных данных клинической психологии, психофизиологии и восстановительной медицины.

Нормативная модель психологического сопровождения задаёт структуру и распределение ответственности. В сле-

дующих главах эта структура будет развернута в виде клинико- и доказательно-ориентированной модели психофизиологического сопровождения, где поэтапно рассматриваются отбор и подготовка, сопровождение в период выполнения задач, экстренная помощь и реабилитация, а также долгосрочное наблюдение за военнослужащими, столкнувшимися с боевым и служебным стрессом.

Организация психофизиологического сопровождения в воинской части

Нормативные документы задают общие требования к психофизиологическому обеспечению, психопрофилактике и психореабилитации. На уровне воинской части эти требования необходимо перевести в систему конкретных действий, которые обеспечивают устойчивость личного состава, своевременное выявление неблагоприятных изменений и разумную маршрутизацию военнослужащих, столкнувшихся с боевым и служебным стрессом.

Цели и задачи психофизиологического сопровождения в части

Цель психофизиологического сопровождения (ПФС) в воинской части – сохранить работоспособность и надёжность личного состава, снизить риск дезадаптации и тяжёлых последствий боевого и служебного стресса за счёт системной психопрофилактики, мониторинга и грамотно организованной помощи.

К основным задачам ПФС на этом уровне относятся несколько направлений. Первое – отбор и допуск к особым видам деятельности с учётом психофизиологического состояния. Речь идёт о боевом дежурстве, работе с высокорискованными объектами, участии в сложных задачах, когда ошибки особенно критичны. Второе – регулярный мониторинг и скрининг состояния личного состава, позволяющий на ранних стадиях заметить признаки перенапряжения или дезадаптации. Третье направление – организация психопрофилактики и обучение военнослужащих методам саморегуляции. Четвёртое – обеспечение первичной и последующей реабилитации в пределах компетенции части, с маршрутизацией в специализированные структуры при необходимости.

Часть не превращается в реабилитационный центр, но должна обеспечивать своевременный допуск к задачам, наблюдение, первичные меры помощи и направление на

следующий уровень системы сопровождения, когда это требуется.

Приоритеты развития системы ПФС

Приоритеты развития психофизиологического сопровождения в части удобно представить в таблице 8. В ней каждый приоритет связан с конкретными действиями командования, психологов и медицинской службы.

К числу ключевых приоритетов можно отнести раннее выявление неблагоприятных изменений, персонализацию программ сопровождения и преемственность между уровнями системы. Раннее выявление подразумевает, что ПФС не сводится к редким обследованиям, а встроено в повседневную жизнь части. Для реализации этого приоритета командование обеспечивает доступность наблюдения и отчётности, психологи и специалисты ПФС проводят регулярный скрининг, а медслужба участвует в оценке соматических и психосоматических жалоб.

Персонализация программ означает, что мероприятия ПФС строятся с учётом особенностей разных категорий военнослужащих. Молодое пополнение, лица с тяжёлым боевым опытом, военнослужащие, несущие длительное дежурство, потребуют разных акцентов в подготовке и сопровождении. Преемственность между уровнями системы предполагает, что данные и выводы, полученные в части, используются при направлении военнослужащего в медицинские и специализированные учреждения, а рекомендации оттуда возвращаются в часть и учитываются в дальнейшем планировании службы.

Таблица 8 не только перечисляет приоритеты, но и показывает, как они реализуются: что делает командование, какую роль играют психологи и специалисты ПФС, как включается медицинская служба.

Таблица 8 – Приоритеты развития системы ПФС и их реализация

Приоритет ПФС в части	Что это означает на практике	Реализация: командование части	Реализация: психологи и специалисты ПФС / мелслужба
Раннее выявление признаков БСС	ПФС встроено в повседневную деятельность, неблагоприятные изменения состояния замечаются до срывов и ЧП	Вводит регулярные формы наблюдения и отчётности по состоянию личного состава; закрепляет ответственность командиров подразделений за передачу информации; обеспечивает доступ психолога к личному составу	Проводят плановый скрининг (опросники, беседы, при необходимости психологические методики); консультируют командиров по интерпретации признаков; при выявлении рисков инициируют маршрутизацию и формируют мелслужбу
Персонализация сопровождения	Мероприятия ПФС и психопрофилактики разрабатываются для различных категорий личного состава и видов задач	Учитывает группы повышенного риска при планировании службы и подготовки; дифференцирует нагрузку для молодых, для лиц с тяжёлым опытом, для ключевых специалистов	Разрабатывают и проводят адресные программы тренинга и сопровождения для разных категорий; подбирают методы оценки и коррекции с учётом индивидуальных особенностей; согласуют свои предложения с мелслужбой при наличии ограничений

Приоритет ПФС в части	Что это означает на практике	Реализация: командование части	Реализация: психологи и специалисты ПФС / медслужба
Премественность между уровнями системы	Данные и решения по военнослужашему не теряются при пере- ходе между подразде- лением, частью, мед- службой и специали- зированными учре- ждениями	Обеспечивает документирова- ние решений по ПФС и марш- рутам; организует обмен ин- формацией с медицинскими учреждениями и вышестоя- щим командованием в преде- лах допустимой конфиденци- альности	Передают в медслужбу и специализи- рованные центры необходимый мини- мум сведений о динамике состояния и проведённых мероприятиях; получают и реализуют рекомендации, возвраща- ющиеся из медслужбы и центров реа- билитации
Интеграция ПФС в боевую и слу- жебную подго- товку	ПФС не «живёт» от- дельно, а включено в подготовку, планиро- вание задач и разбор действий	Включает элементы ПФС в планы боевой и служебной подготовки; задаёт время и условия для тренингов само- регуляции и психоподготовки; использует данные ПФС при комплексировании расчётов и смен	Планируют и проводят занятия по стрессоустойчивости и саморегуляции, привязанные к реальным задачам; участвуют в разборе эпизодов с учётом психологических факторов; дают рекомендации по корректировке подго- товки

Приоритет ПФС в части	Что это означает на практике	Реализация: командование части	Реализация: психологи и специалисты ПФС / медслужба
Реалистичное использование ресурсов части	ПФС строятся с учё- том реальных кадро- вых и технических возможностей, без за- вышенных требований	Определяет, какие элементы ПФС могут выполняться в ча- сти обязательно, а какие — только при наличии ресурсов; задаёт приоритеты при дефи- ците времени и специалистов	Психологи и специалисты ПФС выби- рают простые и надёжные методики для повседневной работы; используют более сложные инструменты выбо- рочно; медслужба участвует в опреде- лении допустимого объёма нагрузок и ограничений
Ориентация на доказательные и безопасные ме- тоды	Используются мето- дики и протоколы, эф- фективность и без- опасность которых подтверждены и не противоречат норма- тивной базе	Утверждает перечень допусти- мых форм работы ПФС в ча- сти: не допускает эксперимен- тальных вмешательств без нормативной и научной опоры	Выбирают методы оценки и коррекции из утверждённого перечня и мето- дического банка, при необходимости новых подходов согласуют их с вышестоя- щими структурами и медслужбой

Этапы психофизиологического сопровождения в части

Психофизиологическое сопровождение в части можно рассматривать как последовательность этапов, каждый из которых опирается на общую модель развития боевого и служебного стресса и соответствующие мероприятия помощи.

Первый этап – предварительный отбор и допуск до выполнения задач. На этом этапе анализируются данные о состоянии военнослужащего, результаты медицинских и психофизиологических обследований, информация о его устойчивости и поведении в предыдущих ситуациях. При необходимости используются скрининговые методики из методического банка, представленного в приложениях. Задача части на этом этапе – не допустить к особо ответственным видам деятельности лиц с выраженными признаками дезадаптации или клинических расстройств и одновременно не перегружать одних и тех же военнослужащих.

Второй этап – сопровождение в период подготовки и выполнения задач. Здесь ПФС обеспечивает наблюдение за динамикой состояния, использование методов саморегуляции, корректировку режимов нагрузки. Командиры и психологи опираются на представление об этапах стресса и типичном поведении на каждом из них, чтобы отличать нормальную мобилизацию от признаков перегрузки. Таблицы, описывающие этапы БСС и мероприятия помощи, дают ориентиры, какие меры допустимы в рамках части, а где необходимо передавать военнослужащего дальше по маршруту.

Третий этап – экстренная помощь при острых реакциях. В случае острого боевого или служебного стресса в части должны быть отработаны простые алгоритмы действий: безопасное выведение военнослужащего из ситуации, краткие стабилизирующие мероприятия, информирование медслужбы и вышестоящего командования, решение вопроса о

дальнейшем маршруте. Алгоритм принятия решений, использующий оценку признаков и этапа состояния, служит опорой для выбора объёма помощи уже на уровне части.

Четвёртый этап – восстановление и реабилитация после задач. В условиях воинской части речь идёт не о полномасштабной реабилитации, а о комплексе восстановительных мероприятий, доступных на этом уровне. Это может включать щадящий режим, участие в групповых и индивидуальных занятиях по саморегуляции, использование немедикаментозных методов коррекции, рекомендуемых в приложениях, а также планирование направления в специализированные структуры при недостаточности этих мер.

Пятый этап – наблюдение и поддержка в отдалённом периоде. После возвращения к повседневной службе важно сохранять наблюдение за военнослужащими, перенёсшими тяжёлый стресс или прошедшими через реабилитационные мероприятия. Задача части – не только учесть рекомендации, полученные из медицинских и специализированных учреждений, но и обеспечить их реализацию в реальных условиях, своевременно реагируя на повторное возникновение признаков дезадаптации.

Реабилитационные маршруты на уровне части

На уровне воинской части отсутствуют специалисты, обеспечивающие полный цикл клинической реабилитации. В то же время именно часть отвечает за первый шаг в маршрутизации военнослужащих, нуждающихся в помощи, и за выполнение тех восстановительных мероприятий, которые доступны в её условиях.

Таблица 9 описывает общий алгоритм действий при выявлении военнослужащего с признаками боевого и служебного стресса. В ней фиксируется последовательность шагов: оценка состояния, определение этапа стресса, выбор минимально достаточного объёма помощи в части, решение о направлении в медицинское или специализированное учреждение.

Таблица 10 конкретизирует этот подход. В ней могут быть выделены маршруты для лиц с острыми стрессовыми реакциями, для военнослужащих с признаками дезадаптации без клинически оформленного расстройства, для тех, кто уже проходил лечение по поводу стресс-индуцированных состояний. Для каждой категории указываются действия части, подключение психолога и взаимодействие с медслужбой, а также возможное направление в специализированные центры.

Запуск маршрутов происходит по результатам наблюдения и скрининга, а также по факту событий, способных вызвать значимую стрессовую реакцию. Это боевые эпизоды, чрезвычайные происшествия, длительные дежурства, участие в сложных учениях. На каждом этапе маршрута можно использовать методики из приложений как «банк» инструментов. Туда входят психометрические и психофизиологические методики для скрининга, а также доказательно обоснованные немедикаментозные способы коррекции, которые могут применяться в условиях части по согласованию с медслужбой.

Важно ясно обозначить, что часть не берёт на себя функции специализированного реабилитационного учреждения. Её задача – своевременно распознать необходимость помощи, использовать доступные ресурсы для первичного восстановления и организованно направить военнослужащего по соответствующему маршруту, обеспечивая преемственность между уровнями системы сопровождения.

Система психофизиологического сопровождения в воинской части, построенная по таким принципам, позволяет соединить требования нормативных документов с реальными возможностями подразделений и медслужбы. В последующих главах рассматриваются конкретные тренинговые и практические модули, которые встраиваются в ПФС и делают его не формальной обязанностью, а действенным инструментом сохранения боеспособности личного состава.

Таблица 9 – Первичный реабилитационный маршрут на уровне части

Ситуации / исходная точка	Основные действия командира части и командиров подразделений	Действия психолога (при наличии)	Подключение медслужбы и дальнейший маршрут
1. Отсутствуют выраженные жалобы, единичные признаки напряжения после сдачи (норма / сохранённая адаптация)	Фиксирует нагрузку и условия выполнения задач; обеспечивает соблюдение режима отдыха; при разборе задач отмечает нормальность кратковременного напряжения; при необходимости — краткая поддерживающая беседа	Проводит плановые мероприятия психопрофилактики и обучения саморегуляции; при желании военнослужащего — краткая индивидуальная консультация	Медслужба не подключается, при плановых осмотрах учитывает условия службы
2. Повторяющиеся жалобы на усталость, сон, «невыведанность», мелкие ошибки, ухудшение концентрации (напряжённая адаптация)	Уточняет жалобы и условия службы; при возможности корректирует графики и нагрузку; временно снижает участие в наиболее напряжённых задачах; информирует психолога	Оценивает выраженность стресса (беседа, скрининг); даёт рекомендации по режиму, саморегуляции; включает военнослужащего в	Медслужба по ситуации: при стойких соматических жалобах (головные боли, ЖКТ и др.) — консультация с отметкой о нагрузке и условиях службы

Ситуация / исходная точка	Основные действия командира части и командиров подразделений	Действия психолога (при наличии)	Подключение медслужбы и дальнейший маршрут
3. Стойкие нарушения сна, нарастающее снижение работоспособности, изменение поведения, конфликты, формализм (дезадаптация без явных клинических симптомов)	Фиксирует нарушения в служебных документах; ограничивает участие в особо ответственной и опасном виде деятельности; инициирует разбор ситуации с психологом и медслужбой; обеспечивает выполнение рекомендуемого режима	Проводит углублённую психологическую оценку; формулирует заключение о степени дезадаптации; предлагает командованию план поддержки и ограничений; рекомендует консультацию медслужбы	Подключение медслужбы обязательно: врач проводит осмотр, при необходимости направляет к психиатру / психотерапевту; по результатам — заключение о годности / ограничениях и рекомендации по дальнейшему маршруту (амбулаторное наблюдение, направление в профильное учреждение)
4. Острые стрессовые реакции после боевых эпизодов, ЧП, тяжёлых происшествий	Обеспечивает безопасность военнослужащего и окружающих; выводит из ситуации; ис-	Проводит краткие стабилизирующие мероприятия в пределах компетенции	Медслужба в короткие сроки осматривает военнослужащего; при необходимости — краткосрочная госпи-

Ситуация / исходная точка	Основные действия командира части и командиров подразделений	Действия психолога (при наличии)	Подключение медслужбы и дальнейший маршрут
(резкая тревога, ступор, растерянность, слёзы, вспышки агрессии)	включает участие в немедленном продолжении задачи; незамедлительно информирует психолога и медслужбу	тенции (поддерживающая беседа, простые техники регуляции); оценивает необходимость немедленного направления к врачу; фиксирует состояние и реакцию	тализация или наблюдение; по итогам — рекомендации по дальнейшему участию в задачах, возможное направление в специализированное учреждение
5. Подозрение на клинически значимое расстройство: выраженный тревога или депрессия, навязчивые воспоминания, ночные кошмары, суицидальные высказывания, злоупотребление ПАВ	Немедленно отстраняет от опасных видов деятельности; организует постоянное присутствие ответственного лица; докладывает по команде и информирует медслужбу	Сообщает медслужбе свои наблюдения; не проводит длительных «душевных разговоров» вместо направления к врачу; поддерживает военнослужащего в рамках компетенции до осмотра	Медслужба и профильный специалист (психиатр, психотерапевт) — обязательный этап; решение о госпитализации или амбулаторном лечении; определение реабилитационного маршрута и служебной перспективы; передача в специализированный центр при показаниях

Таблица 10 – Типовые реабилитационные маршруты для разных категорий военнослужащих

Категория военнослужащего / ситуация	Когда запускается маршрут	Мероприятия и ограничения на уровне части	Дальнейший маршрут (мелкослужба, специализированные структуры)
1. Перенёс острый стрессовый эпизод, на момент осмотра состояние стабильно- зрительно	В течение 1–7 суток после боевого эпизода, ЧП, тяжёлого проис- шествия, при наличии кратковременных, но выраженных реакций (тревога, растерян- ность, плач, краткий ступор), без стойких нарушений	Краткосрочное шадящее распре- деление задач; временное ис- ключение из наиболее напря- жённых мероприятий; участие в последующих разборах и поддер- живающих занятиях; обучение простым приёмам саморегуля- ции; наблюдение командира и психолога в течение нескольких недель	При отсутствии ухудшения специаль- ный маршрут не требуется; при усиле- нии симптомов – перевод в категорию 2 или 3 с направлением в медслужбу по первичному маршруту
2. Формирующаяся дезадаптация без клинического диа- гноза	При стойких наруше- ниях сна, снижении ра- ботоспособности, из- менении поведения, конфликтах, неодно- кратных обращениях	Ограничение участия в наиболее ответственном и опасном виде деятельности; индивидуальные беседы; включение в программы поддержки и тренингов саморе- гуляции; учёт при планировании	Обязательный осмотр врачом части; при необходимости – консультация психиатра / психотерапевта; при со- хранении дезадаптации – направление в профильное медучреждение для

Категория военнослужащего / ситуация	Когда запускается маршрут	Мероприятия и ограничения на уровне части	Дальнейший маршрут (мелкослужба, специализированные структуры)
	по поводу усталости и «невыносимости» службы	служба; фиксация динамики со- стояния	углублённой диагностики и определе- ния дальнейшей годности
3. Острые стрессо- вые реакции, нару- шающие выполне- ние задач	Немедленно при выра- женных реакциях, со- провождающихся по- терей контроля, ступо- ром, паникой, агрес- сивностью, которые мешают безопасному выполнению обязанно- стей	Немедленное отстранение от опасных задач; обеспечение со- провождения и безопасности; краткие стабилизирующие меро- приятия в пределах компетен- ции; оформление рапорта и ин- формирование командования	Срочный осмотр мелкой службой; при по- казаниях — краткосрочная госпитали- зация или перевод в специализирован- ное отделение; после стабилизации — рекомендации по дальнейшей службе и реабилитации, возможное направле- ние в реабилитационный центр
4. Подтверждённое психическое рас- стройство, связан- ное со стрессом	После установления диагноза (ПТСР, выра- женное тревожное, де- прессивное или иное	Выполнение рекомендаций мел- ко службы и специализированного учреждения; исключение из ви-	Ведение в профильном мединформационном центре; участие в комплексной реабилитации

Категория военнослужащего / ситуация	Когда запускается маршрут	Мероприятия и ограничения на уровне части	Дальнейший маршрут (медицинская, специализированные структуры)
	расстройство), влияющего на служебную деятельность	дов деятельности, противошоковых по заключению врачей; поддержка в коллективе; контроль соблюдения режима и приёма назначенного лечения	онной программе; по итогам – решение о годности к службе, возможный перевод на иные виды деятельности или увольнение по состоянию здоровья
5. Повторные эпизоды симптомов дезадаптации или возвращение таких симптомов после проведённого лечения	При повторном появлении выраженных признаков дистресса или ухудшении состояния после периода улучшения	Немедленное информирование медслужбы и психолога; пересмотр условий службы и нагрузки; временное ограничение участия в задачах повышения риска; поддержка со стороны командования	Повторная диагностика в медицинском учреждении или специализированном центре; корректировка схемы лечения и реабилитации; возможно – пересмотр служебной перспективы, в том числе вопрос о дальнейшем пребывании в части

Психологическая подготовка в системе боевой подготовки

Психологическая подготовка в системе боевой подготовки – это целенаправленная система мероприятий, которая формирует у военнослужащих устойчивость к боевому и служебному стрессу, надёжное поведение и сохранение работоспособности в условиях угрозы, неопределённости и перегрузки. Она опирается на реальные задачи подразделения и проводится не ради самих упражнений, а ради конкретного результата в бою и на службе.

К ключевым задачам психологической подготовки относятся несколько направлений. Первое – развитие стрессоустойчивости и навыков саморегуляции в условиях, максимально приближённых к боевым, с учётом специфики вида войск и профиля задач. Второе – формирование адекватных установок по отношению к бою, риску, возможным потерям, ответственности за решения и действия. Третье – отработка поведения в типичных стрессогенных эпизодах, таких как ожидание боя, первый бой, ошибки, потери и неожиданные изменения обстановки. Четвёртое – предупреждение дезадаптации у групп повышенного риска за счёт особого внимания к их подготовке и сопровождению. Пятое – поддержка сплочённости подразделения как одного из ключевых защитных факторов при воздействии боевого и служебного стресса.

Цикл психологической подготовки и его элементы

Цикл психологической подготовки встраивается в общий цикл боевой подготовки и включает повторяющиеся этапы. Визуально он представлен на рисунке 5 и задаёт последовательность от оценки исходного состояния до анализа результатов и коррекции программ.



Рисунок 5 – Цикл психологической подготовки в системе боевой подготовки

На первом этапе проводится оценка исходного уровня готовности и факторов риска. Командиры и психологи собирают данные о состоянии личного состава, опыте, особенностях предыдущего реагирования на стресс, выделяют группы повышенного риска. На втором этапе организуется планирование психологической подготовки: выбираются приоритетные цели, модули и методы, определяется место занятий в плане боевой подготовки. Третий этап – базовая подготовка и тренинги, где реализуются основные элементы цикла. Четвёртый – интеграция психологической подготовки в боевую подготовку и учения, когда навыки за-

крепляются в условиях, близких к реальным задачам. Пятый этап – оценка результатов и коррекция программ, включающая разбор действий, анализ устойчивости и при необходимости изменение содержания подготовки.

Эти этапы раскрываются через элементы цикла, представленные в таблице 11. К таким элементам можно отнести психопросвещение, тренинги саморегуляции, моделирование боевых эпизодов, разбор опыта и работу с подразделением после нагрузок. Психопросвещение знакомит личный состав с особенностями стресс-реакций и показывает, что часть из них нормальна и управляема. Тренинги саморегуляции учат простым и надёжным способам контроля дыхания, мышечного тонуса, внимания. Моделирование боевых эпизодов позволяет заранее отработать поведение в ситуациях, вызывающих сильное напряжение. Разбор опыта и послебоевая работа помогают осмыслить произошедшее и снизить риск дезадаптации. Для каждого элемента в таблице указано, на каком этапе цикла он применяется и какую цель достигает.

Связь цикла с этапами стресса и факторами риска

Психологическая подготовка адресно работает с теми факторами риска и этапами стресса, которые были описаны в предыдущих главах. Часть факторов риска может быть частично компенсирована качественной подготовкой. Например, недостаток опыта боевых действий, высокая неопределённость обстановки, ожидание первого боя, слабые навыки саморегуляции.

Таблица 11 – Элементы цикла психологической подготовки и их цели

Элемент цикла	Основная цель	Для кого в первую очередь	Когда проводится	Связь с БСС и факторами риска
Психопросвещение о стрессе и боевых реакциях	Сформировать реалистичные представления о стресс-реакциях, снизить страх перед «ненормальностью» своих состояний, обозначить доступные способы помощи	Молодое пополнение, личный состав перед первым боем, группы повышенного риска	На этапах начальной подготовки, перед направлением в зону повышенного риска, периодически при ротации	Снижает риск перехода от сохранённой к напряжённой адаптации за счёт понимания своих реакций и раннего обращения за поддержкой
Обучение базовым навыкам саморегуляции	Дать военнослужащему простые и надёжные приёмы управления дыханием, мышечным тоном, вниманием и эмоциональным напряжением	Все категории, с приоритетом для лиц, выполняющих ответственные задачи и несущих длительное дежурство	На этапах подготовки, перед задачами повышенной сложности, в период восстановления после нагрузок	Уменьшает выраженность симптомов напряжённой адаптации, снижает вероятность срывов в острых ситуациях и способствует более быстрому восстановлению

Элемент цикла	Основная цель	Для кого в первую очередь	Когда проводится	Связь с БСС и факторами риска
Моделирование типичных стрессогенных эпизодов (тренировки, тактические упражнения)	Отработать поведение и принятие решений в условиях, имитирующих боевой стресс, уменьшить эффект «первого столкновения»	Подразделения, готовящиеся к выполнению боевых задач, личный состав с недостаточным боевым опытом	В ходе боевой подготовки и учений, особенно перед первыми боевыми задачами и сложными мероприятиями	Снижает влияние таких факторов риска, как отсутствие опыта и неопределённость, уменьшает риск дезадаптивных реакций в первом бою
Разбор боевых и учебных эпизодов с учётом психических реакций	Помочь осмыслить пережитый опыт, выявить удачные и неудачные способы реагирования, закрепить конструктивные модели поведения	Весь личный состав, участвовавший в эпизоде; особое внимание – тем, кто проявлял выраженные реакции	После значимых боевых, учебных или чрезвычайных эпизодов, в разумно короткие сроки	Снижает риск закрепления патологических стресс-реакций, способствует переходу от напряжённой адаптации к восстановлению, поддерживает сплочённость подразделения
Целевые занятия с группами повышенного риска	Адресно уменьшить влияние сочетания факторов риска (тяжёлый	Выделенные группы повышен-	Планово, в периоды относительной	Предупреждает дезадапцию за счёт усиленной подготовки, раннего выявления

Элемент цикла	Основная цель	Для кого в первую очередь	Когда проводится	Связь с БСС и факторами риска
	боевой опыт, семейные проблемы, соматические заболевания, первый год службы)	ного риска по дан-ным наблюдения, скрининга и ко-мандирских оце-нок	стабилизации об-становки; дополни-тельно перед слож-ными задачами	неблагоприятной динамики и своевременного направле-ния к специалистам
Поддерживающие модули в период восстановления и возвращения к службе	Облегчить возвращение к служебным задачам после тяжёлых эпизо-дов или лечения, умень-шить риск повторных срывов	Военнослужащие, вернувшиеся из реабилитационных мероприятий, пе-ренёвшие тяжёлый стрессовой эпизод или курс лечения	На этапе включе-ния в повседнев-ную службу после реабилитации или длительных задач	Снижает вероятность реци-дива БСС, помогает согла-совать требования службы с актуальными возможно-стями военнослужащего, опираясь на рекомендации медслужбы и психолога

На этапе сохранённой адаптации основной задачей подготовки становится профилактика перехода к напряжённой адаптации. Здесь особое значение имеют базовое психопроевещение и обучение простым методам саморегуляции, интегрированные в регулярные занятия. При признаках напряжённой адаптации акцент смещается к моделированию трудных ситуаций, отработке поведения в «пограничных» эпизодах, работе с группами повышенного риска. В период после боевых эпизодов или других тяжёлых событий на первый план выходят модули осмысления опыта и работа с подразделением, направленные на снижение риска дезадаптации и формирование конструктивного отношения к пережитому.

Каждый элемент цикла в таблице 11 увязан с тем, какой именно риск он снижает и на каком этапе стресса особенно важен. Так, тренинг саморегуляции уменьшает вероятность срыва при переходе от адаптации к перенапряжению, моделирование боевых эпизодов подготавливает к поведению в реальном бою и снижает риск неадекватных реакций в первом столкновении, а разбор боевых эпизодов и работа после боя уменьшают вероятность закрепления патологических стресс-реакций.

Встраивание психологической подготовки в боевую подготовку

Психологическая подготовка не должна существовать отдельно от боевой подготовки. Она проводится как в форме самостоятельных занятий, так и встраивается в уже существующие виды учений, тренировок и разборов. Отдельные занятия целесообразны на этапах первичной подготовки личного состава, перед выполнением сложных задач, при работе с группами повышенного риска. Интеграция в учения и тренировки означает, что элементы психологической подготовки включаются в сценарии, задания и разборы, а работа с состоянием рассматривается как часть подготовки к бою, а не как иллюстративное дополнение.

В планах подготовки психологическая составляющая должна быть отражена как обязательный элемент, а не как

факультативная «вставка». При оценке итогов боевой подготовки важно учитывать не только тактико-технические показатели, но и устойчивость личного состава к стрессу, качество взаимодействия в подразделении, способность сохранять работоспособность в напряжённых условиях. Командир отвечает за включение элементов цикла в план боевой подготовки и за создание условий для их реализации. Психолог отвечает за содержание модулей, выбор методик и оценку эффекта. Медицинская служба определяет ограничения и допуск к участию в отдельных элементах подготовки с учётом состояния здоровья военнослужащих и при необходимости рекомендует щадящие режимы для групп риска.

Такая организация психологической подготовки позволяет связать факторы риска, этапы стресса и реальные задачи боевой подготовки в единую систему, в которой каждый элемент имеет понятное место и практический смысл для командира, психолога и самого военнослужащего.

Тренинг стрессоустойчивости и практические модули

Тренинг стрессоустойчивости встраивается в систему боевой подготовки как набор конкретных приёмов, позволяющих военнослужащему управлять своим состоянием и сохранять работоспособность в типичных стрессовых эпизодах – на огневом рубеже, при смене караула, в ожидании приказа. Он не дублирует боевую подготовку, а дополняет её, закрывая именно психофизиологические уязвимости.

Тренинги позволяют решать три основные задачи. Первая – научить военнослужащего понимать этапы боевого и служебного стресса и роль сна, чтобы он видел границу между нормальной мобилизацией и перегрузкой, умел вовремя распознать неблагоприятную динамику. Вторая – сформировать навыки быстрого снижения напряжения и концентрации перед стрельбой, сменой караула, выходом на задачу с помощью простых дыхательных и мышечных приёмов, а также приёмов работы с вниманием. Третья – показать, как индивидуальные и групповые факторы делают военнослужащего либо более защищённым, либо уязвимым, и что он может изменить сам, а что – через работу с командиром, подразделением и системой сопровождения.

Блок 1. Структура тренинга

Как видно из представленной на рисунке 6 структуры, тренинг опирается на две взаимосвязанные части – вводный теоретический модуль и практический модуль. Между ними обязательно выдерживается жёсткая связка: всё, что говорится во вводной части, немедленно переводится в практику, а все упражнения объясняются через теоретические блоки.



Рисунок 6 – Структура тренинга стрессоустойчивости

Вводный модуль.

Вводный модуль включает четыре ключевых блока. Во-первых, краткое, но ясное изложение сути БСС и этапов его развития с акцентом на наблюдаемых признаках в поведении и работоспособности. Здесь используются уже введенные в книге понятия этапов, но на языке, понятном для

личного состава, с примерами из повседневной службы и боевой работы.

Во-вторых, объясняется роль сна и вегетативной нервной системы. Важно показать, что нарушения сна и хронический дефицит восстановления не «личная слабость», а фактор, напрямую влияющий на частоту ошибок, скорость реакции, устойчивость внимания.

В-третьих, отдельно разбирается дефицит сна и его влияние на ошибки при стрельбе и выполнении других высокорискованных действий. Приводятся типичные схемы сбоев: промахи при, казалось бы, сохранённой технике, запаздывание реакций, пропуск команд.

В-четвёртых, рассматриваются защитные и уязвимые факторы и возможные траектории исходов. Военнослужащему даётся простая схема: что усиливает его устойчивость (подготовка, поддержка, режим, навыки саморегуляции), а что делает его более уязвимым (хронический недосып, изолированность, неразобранный тяжёлый опыт). На этом фоне обозначается, какие элементы тренинга помогают перевести его траекторию в более защищённый вариант.

Практический модуль.

Практический модуль строится вокруг трёх групп приёмов. Первая – дыхательные циклы, позволяющие за 1-2 минуты снизить физиологическое напряжение и стабилизировать внимание в реальных условиях, без специальных условий и оборудования. Вторая – простые формы мышечной разрядки перед задачей, которые можно выполнить скрыто или открыто на месте построения, на огневом рубеже, в карауле. Третья – приёмы фокусировки и переключения внимания, которые помогают либо сузить внимание на ключевых элементах задачи, либо, наоборот, выйти из состояния «зацикливания» на одной мысли.

Все упражнения привязываются к конкретным служебным ситуациям: огневой рубеж, смена караула, ожидание приказа, подготовка к выходу на задачу. Для каждого из этих контекстов отрабатывается короткая последовательность действий: «что сделать за минуту до команды», «что

сделать, если ожидание затягивается», «как восстановиться после серии».

Модульная структура.

Тренинг предлагается в модульном формате. Базовый модуль для всего личного состава включает сжатый вводный блок и короткий практический блок, который можно встроить в уже существующие занятия по боевой подготовке. Углублённые модули предназначены для групп повышенного риска и ключевых специалистов. В них увеличивается время на отработку приёмов, добавляются элементы анализа собственного опыта и более плотная связь с психофизиологическим сопровождением и маршрутами помощи.

Блок 2. Программа тренинга «Базовая саморегуляция»

Программа тренинга «Базовая саморегуляция» оформляется в виде таблицы, где каждое занятие или модуль описывается через три параметра (таблица 12).

Во-первых, конкретная цель занятия. Формулировки должны отражать наблюдаемый результат, а не абстрактную «гармонию». Например, «уменьшает напряжение перед стрельбой», «умеет переключиться с режима ожидания на режим действия», «снижает выраженность дрожи рук при волнении».

Во-вторых, содержание. Чётко указывается, какой дыхательный цикл используется (например, короткий цикл с удлинённым выдохом), какая форма мышечной разрядки применяется (поочерёдное напряжение–расслабление ключевых мышечных групп), какая техника фокусировки отрабатывается (фиксация внимания на опорных ощущениях, переключение с внутреннего «шума» на внешние ориентиры).

В-третьих, формат. Для каждого модуля задаётся, проводится ли он как групповое занятие на 20–30 минут, как короткая вставка перед стрельбой или сменой караула, или как индивидуальная отработка по рекомендации психолога для военнослужащих, испытывающих трудности.

Таблица 12 – Программа тренинга «Базовая саморегуляция»

Модуль / занятие	Цель (наблюдаемый результат)	Основное содержание (приёмы)	Формат и контекст применения
1. Базовое дыхание перед задачей	Военнослужащий умеет за 1–2 минуты снизить избыточное напряжение перед стрельбой, сменой караула, выходом на за- дачу	Освоение простого дыхательного цикла с удлиненным выдохом; работа в положении стоя и сидя; от- работка на фоне лёгкого волнения	Групповое занятие 20 минут; да- лее вставка 1–2 минуты перед стрельбой, сменой караула, нача- лом сложного упражнения
2. Мышечная раз- рядка в полевых условиях	Уменьшает мышечную скован- ность и дрожь, повышает ощу- щение контроля над телом	Поочерёдное напряжение и рас- слабление основных мышечных групп (плечевой пояс, кисти, шея); «микро-разрядка» без заметных движений	Групповое занятие 20–30 минут; затем короткие вставки 1–3 ми- нуты в ожидании команды, при смене вида деятельности
3. Работа с внима- нием: фокусировка и переключение	Сохраняет концентрацию на ключевых элементах задачи и умеет «отпустить» навязчивые мысли и посторонние помехи	Упражнения на фиксацию внима- ния на опорных ощущениях и внешних ориентирах; приёмы пе- ресечения внимания при «защит- ливании»	Групповое занятие 20–30 минут; короткие упражнения 1–2 минуты на отневом рубеже, при длитель- ном ожидании приказа, на дежур- стве

Модуль / занятие	Цель (наблюдаемый результат)	Основное содержание (приёмы)	Формат и контекст применения
4. Краткая самонастройка перед задачей	Формирует устойчивую привычку к короткому внутреннему настрою перед ответственными действиями	Разработка и отработка индивидуальной формулы самонастройки; сочетание с дыханием и фокусировкой; использование простых визуальных якорей	Групповое занятие 20 минут с индивидуальной проработкой; самостоятельное применение 30–60 секунд перед задачей
5. Саморегуляция после нагрузки	Ускоряет переход от повышенной мобилизации к рабочему или бытовому уровню, уменьшает «запинание» на пережитом эпизоде	Сочетание дыхательных и мышечных приёмов для «сброса» напряжения; короткая фиксация на факте выполнения задачи и планировании следующего шага	Групповое занятие 20–30 минут; применение в течение 3–5 минут после стрельбы, учебных и служебных эпизодов, по возможности – в малых группах
6. Индивидуальная донастройка для групп риска (по показаниям)	Военнослужащий из группы повышенного риска подбирает 1–2 приёма, которые реально используются в своих условиях	Индивидуальный разбор ситуаций, где напряжение мешает; подбор сочетаний дыхания, мышечной разрядки и самонастройки под конкретную задачу	Индивидуальные или микрогрупповые занятия 15–20 минут по рекомендации психолога; последующее самостоятельное применение в реальных задачах

В тексте главы описываются два практических варианта цикла. Для части, где есть психолог и выделенное время, предлагается серия занятий с постепенным усложнением: от освоения базовых приёмов в спокойных условиях к их применению в условиях учебных нагрузок, приближенных к боевым. Для подразделения с ограниченными ресурсами даётся сокращённый цикл, встроенный в уже существующие стрельбы, смены караула, занятия по боевой подготовке. При этом используются те же приёмы, но за счёт коротких повторяющихся вставок.

Блок 3. Практические модули для командиров, психологов и военнослужащих

Для командиров описываются модули, включающие применение дыхательных и фокусировочных приёмов самим командиром, простые команды на разрядку перед задачей и приёмы поддержания состояния подразделения в период ожидания. Важно показать, как командир может буквально несколькими фразами и коротким общим упражнением снизить уровень напряжения в строю, не превращая это в «психологический спектакль».

Для психологов формулируются модули по ведению тренинга, работе с групповыми реакциями и интеграции тренинга в систему психофизиологического сопровождения. Здесь описывается, как психолог планирует занятия, как учитывает этапы стресса у личного состава, как связывает результаты тренинга с маршрутами помощи при БСС, когда видит неблагоприятную динамику.

Для военнослужащих предлагаются готовые наборы упражнений на основе описанных в приложениях дыхательных техник, мышечной релаксации, коротких самонастроек и ментальных репетиций. Для каждого набора чётко указано, где и как его применять: на огневом рубеже перед серией, в карауле при нарастающем напряжении, при длительном ожидании приказа или начала операции.

Подразделение как защитный и риск-фактор

В условиях боевой и служебной деятельности подразделение становится для военнослужащего ближайшей социальной средой. При наличии доверия, взаимопомощи, понятных правил и предсказуемых решений командования коллектив работает как защитный фактор: снижает субъективную опасность, даёт опору в трудных ситуациях, облегчает восстановление после эпизодов высокой нагрузки. В таком подразделении отдельные стрессовые события реже приводят к устойчивой дезадаптации, поскольку человек не остаётся один на один со своими реакциями.

При неблагоприятных условиях подразделение, наоборот, превращается в источник дополнительного стресса. Конфликты, группировки, изоляция отдельных военнослужащих, циничное отношение к требованиям, постоянная неопределённость и противоречивые сигналы от командиров усиливают тревогу, подрывают доверие и делают адаптацию менее устойчивой. В этом случае даже относительно умеренные по объективным параметрам нагрузки воспринимаются как невыносимые. Схематично условия выполнения подразделением защитной функции представлены на рисунке 7, где показано, какие элементы структуры и взаимодействия снижают риск БСС, а какие его повышают.

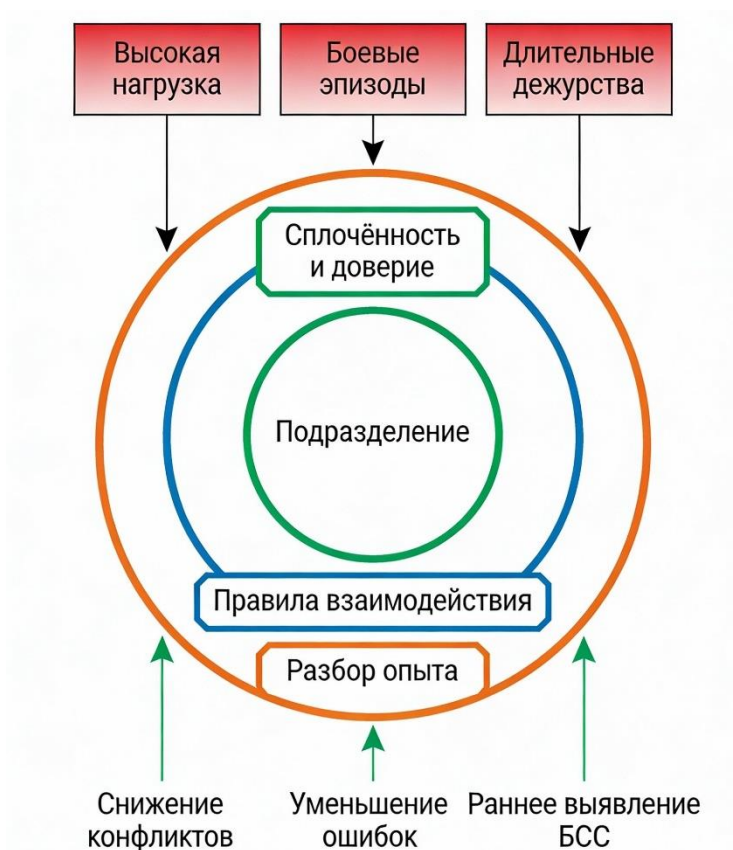


Рисунок 7 – Подразделение как защитный фактор

Элементы работы с подразделением

Работа с подразделением как целым требует не только общего призыва к «улучшению климата», но и конкретных действий. Таблица 13 «Элементы работы с подразделением и ожидаемые эффекты» содержит описание нескольких опорных направлений.

Таблица 13 – Элементы работы с подразделением и ожидаемые эффекты

Элемент работы	Что делает командир / психолог (при наличии)	Ожидаемый эффект для подразделения	Когда особенно целесообразно
Совместный разбор служебных и учебных эпизодов	Командир организует короткий разбор по фактам, даёт слово участникам; психолог помогает обозначить эмоциональные реакции и нормализует часть из них	Снижение тревоги и напряжения; рост доверия к командирам; меньше слухов и скрытых обвинений	После боевых эпизодов, ЧП, сложных учений, при введении новых тактических приёмов
Наставничество и поддержка молодых	Командир закрепляет опытных военнослужащих за новичками; контролирует реальное выполнение роли наставника; психолог консультирует наставников по трудным случаям	Ускоренная адаптация молодых, меньше изоляции и скрытых конфликтов, снижение числа грубых ошибок из-за непонимания требований	В первые месяцы службы, после прибытия пополнения, при переводе в новое подразделение
Регулярная обратная связь и информирование	Командир проводит короткие пелевые беседы и строевые патиминутки, где объясняет решения и изменения; психолог пелает обобщённые наблюдения о состоянии личного состава	Снижение ощущения неопределённости, укрепление доверия, меньше «домыслов» и напряжения вокруг приказов	При изменении задач, пелред ротацией, при длительных периодах ожидания без ясной информации

Элемент работы	Что делает командир / психолог (при наличии)	Ожидаемый эффект для подразделения	Когда особенно целесообразно
Поддержка сплочённости и справедливое распределение нагрузки	Командир следит за тем, чтобы ключевые и тяжёлые задачи не ложились постоянно на одних и тех же людей; отмечает вклад разных военнослужащих; психолог помогает выявить скрытые перекосы	Снижение обид и скрытой агрессии; уменьшение группировок «наруженных» и «лыготников»; укрепление ощущения «мы»	При подготовке и выполнении длительных задач, при формировании новых расчётов и смен
Управление служебными конфликтами	Командир своевременно фиксирует конфликт, разделяет людей и ситуацию, организует отдельное обсуждение; при необходимости привлекает психолога как посредника	Снижение уровня открытой и скрытой враждебности; предотвращение превращения конфликта в хронический источник стресса; сохранение работоспособности группы	При первых признаках устойчивых личных конфликтов, при росте жалоб, при участвовавших нарушениях дисциплины
Работа подразделений после тяжёлых эпизодов	Командир проводит структурированный разбор по схеме «что произошло – что делали – что будем корректировать»; психолог помогает осмыслить реакцию, при необходимости выделяет людей для индивидуальной работы	Снижение чувства вины и взаимных обвинений; нормализация чести стрессовых реакций; раннее выявление военнослужащих с выраженными проявлениями БСС	После боевых столкновений, потерь, серьёзных происшествий, напряжённых учебных эпизодов

Совместные разборы служебных и учебных эпизодов позволяют снять ненужную напряжённость, дать личному составу возможность высказать вопросы и сомнения в конструктивной форме, подчеркнуть удачные решения и обсудить ошибки без унижения. Командир задаёт тон разбору, удерживая внимание на фактах и действиях, а не на личных характеристиках, психолог при необходимости помогает обозначить и проработать эмоциональные реакции. Ожидаемый эффект – снижение тревоги, повышение понятности требований и укрепление доверия к командованию.

Наставничество и поддерживающая обратная связь формируют для молодых военнослужащих понятные ориентиры и уменьшает чувство неопределённости. Назначение реальных, а не формальных наставников, регулярные короткие встречи, где обсуждаются трудности и успехи, позволяют вовремя заметить признаки дезадаптации и скорректировать нагрузки. Ритуалы и традиции подразделения, если они не превращаются в деструктивные практики, создают ощущение принадлежности и продолжающейся истории, что особенно важно после тяжёлых эпизодов.

Признаки здорового и нездорового коллектива

Таблица 14 «Признаки здорового и нездорового коллектива» может использоваться командиром как скрининговый лист для оценки состояния подразделения. В здоровом коллективе присутствует взаимопомощь, конфликты носят рабочий характер и не приводят к устойчивым расколам, существует возможность открыто обсуждать служебные проблемы без страха стигматизации, требования командиров воспринимаются как в целом обоснованные, пусть и жёсткие. В повседневных ситуациях люди проявляют инициативу, не боятся задавать уточняющие вопросы и брать на себя ответственность в пределах своих задач.

Таблица 14 – Признаки здорового и нездорового коллектива

Блок признаков	Здоровый коллектив (норма, требует наблюдения)	Нездоровый коллектив (требует вмешательства)
Взаимодействие и помощь	Военнослужащие охотно помогают друг другу по службе, распределяют мелкие задачи без длительных споров; просьбы о помощи не вызывают насмешек или отказа. Вызывания в адрес сослуживцев в основном деловые, без постоянного перехода на личности	Систематическая изоляция отдельных военнослужащих, отказ им в помощи даже по простым служебным вопросам. Регулярные унижения, «ярлыки», обсуждение людей за спиной вместо прямого разговора. Подрезание делится на устойчивые группировки «своих» и «чужих»
Отношение к командиру и приказам	Приказы выполняются без открытого саботажа, вопросы задаются по существу. Обсуждение решений командира может быть критичным, но сохраняет уважительный тон. Жалобы носят конкретный характер и подаются по установленным каналам	Принципные комментарии о командовании становятся нормой. Приказы обсуждаются в пренебрежительном ключе, выполняются формально или заигнорированы. Появляются «подпольные лидеры», чья позиция по факту важнее, чем позиция официальных командиров
Коммуникация и обсуждение проблем	На совещаниях и разборах люди говорят, когда их спрашивают, задают уточняющие вопросы, вносят предложения. Сложные темы обсуждаются спокойно, возможен открытый	Обсуждение проблем уходит в кулуары, на собраниях – молчание или формальные ответы. Растёт

Блок признаков	Здоровый коллектив (норма, требует наблюдения)	Нездоровый коллектив (требует вмешательства)
	несогласный взгляд без страха немедленных санкций	пассивная агрессия: сарказм, намёки, демонстративное молчание. Слухи распространяются быстрее, чем официальная информация
Конфликты и их динамика	Конфликты возникают по рабочим поводам, стороны способны перейти к фактам и искать решения. После разрешения конфликта люди возвращаются к обычному взаимодействию, без длительной «тяги» обид. Нарушения дисциплины носят эпизодический характер	Одни и те же конфликты повторяются, вовлекая всё больше людей. Появляются «постоянные противостояния» между группами или отдельными военнослужащими. Нарушения дисциплины учащаются, замечания командира воспринимаются как повод для эскалации, а не для коррекции
Настроение и мотивация	В быту и на службе преобладает рабочий, иногда сдержанно-ироничный фон, без постоянного напряжения. Отмечается готовность брать на себя дополнительные задачи при понятной необходимости. Имеются отдельные жалобы и усталость, но они не деминируют	В подразделении «тяжёлая» атмосфера, отмечаются частые вспышки раздражения, резкие перепады настроения, эмоциональные срывы. Распространены высказывания «здесь никому ничего не нужно», «всё бессмысленно». Падает готовность брать ответственность, увеличиваются попытки «отстраниться от всего»

Блок признаков	Здоровый коллектив (норма, требует наблюдения)	Нездоровый коллектив (требует вмешательства)
Отношение к новичкам и уязвимым	Новички и военнослужащие, переживающие трудный период, встречаются в коллектив без унижающих «испытаний». Ошибки разбираются по существу, возможны шутки без намеренного унижения	Неофициальные «фигуры», сопровождающиеся унижением, риском травм или социальным давлением. Новички длительно остаются «чужими», над слабыми или заболевшими систематически издеваются, их проблемы высмеиваются

Неблагополучный коллектив характеризуется появлением устойчивых группировок, скрытых или открытых конфликтов, изоляцией отдельных военнослужащих, циничным отношением к службе и подрывом доверия к командирам. Часто наблюдаются «подпольные лидеры», которые задают альтернативную систему норм, противоречащую требованиям службы. Такие признаки требуют не только наблюдения, но и вмешательства: командир должен привлечь психолога для диагностики глубины проблем и, при необходимости, информировать вышестоящее руководство, особенно если нарастает агрессия, саботаж, отказ от выполнения задач или рост нарушений дисциплины.

Методы погашения конфликтов и работа после напряжённых эпизодов

Конфликты в подразделении неизбежны, но именно способы их разрешения определяют, станут ли они источником хронического стресса. Таблица 15 описывает простые и реализуемые в части приёмы. Один из них – изменение формулировки требований: переход от обвинительных фраз к конкретному описанию задачи и ожидаемого результата. Другой – использование посредничества, когда в обсуждение включается авторитетное лицо, способное снизить накал эмоций и удержать стороны в конструктивном поле. Важным приёмом является разнесение обсуждения по времени и составу: сначала – короткое прекращение конфликта и обеспечение безопасности, затем – разбор в более спокойной обстановке.

Таблица 15 – Приемы погашения конфликтов для командира

Прием	Что делает командир	Когда уместен прием	Чего избегать	Когда подключить психолога / вышестоящих
Уточнение и переформулировка требований	Кратко договаривает задачу своими словами, раздает «что нужно сделать» и «как именно сейчас предлагается делать», даёт возможность задать 1-2 уточняющих вопроса	Нарастающее раздражение из-за непонятных или меняющихся задач; жалобы «нас дёргают», «никто не объясняет, чего хотят»	Перехода на личности, фраз «вам всё не так», резких оценок. Резкой смены решений без пояснения причин	Если после нескольких попыток ясного объяснения военнослужащий систематически срывается, конфликт сопровождается выраженной тревогой, агрессией, отказом от деятельности
Краткая пауза и разнесение обсуждения по времени	Прерывает напряжённый спор, обозначает, что решение будет после короткого перерыва; даёт минимальные распоряжения по дальнейшим действиям, откладывая оценку и разбор	Конфликт «в разогретев», повышенные голоса, нет готовности слушать аргументы, есть риск перехода к оскорблениям или силовым действиям	Оставлять ситуацию полностью без обратной связи («разойдитесь и всё»); затягивать паузу настолько, чтобы участники	Если после паузы участники остаются в состоянии сильного возбуждения, появляются угрозы, вспоминаются старые обиды

Прием	Что делает командир	Когда уместен прием	Чего избегать	Когда подключить психолога / вышестоящих
Разделение конфликта на «людей» и «ситуацию»	Чётко называет предмет спора (задание, график, распределение нагрузки) и пресекает обсуждение личных качеств. Предлагает формулу: «разбираем ситуацию, не олениваем людей»	Личные нападки, клички, переход к старым претензиям, когда из-за эмоций теряется сам предмет конфликта	Саркастических комментариев, демонстративного «обесценивания» одной стороны. Попыток искать «виновного» вместо решения	Если у одной из сторон очевидно дезорганизованное поведение, есть признаки БСС, срывов, употребления ПАВ или риск ауто- или гетероагрессии
Использование посредника внутри подразделения	Привлекает старшину, уважаемого сержанта или другого авторитетного военнослужащего, который не включён в конфликт, для отдельного	Конфликт между равными по статусу, когда прямой разговор при ко-	Выбор посредника, который сам эмоционально вовлечён или заинтересован. Полного переноса ответственности на	Если посредник сообщает о признаках угроз, серьёзных психологических трудностей, систематической

Прием	Что делает командир	Когда уместен прием	Чего избегать	Когда поключать психолога / вышестоящих
	разговора с каждой сторонной и последующей совместной встречи	манди́ре веде́т к демонстра́тивному упрямству	посредника («разберись сам»)	травли, а также о риске выхода конфликта за пределы подразделения
Индивидуальная беседа после группового эпизода	Проводит короткие отдельные беседы с ключевыми участниками: уточняет их видение, объясняет свою позицию, обозначает границы допустимого поведения и последствия	После общепото «всплеска» в строю, на разборе, совещании, когда несколько человек были особенно активны или резко высказывались	Затяжных «воспитательных лекций», унижения, угрозы неисполняемыми мерами. Обсуждения других участников за спиной	Если в беседе выявляются суицидальные высказывания, полное отрицание ценности службы, выгорание, злоупотребление алкоголем / ПАВ или угрозы сослуживцам
Структурированный разбор тактического / служебного эпизода	Проводит разбор по схеме «Что произошло – что сделали – что получилось – что исправим в следующий раз». Отделяет ошибки	После тяжёлых эпизодов, ЧП, острых сбоев во взаимодействии, когда конфликт подпитывается взаимными	Публичного поиска «козла отпущения», обесценивания усилий, обсуждения слухов вместо фактов	Если в ходе разбора проявляются выраженные психические реакции (слёзы, ступор, вспышки ярости), если часть военнослужащих явно

Прием	Что делает командир	Когда уместен прием	Чего избегать	Когда подключить психолога / вышестоящих
	планирования и организации от личной «несостоятельности»	обвинениями по итогам события		не справляется с воспоминаниями о событии
Фиксация и соблюдение границ допустимого поведения	Спокойно, но однозначно обозначает: какие формы поведения (угрозы, унижения, физическое воздействие) недопустимы при любых обстоятельствах, и какие меры последуют при их повторении	При первых признаках запугивания, систематических насмешек, попыток «воспитывать силой», а также при угрозах в адрес сослуживцев	Заявления «впредь будет всё по-другому» без реальных действий; избирательного применения правил к «своим» и «чужим»	Если нарушение уже привело к травмам, суицидальным попыткам, жёсткому насилию, требуется официальная фиксация, подключение медслужбы, правоохранительных органов или вышестоящего командования

Фиксация границ допустимого поведения служит ключевым элементом. Командир обязан ясно обозначить, какие формы выражения недовольства недопустимы независимо от причин (угрозы, насилие, унижение сослуживцев), и последовательно придерживаться этих рамок. В случаях, когда конфликт связан с пережитым боевым эпизодом или тяжёлой служебной ситуацией, полезно использовать структуру, отражённую на рисунке 8. Такой разбор позволяет одновременно обсудить тактические аспекты и психологические реакции, уменьшить взаимные обвинения и снизить уровень напряжения.



Рисунок 8 – Разбор тактического эпизода и психические реакции подразделения

Применение этих методов следует увязывать с общими алгоритмами помощи при БСС. Если конфликтное поведение сочетается с признаками дезадаптации или клинически значимыми реакциями (выраженная тревога, агрессия, нарушения сна, злоупотребление психоактивными веществами), командир не должен ограничиваться дисциплинарными мерами. В таких случаях необходимо подключение психолога и, при наличии соответствующих симптомов, медицинской службы, чтобы снизить риск срывов и перехода от служебного конфликта к серьёзным последствиям для здоровья и безопасности.

Подготовка к первому бою

Подготовка к первому бою – это не отдельное мероприятие, а применение уже выстроенной работы с подразделением, стрессом и БСС к конкретной задаче. Цель главы – дать командиру и психологу практический сценарий, который можно использовать при подготовке подразделения к первому столкновению с противником.

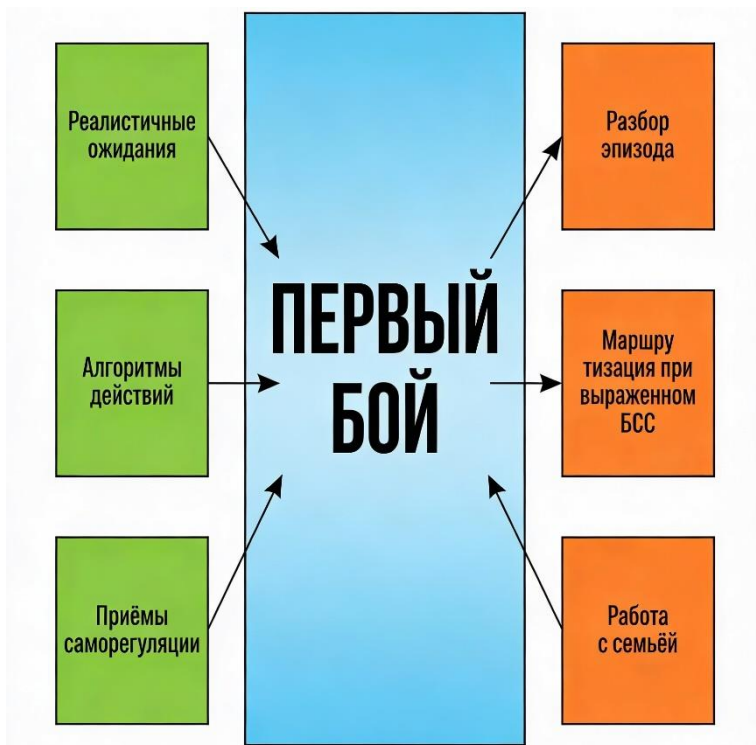


Рисунок 9 – Контур подготовки к первому бою

Контур подготовки к первому бою включает несколько шагов, которые командир выполняет последовательно перед первым боевым выходом. На схеме (рисунок 9) в центре

находится первый бой, по краям – элементы, снижающие риск дезорганизации: реалистичные ожидания, алгоритмы действий, приёмы саморегуляции, разбор эпизода, маршрутизация при выраженном БСС и работа с семьёй.

Первый шаг – проверка готовности. Командир уточняет задачу, проверяет оснащение и по короткому чек-листу оценивает состояние личного состава. Проверяется, слышит ли боец обращение, понимает ли приказ, нет ли грубых нарушений координации, признаков интоксикации или резкой дезорганизации. При необходимости командир меняет распределение ролей и информирует психолога о военнослужащих, вызывающих сомнения.

Следующий шаг – прогон типичных эпизодов. На местности или по схеме разбираются несколько наиболее вероятных ситуаций первого боя. Командир показывает, что должно делать подразделение и отдельные военнослужащие, а психолог при необходимости комментирует возможные психические реакции. Это уменьшает элемент неожиданности и позволяет заранее отработать поведение при первом обстреле, потере связи, задержке перед атакой и других эпизодах.

Третий элемент контура – проговаривание экспресс-команд. Командир заранее вводит набор коротких фраз и сигналов, которые будут использоваться для купирования стресса и возвращения бойцов к задаче. Эти команды заучиваются и отрабатываются до выхода, чтобы в бою не казаться чем-то новым и непонятным.

Четвёртый шаг – нормализация стресса. Командир в простых формулировках объясняет, что усиление тревоги, дрожь, учащённое дыхание и напряжение перед первым боем являются ожидаемой реакцией, а не признаком «несостоятельности». Отдельно оговариваются признаки, при которых военнослужащему стоит подойти к командиру или психологу: чувство полной безнадежности, навязчивые мысли о смерти, неспособность понять задачу или выраженная агрессия к своим.

Заключительный шаг контура – обозначение «точек помощи». Командир показывает, к кому конкретно можно обратиться при тяжёлых реакциях до и после боя, и как организована маршрутизация при выраженном БСС. Это снижает страх перед возможной «поломкой» и делает помощь частью обычной работы подразделения.

Таблица 16 задаёт ряд типичных эпизодов первого боя с краткими алгоритмами действий для командира и личного состава. В каждой строке выделяется ситуация, действия командира, действия военнослужащих и реакции, которые относятся к нормальному стрессу.

Примерный набор ситуаций: первый обстрел, потери в отделении, потеря или перегрузка связи, задержка перед атакой, нахождение под длительным огнём, временная потеря ориентации на местности, кратковременное выпадение командира из управления. В графе «что делает командир» описываются 2-3 простых шага, которые можно выполнить в реальной обстановке. Например, дать команду укрытия, уточнить направление угрозы и распределить сектора обзора.

В графе «что делает личный состав» фиксируются конкретные поведенческие опоры: занять укрытие, проверить дыхание, выполнить оговорённую команду, держать контакт с напарником. В колонке «ожидаемые психические реакции» перечисляются признаки нормального стресса – кратковременная растерянность, желание прижаться к земле, дрожь в руках, необходимость несколько раз повторить приказ – и указывается, что они не требуют немедленного вывода из строя.

Формулировки в таблице делаются без героизирующих штампов. Описание строится так, чтобы его можно было использовать при занятиях на местности и последующем разборе боевого эпизода.

Таблица 16 – Типичные эпизоды первого боя и алгоритмы поведения

Ситуация	Что делает командир	Что делает личный состав	Ожидаемые нормальные реакции (и что с ними делать)
Первый обстрел, внезапный контакт	Коротко даёт команду укрытия и направления обзора. Подтверждает задачу простыми словами. Следит, чтобы ключевые позиции были заняты	Занимают ближайшее укрытие, занимают оговорённые секторы, выполняют базовую команду (огонь / наблюдение / перемещение). Держат контакт с напарником	Резкий всплеск тревоги, желание «прижаться к земле», учащённое дыхание, дрожь в руках. Допустимо, если боец при этом выполняет команду. Можно добавить короткую подсказку по дыханию и действию, не выводя из строя
Потеря связи (радио / визуального контакта)	Кратко обозначает: «Связь потеряна, действуем по запасному варианту», включает заранее отработанный алгоритм (последний полученный приказ, резервная частота, сигналы). Не допускает самовольного отхода	Переходят на резервный порядок взаимодействия: используют условленные сигналы, визуальный контакт, следуют последнему понятному приказу. Проверяют положение ближайших сослуживцев	Кратковременная растерянность, раздражение, желание немедленно «выяснить, что происходит». Допустимо, если не приводят к самовольным перемещениям. Командир возвращает внимание к ближайшей задаче, не обескураживая причинны потери связи

Ситуация	Что делает командир	Что делает личный состав	Ожидаемые нормальные реакции (и что с ними делать)
Ранение или гибель сослуживца на виду у отделения	Дает минимальный приказ по эвакуации / укрытию, закрепляет одного-двух на оказание помощи, остальных – на удержание сектора. Кратко называет, что продолжаем задачу	Те, кто назначен, выполняют эвакуацию или оказание помощи. Остальные удерживают сектор, сохраняют наблюдение, не сбиваются вокруг раненого	Сильное эмоциональное напряжение, желание подбегать к раненому, злость или опеченение. Допустимо краткое «замирание», если после команды боец возвращается к задаче. После боя эпизод обязательно разбирается, эмоции протовариваются
Задержка перед атакой, длительное ожидание	Обозначает реальное время ожидания, по возможности даёт простые действия (уточнить секторы, проверить снаряжение, повторить сигналы). Следит за распространением слухов, пресекает «нагнетание»	Проверяют вооружение и экипировку, ещё раз уточняют своё место, сигналы, ориентиры. Используют простые приёмы саморегуляции, которые отрабатывались ранее	Рост внутреннего напряжения, раздражение, желание «скорее уже начать или отменить». Допустимо, если не переходит в открытый конфликт. Командир коротко возвращает внимание к конкретным действиям вместо обсуждения «почему так»

Ситуация	Что делает командир	Что делает личный состав	Ожидаемые нормальные реакции (и что с ними делать)
Нахождение под длительным огнём, ограниченные возможности манёвра	Простыми фразами поддерживает управление: кто наблюдает, кто отвечает за огонь, кто готов к перемещению. Периодически даёт краткую оценку обстановки и ближайших шагов	Соблюдают порядок смены огня и наблюдения, контролируют расход боеприпасов, по возможности используют приёмы дыхания и мышечной разрядки, не выходят из укрытия	Утомление, «зажатость», снижение точности движений, риск механического повторения одних и тех же действий. Нормально, если сохраняется выполнение основного алгоритма. Командир периодически напоминает про-стые опоры: «дышим», «контролируем сектор», «следим за патронами»
Временная потеря ориентации на местности	Кратко фиксирует факт: «ориентир потерян», назначает одного отвечать за восстановление ориентации, остальным оставляет прежние задачи (укрытие, наблюдение, связь). Не допускает хаотичных перемещений	Те, кто не занят восстановлением ориентации, продолжают удерживать позиции и наблюдение. Назначенный во-еннослужащий сверяет ориен-тиры, карту / устройство, связь с соседями	Краткий страх «мы не там», желание резко сменить позицию. Допустимо, если боец остаётся в укрытии и не уходит самовольно. Командир вслух уточняет ближайший понятный ориентир, снижая тревогу

Ситуация	Что делает командир	Что делает личный состав	Ожидаемые нормальные реакции (и что с ними делать)
Кратковременная дезорганизация командира (ошибка, задержка с решением)	При осознании ошибки коротко её обозначает и даёт обновлённую, но простую команду. Избегает самооправданий и поиска виноватых в момент боя	Выполняют последнюю чётко сформулированную команду. Не вступают в спор, не обсуждают действия командира в голос в момент контакта	Снижение доверия, внутреннее возмущение, желание действовать «по-своему». Нормально, если это не приводит к открытым спорам. Командир позже обязательно возвращается к эпизоду на разборе, признаёт ошибки и объясняет решения – это восстанавливает доверие
Завершение первого боя и выход из контакта	Чётко обозначает момент выхода: «Бой окончен», даёт простые действия на ближайшие минуты (сбор, проверка личного состава, боеприпасов, осмотр раненных). Откладывает детальный разбор на время, когда обеспечена безопасность	Выполняют команды по сбору и проверке, помогают сослуживцам, сообщают о раненых и о себе при наличии жалоб. Не уходят в сторону без доклада	Резкая смена состояния: от напряжения к «раскисенности», дрожь, смех, плач, желание говорить без остановки или, наоборот, замкнуться. Нормально в первые минуты. Командир и психолог фиксируют людей с наиболее выраженными реакциями, планируют короткую поддержку и последующий разбор эпизода

В таблице 17 приведен короткий чек-лист для командира перед выходом. Его задача – за 1-2 минуты выявить военно-служащих с состояниями, которые могут стать источником риска для себя и других.

Таблица 17 – Чек-лист экспресс-диагностики личного состава перед задачей

Параметр наблюдения	Норма (готов к задаче)	Тревожный признак (требует внимания)	Критический признак (отстранить)
Внешний вид	Опрятен, снаряжение подогнано как обычно	Мелкие нарушения (не застегнут, забыл элемент экипировки), небрежность	Грязный, безразличный к внешнему виду, запах алкоголя, стеклянный взгляд
Речь и общение	Отвечает четко, по существу, поддерживает шутки	Замкнут, отвечает односложно или с раздражением. Говорит тише/громче обычного	Не реагирует на обращение с первого раза, бессвязная речь, агрессия в ответ на вопрос
Моторика	Движения координированы, руки спокойны	Суетливость, перебирание предметов, легкий тремор пальцев	Сильная дрожь, заторможенность (ступор), роняет предметы
Поведение в строю	Включен в процесс, слушает приказ	Смотрит «сквозь» командира, вертится, отвлекается	Пытается уйти, неадекватные выкрики, плач или истерический смех

В чек-лист включены пункты: контактность (откликается, отвечает по существу или уходит в отрешённость), понимание приказа (может ли кратко пересказать задачу), особенности моторики (слишком замедленные или хаотичные движения), уровень возбуждения (выраженная заторможенность или чрезмерная суетливость), высказывания о бессмысленности происходящего или о желании «поставить точку», признаки употребления ПАВ. Для каждого пункта задаётся, что считать допустимой нормой перед первым боем и какие признаки требуют вмешательства.

По результатам экспресс-диагностики командир принимает конкретные решения. В одних случаях достаточно короткой беседы, уточнения задач и напоминания о приёмах саморегуляции. В других – требуется изменение роли, временное отстранение от наиболее сложных задач или направление к психологу и медслужбе при наличии признаков выраженного БСС или опасного поведения.

Таблица 18 содержит набор коротких команд, которые помогают командиру и сержантам воздействовать на состояние военнослужащих без длинных объяснений. Каждая команда привязана к конкретной ситуации и ожидаемому эффекту.

Возможные ситуации: паника и хаотичные движения, ступор и «замирание», чрезмерное возбуждение с выкриками и лишними действиями, «залипание» на одной цели при потере контроля за обстановкой, навязчивое повторение одного и того же движения. Для каждой ситуации в таблице указывается текст команды, максимально простой и без метафор, и то, чего командир ожидает от бойца: три медленных вдоха, переход в укрытие, повторение приказа, обозначение ориентира, выполнение одного конкретного действия.

Таблица 18 – Экспресс-команды для купирования стресса

Тип реакции	Признаки	Команда / Действие командира
Ступор	Неподвижность, оцепенение, отсутствие реакции на речь	Резкий, громкий оклик по имени. Болевое раздражение (ущипнуть мочку уха, сжать трапециевидную мышцу). Команда действия: «Встать! Взять автомат!»
Двигательное возбуждение	Бесцельный бег, суэта, махание руками	Команда «Стоять!». Физический захват (сзади, фиксация рук). Усадить («Сесть!»). Предложить силовое действие (толкать стену, сжимать руки командира)
Агрессия	Злость, крик, угрозы, поиск виноватых	Не спорить. Говорить тише и медленнее бойца. Отвлечь внимание («Смотри, что там происходит!»). Дать выход агрессии в мирное русло («Копай здесь!», «Тащи ящики!»)

Команды строятся на базе приёмов управления острым стрессом: контролируемое дыхание, заземление через опору на тело и окружающие предметы, переключение внимания на задачу, структурирование ближайших шагов. Они заранее отрабатываются в ходе подготовки, чтобы в бою были восприняты как часть обычной командирской работы, а не как нечто «психологическое» и чуждое.

Разбор боевых эпизодов и работа после боя

Разбор боевого эпизода и дальнейшая работа после боя нужны для того, чтобы перевести нагрузку из стихийного переживания в управляемый процесс восстановления, обучения и раннего выявления БСС. Общая последовательность разбора боевого эпизода на уровне отделения или взвода была показана на рисунке 8; там объединены тактическая часть и психические реакции подразделения. Разбор проводится в первые часы после боя, после обеспечения безопасности и выполнения неотложных организационных действий.

Командир задаёт структуру встречи. Сначала кратко фиксируются факты: время, место, задача, действия подразделения и противника, результат. Затем восстанавливается хронология: что планировалось, что произошло на самом деле, где возникли расхождения. После этого выделяются удачные решения и ошибки без поиска «виноватых», формулируются конкретные выводы «что делаем так же» и «что изменим в следующий раз».

Психолог, если присутствует, не перетягивает внимание с тактики. Его задача – мягко отмечать и нормализовать характерные реакции: напряжение, дрожь, вспышки раздражения, эпизодический страх, спутанность в момент пика нагрузки. Важно обозначить, что многие такие проявления относятся к нормальным стрессовым реакциям, а не к «слабости» или «непригодности». Параллельно психолог отмечает военнослужащих с более выраженными или необычными реакциями, чтобы вернуться к ним на последующих этапах.

На каждом шаге разбора в тексте главы прямо указывается: что делает командир, что делает психолог и какой результат ожидается. Для командира – это лучшее понимание обстановки, снижение хаоса и слухов, фиксация выводов;

для психолога – первичное разделение нормальных реакций и признаков, требующих наблюдения или вмешательства.

Этапы работы после боевого эпизода сведены на рисунке 10 и идут последовательно: «сразу после боя», «первый разбор», «наблюдение в ближайшие дни», «углублённая работа». В тексте каждый этап описывается отдельно, с ответами на вопросы «что делаем», «кто делает», «какой минимум результата нужен, чтобы перейти дальше».



Рисунок 10 – Этапы работы после боевого эпизода

Этап «сразу после боя». Командир организует сбор подразделения, проверку личного состава, боеприпасов и техники, минимальное восстановление порядка и безопасности. Коротко обозначает: что выполнено, что предстоит в ближайшее время, где и как располагается подразделение. Психолог, если он на месте, наблюдает за общим фоном, фиксирует военнослужащих с самыми резкими реакциями (ступор, неконтролируемый плач, агрессия, явная дезорганизация), помогает задать простые правила поведения на ближайшие часы. Цель этого этапа – стабилизировать ситуацию и дать людям ощущение управляемости.

Этап «первый разбор» обычно проводится в пределах 24 часов и частично соответствует нижнему блоку рисунка 8. Здесь проводится структурированный разбор эпизода по единой схеме: что планировали, что сделали, что произошло, что мешало, что будем менять в следующий раз. Командир ведёт обсуждение и фиксирует выводы, психолог обращает внимание на то, какие реакции в ближайшие дни считать допустимыми, а какие требуют настороженности и дальнейшего наблюдения. Минимальный результат – тактические выводы, понятные всем участникам, и предварительный список военнослужащих, которым нужна дополнительная поддержка.

Этап «наблюдение в ближайшие дни». В течение нескольких суток командир и сержанты наблюдают за сном, настроением, работоспособностью, употреблением ПАВ, склонностью к изоляции или, наоборот, к рискованным действиям. Психолог при возможности проводит короткие индивидуальные беседы с теми, кто был выделен на разборе или начал проявлять новые признаки. Задача этапа – отделить преходящие нормальные реакции от нарастающих проблем; опорная информация приведена в таблице 19.

Этап «углублённая работа». Если по итогам наблюдения сохраняются выраженные признаки дезадаптации, командир совместно с психологом организует углублённую помощь. Сюда относится направление на психологический дебрифинг по схеме, приведенной в Приложении 2, индивидуальные консультации, при необходимости – медицинское обследование и временное ограничение по задачам. Минимальный результат – понятный план дальнейшего сопровождения конкретных военнослужащих и ясное решение, кто может продолжать службу в полном объёме, а кому нужна пауза или смена вида деятельности.

Таблица 19 – Признаки после боя и требуемая степень вмешательства

Требуемая степень вмешательства	Признаки (как это выглядит)	Допустимая длительность	Что делать и кто делает
Наблюдение, от-дельного вмеша-тельства не тре-буется	Сон поверхностный, но боец засыпает и способен выполнять задачи днём. Повышенная настороженность, частое отглядывание, вздрагивание на резкие звуки. Эпизодические вспышки раздражения без грубых срывов. Разговоры о пережитом бое, повторное обсуждение деталей с сослуживцами. Лёгкое снижение аппетита, усталость, желание больше молчать или, наоборот, много говорить, но при этом че-ловек остаётся включённым в работу	Обычно до несколь-ких дней после боя, с постепенным ослаблением прояв-лений	Командир и сержанты: знают об этих реакциях как о нормальных, не стигматизируют, дают возможность выговориться в быту, по возможности не перегружают сверх меры. Психолог: при наличии времени может коротко разъяснить, что та-кие реакции укладываются в норму и обычно проходят сами
Усиленное наблюдение и краткое вмеша-тельство	Стойкие трудности со сном: засыпание резко затруднено или часто просыпается, днём выраженная сонливость. Постоянная раздражительность, грубой тон, резкие	Если такие проявле-ния держатся дольше нескольких дней и не идут на	Командир: проводит отдельную бе-седу, уточняет самочувствие, напо-минает о доступных маршрутах по-

Требуемая степень вмешательства	Признаки (как это выглядит)	Допустимая длительность	Что делать и кто делает
	перепады настроения. Заметное падение внимательности и точности действий, забывчивость там, где раньше проблем не было. Повторяющиеся навязчивые воспоминания или «картинки» боя, которые мешают сосредоточиться. Слова о том, что «всё равно ничего не изменится», «всё это бессмысленно». Начало злоупотребления алкоголем или другими ПАВ, участвовавшие конфликты	спад, либо сразу выражены настолько, что мешают службе	мощи, временно снижает сложность задач, усиливает контроль за доступом к оружию и ПАВ. Психолог: проводит краткую консультацию, даёт простые приёмы саморегуляции, по согласованию с командиром наблюдает военнослужащего несколько дней. При отсутствии улучшения готовит направление на более развёрнутую помощь
Немедленная маршрутизация к психологу и мед-службе	Открытые высказывания о желании покончить с собой, подготовка к этому, запiski, прощальные сообщения. Угрозы сослуживцам, попытки причинить вред себе или другим. Резкая дезорганизация: человек не понимает, где находится и что должен делать, не способен выполнить	Независимо от длительности: достаточно одного выраженного эпизода	Командир или дежурный начальник: немедленно ограничивает доступ к оружию и технике, обеспечивает сопровождение, докладывает по команде и организует направление на срочную психиатрическую/психологическую оценку.

Требуемая степень вмешательства	Признаки (как это выглядит)	Допустимая длительность	Что делать и кто делает
	простую инструкцию. Явное грубое злоупотребление ПАВ с потерей контроля. Тяжёлые ночные кошмары с отказом спать, постоянное чувство угрозы, изоляция от всех или, наоборот, рискованное поведение с игнорированием опасности		Медслужба и психолог: проводят экстренную оценку состояния, решают вопрос о госпитализации, лечении и временном отстранении от службы

Практически значимые признаки и требуемый уровень вмешательства приведены в таблице 19; таблица используется командиром и сержантами как ориентир при наблюдении за личным составом в первые дни после боя. В ней выделяются три блока.

Первый блок – реакции, не требующие отдельного вмешательства. Сюда относятся: затруднения со сном в первые ночи, повышенная настороженность, эпизодические вспышки раздражения, краткие навязчивые воспоминания, желание многократно обсуждать произошедшее, умеренное снижение аппетита. В этих случаях достаточно наблюдения, возможности выговориться в бытовой обстановке, напоминаний о приёмах саморегуляции и включения военнослужащего в понятные служебные задачи без избыточной нагрузки.

Второй блок включает реакции, требующие усиленного наблюдения и краткого вмешательства. К ним относятся выраженные нарушения сна с заметной усталостью днём, стойкая раздражительность, резкие перепады настроения, снижение работоспособности, повторяющиеся навязчивые воспоминания, эпизодические высказывания о бессмысленности жизни, начальные злоупотребления алкоголем или другими ПАВ. Для каждого признака в таблице указана ориентировочная допустимая длительность (обычно несколько дней), после которой необходимо подключение психолога. Отдельно обозначены действия командира: индивидуальная беседа, временное снижение нагрузки, контроль доступа к оружию и ПАВ, информирование психолога.

Третий блок – признаки, требующие немедленной маршрутизации к психологу и медслужбе. К ним относятся открытые суицидальные высказывания или попытки, угрозы сослуживцам, выраженная дезорганизация поведения, невозможность выполнять элементарные обязанности, тяжёлые кошмары с отказом от сна, резкий уход в изоляцию или наоборот деструктивное рискованное поведение, грубое

злоупотребление ПАВ. В таблице для каждого такого признака приводится пример поведения и порядок действий: кто докладывает, кому, как быстро нужно вывести военнослужащего из строя, куда его направить и кто отвечает за сопровождение.

Во всех трёх блоках используется описательное поведение, понятное командиру и сержанту, без сложных диагностических терминов; для каждого признака сразу задаются ожидаемые действия и зона ответственности участников системы помощи. Алгоритм проведения психологического дебрифинга и рекомендуемая структура встречи даны в Приложении 2; в самой главе описывается место дебрифинга в общей системе послебоевой работы и показания к его проведению.

Дебрифинг рассматривается как дополнительный инструмент, а не замена командирскому разбору. Показания: тяжёлые потери, эпизоды с высокой субъективной угрозой, случаи, когда значительная часть подразделения демонстрирует сильные или затяжные реакции БСС, наличие напряжённости между группами внутри подразделения после боя. Формат – небольшие группы, отдельное время и место, участие психолога или специалиста по стресс-контролю, отсутствие обсуждения тактики (эта часть уже завершена на рисунке 8 и в командирском разборе).

Последовательность шагов описывается в рабочем ключе. Сначала кратко объясняется цель и правила, затем участники восстанавливают ход события, обмениваются своим восприятием и реакциями без давления и оценок, после чего часть переживаний нормализуется и отдельно обсуждаются признаки, при которых стоит обращаться за дальнейшей помощью, а также доступные маршруты этой помощи. Отдельно отмечается, что длительный принудительный «выговор эмоций» сразу после травмы не применяется, поскольку способен усиливать симптомы, поэтому дебрифинг проводят по показаниям и в более стабилизированных условиях, с учётом современных данных.

Мероприятия помощи при БСС на разных уровнях системы

Боевой и служебный стресс по-разному проявляется в зависимости от нагрузки, особенностей человека и состояния подразделения. В одних ситуациях он остаётся в пределах рабочей мобилизации. В других приводит к дезадаптации и срыву. Эта глава описывает, как использовать уже описанные выше этапы стресса, таблицы и алгоритм для помощи при БСС на уровне отделения и взвода, части, медслужбы и специализированных центров. Этапы стресса и изменения работоспособности отражены в таблице 4. Уровни вмешательства и типичные реакции сведены в таблице 6. Общая последовательность решений по помощи показана на рисунке 4.

Таблица 4 задаёт несколько последовательных этапов состояния. Там показано, как личный состав переходит от оптимальной мобилизации к выраженной дезадаптации и как при этом меняются поведение и работоспособность. Командиру важно видеть в этой таблице ежедневный рабочий ориентир. Она помогает понимать, на каком этапе находится человек или подразделение.

Таблица 6 группирует реакции по трём уровням вмешательства. Первый уровень – наблюдение и краткая поддержка. Второй – усиленное наблюдение и короткое вмешательство командира и психолога. Третий – немедленное направление к медслужбе и, при необходимости, в специализированные центры. В таблице использованы простые поведенческие признаки. Это сон, выполнение задач, дисциплина, употребление ПАВ, рискованное или агрессивное поведение.

Рисунок 4 показывает последовательность решений, которые принимает командир и психолог, когда видят изменения в состоянии военнослужащего. Сначала оценивается этап стресса по таблице 4. Затем уровень реакции по таблице 6. После этого выбирается ближайшее действие. В

простых случаях достаточно наблюдения и поддержки в подразделении. При нарастающих или тяжёлых проявлениях запускается маршрут помощи на уровне части и медслужбы.

Этапы стресса и виды помощи

На этапе оптимальной или умеренной мобилизации военнослужащий чувствует напряжение и усталость, становится более настороженным. Возможны лёгкие трудности со сном. Работоспособность в целом сохранена. Такие проявления относятся в таблице 4 к зоне нормального стресса и к первому уровню вмешательства в таблице 6. Командир обеспечивает понятные задачи, корректные разборы, поддерживает сплочённость. Психолог при возможности даёт короткие рекомендации по саморегуляции. Дополнительных мер не требуется, но состояние стоит отслеживать.

При усиленном стрессе и начальной дезадаптации меняется качество выполнения задач. Сон становится поверхностным или прерывистым. Днём выражена усталость. Падает концентрация. Чаще возникают конфликты. В разговоре появляются навязчивые возвращения к отдельным эпизодам. Могут возникать первые эпизоды злоупотребления алкоголем или другими ПАВ. Такой набор признаков соответствует промежуточному этапу в таблице 4 и второму уровню вмешательства в таблице 6. Командир проводит индивидуальную беседу, уточняет самочувствие, ситуацию вне службы, проверяет отношение к дальнейшим задачам. При необходимости временно упрощает роль, усиливает контроль за доступом к оружию и ПАВ, информирует психолога части. Психолог оценивает состояние, обучает простым приёмам саморегуляции и планирует наблюдение на ближайшие дни.

Этап выраженной дезадаптации проявляется тем, что человек перестаёт справляться даже с простыми поручениями. Поведение становится непредсказуемым. Нарушения дисциплины грубые и повторяющиеся. Нередко фиксируется выраженное злоупотребление ПАВ. В речи могут зву-

чать угрозы в свой адрес или в адрес сослуживцев. Появляются эпизоды дезорганизации, когда военнослужащий не может выполнить даже короткий приказ. Это соответствует в таблице 4 тяжёлому этапу и третьему уровню вмешательства в таблице 6. В таком случае командир обязан немедленно ограничить доступ к оружию и технике, вывести человека из опасных задач, назначить сопровождающего и оформить направление к психологу и медслужбе по алгоритму, приведенному на рисунке 4.

Уровень подразделения

Отделение и взвод – первая линия наблюдения и помощи. Командир и сержанты ежедневно видят, как человек спит, работает, общается с другими. Они первыми замечают переход от обычного напряжения к начальной дезадаптации и от дезадаптации к срыву.

Если состояние соответствует указанным в таблицах 4 и 6 признакам нормального стресса, командир продолжает обычную работу. Он проводит разборы, даёт понятные задачи, следит за равномерной нагрузкой, напоминает о приёмах саморегуляции и экспресс-командах. Дополнительно можно поощрять неформальную поддержку внутри подразделения. Такая работа снижает риск дальнейшего смещения в сторону дезадаптации.

При признаках усиленного стресса командир переходит к более активным действиям. Он проводит короткие беседы с военнослужащими, которые выделяются по поведению. В беседе уточняет, с чем сам человек связывает изменения в своём состоянии, и оценивает готовность выполнять задачи. После этого может временно перераспределить нагрузку, дать более понятные и структурированные задачи, усилить участие в разборе эпизодов. При необходимости командир инициирует консультацию у психолога части и фиксирует основные наблюдения, чтобы они не потерялись.

Если проявления выходят на уровень выраженной дезадаптации, командир действует жёстко и быстро. Он выводит военнослужащего из расчётов, патрулей и других опасных задач. Назначает сопровождающего. Докладывает по

команде и запускает маршрут помощи по алгоритму, приведенному на рисунке 4. На этом этапе попытки «уговорить» или «поставить в пример» уже не работают и могут усугубить состояние.

Уровень части

На уровне части работу координируют командир, штатный психолог и медслужба. Они получают информацию из подразделений, сопоставляют данные, выявляют повторяющиеся случаи и очаги неблагополучия. Это позволяет увидеть, где требуется усиление работы с конкретным человеком, а где – с целым подразделением.

Психолог части проводит более подробную оценку состояния, используя наблюдение, короткие опросы и беседы. Он соотносит увиденное с этапами стресса (таблица 4) и уровнями вмешательства (таблица 6). Если состояние относится к зоне усиленного стресса, может ограничиться кратким вмешательством и рекомендациями командиру. При признаках выраженной дезадаптации выносит предложение о направлении в медслужбу.

Медслужба части подключается уже на этом уровне. В одних случаях она проводит первичный осмотр и оставляет военнослужащего под наблюдением, в других – рекомендует госпитализацию. Командир части получает от психолога и медиков не только диагнозы, но и указания по дальнейшему использованию (например, временное ограничение по несению службы, запрет на отдельные виды работ, необходимость регулярного контроля).

Медслужба и специализированные центры

Профильные отделения медслужбы работают с теми, у кого выраженный БСС сочетается с нарушениями сна, настроения, зависимостью или другими расстройствами. Там проводится клиническая оценка и лечение. По итогам такого этапа медслужба даёт части письменные рекомендации. В них указывается, какие нагрузки допустимы, какой объём ответственности возможен, какой режим наблюдения нужен после возвращения к службе.

Специализированные центры принимают военнослужащих с хроническими последствиями БСС, ПТСР, выраженной зависимостью или сложной семейной ситуацией, где краткосрочные меры не привели к стойкому улучшению. В центре проводятся длительные реабилитационные программы. По их завершении готовится заключение для медслужбы и части. В нём формулируются варианты дальнейшей службы, необходимость ограничения или демобилизации и рекомендации по наблюдению.

Важно подчеркнуть, что направление в специализированный центр – это продолжение помощи, а не «выведение за скобки». Такое понимание снижает стигматизацию и у командира, и у личного состава.

Алгоритм, приведенный на рисунке 4, упрощает принятие решений. Чтобы он не оставался схемой «на бумаге», полезно привязать его к типичным ситуациям.

Первая ситуация. После серии выходов командир отделения замечает, что боец стал плохо спать, чаще раздражается и допускает ошибки в привычных действиях. По содержанию таблицы 4 это уже не обычное напряжение. По таблице 6 признаки соответствуют второму уровню вмешательства. Командир по шагам алгоритма проводит беседу, временно упрощает задачи, усиливает наблюдение и договаривается с психологом части о консультации. Через несколько дней он оценивает изменения. Если состояние улучшается, остаётся в режиме наблюдения. Если нет, по тому же алгоритму поднимает уровень и инициирует обращение в медслужбу.

Вторая ситуация. Психолог части получает несколько сообщений о военнослужащем, который срывается на сослуживцев, злоупотребляет алкоголем и говорит, что «ему всё равно». При беседе выявляются грубые нарушения сна, эпизоды утраты контроля и мысли о саморазрушении. Это соответствует тяжёлому этапу в таблице 4 и третьему уровню вмешательства в таблице 6. Психолог в таком случае не ограничивается рекомендациями командиру. Он ини-

цирует срочное направление в профильное отделение. Командование части обеспечивает сопровождение и временное отстранение от службы до решения медиков.

Каждый из таких примеров показывает, что алгоритм можно использовать как обыденный инструмент управления людьми. Он помогает не недооценить тяжесть состояния и не перегрузить систему необоснованными направлениями.

Таблица 20 собирает в одном месте несколько уже введённых элементов и показывает, как ими пользоваться вместе. В ней указан этап состояния по таблице 4, перечислены характерные поведенческие признаки, обозначен основной уровень реагирования и кратко описаны действия на этом уровне с ориентиром, когда переходить к следующему.

Командир подразделения по таблице 20 может быстро оценить, в каком из трёх состояний находится военнослужащий – относительная норма, напряжённая адаптация или дезадаптация. Затем он видит, какие меры доступны на уровне отделения или взвода и в какой момент нужно подключить психолога части или медслужбу. Психолог и медслужба опираются на те же строки таблицы при планировании объёма наблюдения, выбора кратких вмешательств и решения о направлении в специализированный центр.

Таблица 20 не заменяет подробного описания, приведенного в таблицах 4 и 6, и не подменяет алгоритм рисунка 4. Она показывает, как эти материалы работают вместе и как распределяются действия между уровнями системы. Для командира и психолога это сводный рабочий инструмент, который помогает одновременно учитывать состояние конкретного человека и общую структуру помощи при БСС.

Таблица 20 – Уровни помощи при БСС в зависимости от состояния и признаков

Этап состояния (по таблицам 4 / 6)	Типичные признаки (как это выглядит)	Основной уровень реагирования	Конкретные действия	Когда подключать следующий уровень
Оптимальная / умеренная мобилизация, нормальный стресс	Повышенная настороженность, напряжение, эпизодические вспышки раздражения, краткие трудности со сном, работоспособность сохранена	Подразделение (командир, сержанты)	Наблюдение, нормализация через краткие объяснения и разборы, напоминание приёмов саморегуляции, поддержка сплочённости	При усилении признаков, появлении устойчивых нарушений сна, падении работоспособности или росте конфликтности
Усиленный стресс, начальные признаки дезадаптации	Стойкие трудности со сном, выраженная усталость, снижение концентрации, раздражительность, навязчивые воспоминания, эпизодическое злоупотребление ПАВ, рост конфликтов	Подразделение + психолог части	Командир: отдельная беседа, временное уточнение / облегчение задач, контроль доступа к оружию и ПАВ. Психолог: краткая диагностика, обучение приёмам саморегуляции, план наблюдения на ближайшие дни	При отсутствии улучшения в течение заданного срока или появлении угрозы себе / другим – направление в медслужбу по алгоритму (рисунок 4)

Этап состояния (по таблицам 4 / 6)	Типичные признаки (как это выглядит)	Основной уровень реагирования	Конкретные действия	Когда по-прежнему следующий уровень
Выраженный БСС, значи- мое падение работоспо- собности	Невозможность выполнять простые задания, грубые нарушения дисциплины, тя- жёлые нарушения сна, по- стоянные кошмары, выра- женное злоупотребление ПАВ, угрозы себе и окружа- ющим	Медслужба части / госпиталь	Срочная оценка состояния, реше- ние о госпитализации или интен- сивной амбулаторной помощи, при необходимости – медика- ментозная терапия. Обратная связь командиром части с реко- мендациями по дальнейшему ис- пользованию военнослужащего	При резистентности к лечению, сочетании с тя- жёлой зависимостью или сложными психотравми- рующими обстоятельствами – направление в специализированный центр
Хронические последствия БСС, стойкая дезадаптация	Длительные нарушения сна и настроения, ПТСР, выра- женная зависимость, повто- ряющиеся срывы при нагрузках, длительная утрата боеспособности	Специализиро- ванные центры	Комплексная реабилитация, пси- хотерапия, лечение зависимо- стей, работа с семьёй, оценка возможности и форм дальнейшей службы или демобилизации	По завершении про- граммы – передача реко- мендаций в медслужбу и часть, мониторинг по ме- ду службам или прожиз- вания

Работа с семьями военнослужащих

Поддержка семьи – отдельный ресурс устойчивости и адаптации, но не зона бесконтрольного вмешательства части в частную жизнь. Данная глава замыкает контур сопровождения: подготовка, первый бой, послебоевая работа, помощь при БСС на разных уровнях и коммуникация с семьёй как с внешним, но важным звеном системы. Глава опирается на действующие положения о психологической службе и профилактике суицидального поведения, где семья включена в число объектов психопрофилактической работы при соблюдении добровольности и конфиденциальности.

В начале необходимо подчеркнуть, что поддерживающая и информированная семья повышает устойчивость военнослужащего, облегчает возвращение после нагрузок и помогает заметить ранние признаки дезадаптации. Это проявляется в эмоциональной поддержке, признании значимости службы, готовности терпимо относиться к временным изменениям поведения после тяжёлых эпизодов, а также в помощи в соблюдении режима отдыха и восстановления во время отпусков.

Одновременно семейная система может быть источником дополнительного стресса. Постоянные конфликты, давление с требованием «немедленно вернуться любой ценой», использование алкоголя и других ПАВ как основного способа снятия напряжения в быту повышают риск срывов и усугубляют БСС. В тексте прямо фиксируется, что работа с семьёй ведётся только в пределах компетенции военного звена и не заменяет гражданскую психологическую и социальную помощь; вмешательство без запроса или согласия недопустимо.

Рисунок 11 используется как схема точек контакта части и семьи на разных этапах службы. На схеме показаны четыре основные линии. Первая – информирование семьи до отправки. Вторая – поддерживающая коммуникация во

время выполнения задач. Третья – сопровождение возвращения и реадаптации. Четвёртая – маршрутизация семьи и самого военнослужащего в гражданские службы при выраженных проблемах.

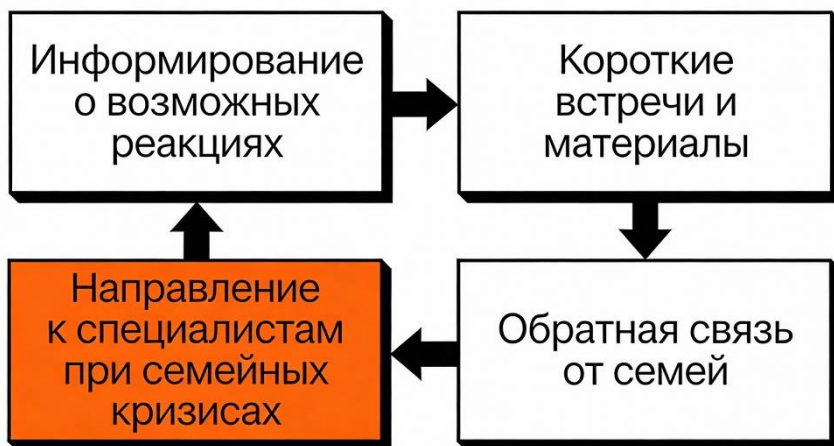


Рисунок 11 – Формы работы с семьями

Важно пояснить, что командир и психолог не разбирают семейные конфликты и не становятся арбитрами. Их задача - сообщать понятную информацию о характере службы в разрешённых объёмах, обозначать границы ответственности и, при необходимости, подсказывать, в какие гражданские структуры можно обратиться. Это позволяет использовать ресурс семьи, не превращая часть в орган вмешательства в частную жизнь.

Основные направления работы с семьями

Информационная работа. Часть доводит до семей базовые сведения о характере службы, возможных реакциях на нагрузку и признаках, при которых стоит обращаться за помощью. Это памятки, краткие встречи перед отправкой, информация на официальных ресурсах части. При этом не раскрывается служебная тайна и не обсуждаются индивидуаль-

ные особенности конкретного военнослужащего без его согласия, если иное не предусмотрено особыми основаниями (угроза себе или другим).

Консультирование по запросу. Психолог может проводить краткие консультативные беседы с членами семьи по их обращению или с согласия военнослужащего. В таких беседах уточняется, как семья воспринимает службу, какие сложности возникают при возвращении, что происходит в повседневном взаимодействии. Рекомендации строятся вокруг вопроса «что можно сделать дома, чтобы не усугублять стресс» – режим, ограничения по алкоголю, безопасное обсуждение пережитых событий, поддерживающее общение. При выраженных трудностях психолог предлагает обратиться в гражданские центры, к психиатру, наркологу или семейному консультанту.

Координация маршрутизации. Если семья сообщает о выраженных проблемах – угрозы себе или другим, грубое злоупотребление ПАВ, резкая дезадаптация в быту, – психолог не превращается в семейного терапевта. Он фиксирует существенную информацию, оценивает риски для самого военнослужащего и окружающих, информирует командование и при необходимости медслужбу. Далее решение о привлечении гражданских структур и выборе формы помощи принимается командованием с учётом режима службы и правовых требований.

Подготовка к возвращению и реадаптации. Перед отпуском или возвращением после длительной нагрузки целесообразно заранее информировать семью о возможных временных изменениях в поведении и настроении. Психолог готовит краткую памятку, согласованную с командованием, где описаны ожидаемые реакции (повышенная настороженность, раздражительность, нарушения сна) и простые меры поддержки в быту. Это снижает риск взаимных обвинений и помогает семье воспринимать изменения как часть процесса восстановления, а не как «испортившийся характер».

Коммуникация с семьями

Таблица 21 «Рекомендуемые формулировки для общения с семьёй» служит рабочим ориентиром для командира и психолога. В ней предложены нейтральные или поддерживающие формулировки и приведены примеры стоп-формулировок, которые лучше не использовать, чтобы не усиливать тревогу и напряжение в семье.

Таблица 21 – Рекомендуемые формулировки для общения с семьёй

Ситуация	Чего избегать (стоп-формулировка)	Рекомендуемая формулировка
Беспокойство о безопасности	«С ним ничего не случится» / «Мы гарантируем, что всё будет хорошо»	«Мы делаем всё возможное, чтобы снизить риск, и готовим личный состав к разным ситуациям»
Оценка переживаний семьи	«Вы слишком переживаете» / «Не накручивайте себя»	«Ваши переживания понятны. Давайте обсудим, что сейчас можно контролировать и куда можно обратиться при необходимости»
Перекладывание ответственности	«Если дома будет плохо, он не выдержит»	«Домашняя поддержка облегчает восстановление, а за условия службы и помощь при стрессе отвечает часть»
Обсуждение изменений после возвращения	«Он вернулся, значит всё в порядке, не придумывайте»	«После нагрузки возможны временные изменения. Если что-то кажется вамстораживающим, лучше обсудить это и при необходимости обратиться за помощью»

Ситуация	Чего избегать (стоп-формулировка)	Рекомендуемая формулировка
Давление на «стойкость»	«Надо просто быть сильнее» / «Возьмите себя в руки»	«Сейчас нагрузка высокая, и это отражается на всех. Важно поэтапно разбираться с тем, что можно изменить и как поддержать друг друга»
Сообщения о помощи	«Если будет плохо, мы его заберём и вы ничего не решаете»	«Если возникнут серьёзные трудности, мы подключим специалистов. При этом семья будет в курсе принимаемых решений»
Обсуждение конфликта в семье	«Вы сами виноваты, что он так реагирует»	«Семейные конфликты усиливают напряжение. Если хотите, можем обсудить, какие шаги дома помогут снизить нагрузку для всех»
Тема ПАВ	«Не давайте ему пить вообще, иначе всё будет плохо»	«Алкоголь и другие вещества часто ухудшают состояние после стресса. Лучше заранее обсудить дома разумные ограничения и альтернативные способы отдыха»
Информация о службе	«Я не могу ничего сказать, это секрет» (резкое обрывание разговора)	«Есть информация, которую нельзя обсуждать. Но в общих чертах могу объяснить, с какими нагрузками связана служба и какие реакции считать ожидаемыми»
Отказ в консультации	«Это не наша проблема, это ваши семейные дела»	«Глубокие семейные вопросы выходят за рамки наших полномочий. Могу подсказать, куда можно обратиться за специализированной гражданской помощью»

При работе с семьёй рекомендуется соблюдать следующие основные правила.

Не давать обещаний, которые не зависят от части и психолога. Формулы «с ним ничего не случится» или «мы гарантируем, что всё будет хорошо» создают завышенные ожидания и подрывают доверие при любом осложнении обстановки. Более корректно говорить о профессиональной подготовке, принятых мерах безопасности и системной работе по снижению рисков, не обещая абсолютной защиты.

Не перекладывать ответственность на семью. Фразы вроде «если дома будет плохо, он не выдержит» направляют разговор в сторону поиска виноватых и усиливают чувство вины у близких. Предпочтительнее формулировка «поддержка дома облегчает восстановление, а часть отвечает за условия службы и помощь при БСС». Это подчёркивает разделённую ответственность без обвинений.

Не обесценивать переживания. Высказывания «вы слишком переживаете» или «надо просто быть сильнее» закрывают диалог. Лучше признать, что тревога семьи понятна, и перевести разговор к конкретным шагам: что сейчас можно контролировать, какие признаки у военнослужащего стоит отслеживать, куда и в каком порядке можно обратиться при нарастании проблем.

Таблица 21 помогает удерживать рабочий, аккуратный стиль общения. Она пригодна как для очных бесед, так и для подготовки письменных ответов и памяток.

Юридические и организационные рамки

Необходимо чётко обозначить границы вмешательства в семейную сферу. Психолог и командир не имеют права собирать подробные сведения о личной жизни без согласия, вмешиваться в имущественные, бракоразводные и подобные споры, навязывать участие в консультациях членам семьи. Это основано на общих требованиях к сохранению тайны личной жизни и на положениях о работе психологической службы.

Допустимая зона деятельности включает информирование, консультирование по запросу, оценку рисков, связанных с безопасностью самого военнослужащего и окружающих, а также маршрутизацию внутри военной системы и при необходимости в гражданские организации. Такой подход позволяет замкнуть контур сопровождения, не выходя за пределы полномочий и не создавая у психолога и командира завышенной ответственности за семейную систему в целом.

Роль командира в работе со стрессом

Глава адресована командирам отделения, взвода, роты, батальона и выше, а также офицерам штабов, отвечающим за морально-психологическое обеспечение и работу психологической службы. От качества их решений зависит не только выполнение задачи, но и то, как личный состав переносит боевой и служебный стресс, какие последствия останутся у людей после нагрузки.

Цель главы – дать командиру рабочий инструмент управления стрессом подчинённых, связанный с действующей нормативной базой, системой ППО, положением о психологической службе и практическими приложениями книги. Речь идёт не о том, чтобы командир «лечил», а о том, чтобы он умел вовремя увидеть проблему, правильно отреагировать и использовать ресурсы системы.

Зона ответственности командира по отношению к стрессу

Формирование безопасной и предсказуемой среды

Командир обязан формировать для подчинённых максимально понятную, структурированную и управляемую среду службы. Это включает ясность задач, чёткое распределение ролей, справедливое распределение нагрузки, соблюдение режима отдыха и ротаций в пределах возможностей обстановки.

Командир может уменьшать стресс неопределённости за счёт своевременного информирования о предстоящих мероприятиях, задачах, предполагаемых сроках и рисках. Нежелателен «информационный вакуум», когда личный состав остаётся без понимания, что и почему происходит, так как это усиливает тревогу и снижает доверие.

Психологическая наблюдательность

Командир обязан знать основные признаки боевого и служебного стресса, описанные в предыдущих разделах книги, и уметь замечать изменения в поведении, работоспо-

собности и дисциплине подчинённых. Типичные поведенческие сигналы: резкая замкнутость или, наоборот, расторможенность, рост конфликтности, избегание задач, небрежность в выполнении привычной работы, ошибки в отработанных действиях.

К соматическим признакам относятся жалобы на бессонницу, хроническую усталость, головные боли, сердцебиения, боли в животе при отсутствии ясных объективных причин. Командир не должен игнорировать такие изменения или списывать их лишь на «характер», особенно если они появились после интенсивных нагрузок или тяжёлых событий.

Обратная связь и поддержка

Командир обязан выстраивать с личным составом такую систему обратной связи, при которой люди могут говорить о сложностях без страха немедленного наказания или стигматизации. Основные форматы – короткий разбор по задаче, индивидуальная беседа, малые групповые обсуждения после напряжённых эпизодов.

Командир может использовать простые вопросы о самочувствии, сне, концентрации внимания и готовности к следующей задаче как часть обычного делового общения. Недопустимы унижение, высмеивание, публичное разоблачение слабостей, так как это закрывает подчинённым возможность обращаться за помощью и увеличивает риск скрытых срывов.

Взаимодействие со специалистами

Командир обязан привлекать психолога и врача в ситуациях, когда наблюдаются устойчивые признаки дезадаптации, резкое снижение работоспособности, нарушения поведения или высказывания о нежелании жить. Он также обязан информировать вышестоящее командование, если состояние военнослужащего влияет на несение службы или выполнение боевых задач.

Командир может и должен использовать возможности системы ППО и психологической службы, не пытаясь замкнуть собой специалиста. Недопустимо скрывать тяжёлые

случаи, «решать вопрос своими силами» ценой здоровья военнослужащего или безопасности подразделения.

Документирование и отчётность

Командир обязан фиксировать ключевые решения, связанные с состоянием подчинённых: изменение задач, временное ограничение в несении определённых видов службы, направление к психологу или врачу. Минимальный набор – краткие служебные записи или отметки в предусмотренных журналах и картах сопровождения.

Командир может опираться на предложенные в приложениях образцы документов, чтобы не перегружать себя лишней бюрократией и при этом обеспечивать прослеживаемость решений. Недопустимо полностью обходиться без записей при наличии выраженных проблем, так как это лишает систему возможности анализировать ситуации и защищать как подчинённых, так и самого командира.

Алгоритм действий командира при признаках боевого и служебного стресса

Алгоритм выстроен по принципу последовательных шагов, каждый из которых включает понятные критерии и решения. Более детально он представлен в Приложении 1 и вынесен в таблицу 22.

Шаг 1. Фиксация признаков

Командир замечает изменения в поведении, настроении, дисциплине или соматических жалобах военнослужащего и сопоставляет их с недавними нагрузками и событиями. В качестве ориентировочного чек-листа используются 3–5 пунктов, описывающих снижение работоспособности, нарушения сна, рост конфликтности, жалобы на здоровье и ошибки в привычных задачах.

При появлении суицидальных высказываний, резкой дезорганизации, агрессивных действий или выраженной растерянности ситуация сразу рассматривается как потенциально угрожающая. В этом случае командир обязан обеспечить безопасность военнослужащего и окружающих, организовать непрерывное наблюдение и немедленно информировать старшего начальника и медработника.

Шаг 2. Первичная командирская оценка

Командир проводит краткую индивидуальную беседу в обстановке, исключающей давление и посторонних слушателей. Вопросы касаются недавних событий, сна, способности выполнять служебные обязанности и наличия тяжёлых мыслей о бессмысленности происходящего или нежелании жить.

По итогам беседы командир принимает предварительное решение: наблюдать военнослужащего в подразделении при лёгких проявлениях, временно разгрузить его по ряду задач или направить к психологу / врачу. В случае признаков угрозы для себя или окружающих командир увеличивает уровень контроля и ускоряет привлечение специалистов.

Шаг 3. Организационные решения

Командир временно изменяет задачи военнослужащего, снимает его с наиболее опасных видов деятельности, связанных с оружием, техникой, ответственными постами. При необходимости перераспределяет нагрузку внутри подразделения и назначает ответственное лицо, которое будет находиться рядом и отслеживать состояние военнослужащего.

Командир не вправе использовать проявления стресса как повод для наказания, насмешек или демонстративного давления. Он также не вправе оставлять без наблюдения военнослужащего, который говорил о нежелании жить или выражал иные суицидальные намерения.

Шаг 4. Взаимодействие со специалистами

Командир направляет военнослужащего к психологу с кратким, по возможности письменным описанием ситуации и наблюдаемых проявлений. При признаках серьёзного расстройства, грубых нарушениях сна, выраженной тревоге, панике, утрате контроля или нарушениях сознания он обеспечивает осмотр врачом и рассматривает вопрос о временном отстранении от задач и медицинской эвакуации.

Решения командира согласуются с действующей системой ППО и маршрутизацией: где достаточно консультации

психолога в части, где требуется психолого-психиатрическое освидетельствование, где показано направление в специализированное учреждение. Информация о серьезных случаях доводится до старшего начальника в установленном порядке.

Шаг 5. Мониторинг и обратная связь

Командир назначает сроки повторной оценки состояния, ориентируясь на тяжесть проявлений: как правило, от трёх до семи дней для лёгких случаев, чаще – при более тяжёлом состоянии. Он уточняет, как изменились самочувствие, сон, работоспособность и отношение к службе после консультаций и организационных мер.

При ухудшении состояния командир возвращается к шагам, связанным с организационными решениями и взаимодействием со специалистами. При стабилизации он постепенно восстанавливает прежний объём задач, продолжая наблюдать за военнослужащим и фиксируя ключевые изменения.

Таблица 22 – Алгоритм действий командира при признаках боевого и служебного стресса

Этап / ситуация	Действия командира (кратко)	Кого информирует	Документы / отметки
1. Выявлены признаки стресса	Замечает изменения в поведении, настроении, дисциплине, соматических жалобах; при суицидальных высказываниях или резкой дезорганизации переводит ситуацию в режим ЧС и обеспечивает безопасность	Старший начальник; при ЧС – немедленно старший начальник и медработник	Краткая запись о выявленных проявлениях и первичных мерах; при ЧС – рапорт / сообщение установленной формы
2. Первичная командирская оценка	Проводит короткую индивидуальную беседу; по результатам принимает решение: наблюдать в подразделении, временно разгрузить, направить к психологу / врачу	Старший начальник – при разгрузке или направлении к специалистам; медработник – при риске для себя / окружающих	Отметка о беседе и принятом решении (наблюдение / разгрузка / направление)
3. Организационные решения	Временно изменяет задачи, снимает с опасных видов деятельности, назначает «ответственного товарища». Не испол-	Старший начальник – при изменении задач / графиков, влияющих на боеготов-	Распоряжения / отметки об изменении задач и ограничений, коррекция ведомостей несения службы

Этап / ситуация	Действия командира (кратко)	Кого информирует	Документы / отметки
	зует стресс-реакции как повод для наказания и не оставляет без наблюдения при озвученных суицидальных мыслях	ность. Психолог / мед-служба — при выраженных проявлениях	
4. Взаимодействие со специалистами	Направляет к психологу, при тяжёлых проявлениях обеспечивает осмотр врачом и при необходимости — эвакуацию; соотносит решения с требованиями ППО	Психолог, медицинская служба; старший начальник — при отстранении от задач, направлении на ППО или в специализированное учреждение	Направление к специалистам, отметки о консультациях и рекомендациях; оформление документов ППО по нормативам
5. Мониторинг и обратная связь	Проводит повторную оценку состояния (через 3–7 дней или чаще), контролирует выполнение рекомендаций, при ухудшении возвращается к этапам 3-4, при стабилизации постепенно восстанавливает объём задач	Старший начальник — при prolongации ограничений или повторном направлении на обследование; психолог / врач — при ухудшении или отсутствии динамики	Повторные отметки о состоянии, изменении ограничений / допуска и итоговая запись о результатах принятых мер

Практические формы работы перед боевыми задачами и особыми мероприятиями

Практическая работа командира перед боевыми задачами, миротворческими операциями и ликвидацией катастроф строится вокруг нескольких устойчивых форм. Они должны быть заранее отработаны как стандартные элементы подготовки подразделения.

Подробные примеры занятий и сценариев обсуждений приведены в Приложении 3. В данной главе обозначены основные типы действий, которые командир может применять самостоятельно.

Краткий брифинг по задаче

Командир чётко формулирует цель, замысел, основные этапы и ожидаемые сложности предстоящей задачи. Отдельно указываются возможные стресс-факторы: длительность, ночное время, ограниченность сил, контакт с раненым личным составом или гражданским населением.

Недопустимы неопределённые, противоречивые или запугивающие формулировки, а также публичные угрозы наказания за любой промах. Брифинг должен оставлять у личного состава понимание задачи и своих ролей, а не ощущение хаоса или неизбежной катастрофы.

«Проверка готовности» отделения или экипажа

Командир проводит короткий круг вопросов и ответов, давая возможность каждому обозначить сомнения, уточнить детали и задать вопросы по задачам и условиям. Важна установка на нормальность волнения и на то, что задавать вопросы допустимо и полезно.

Командир может задавать простые вопросы о самочувствии, снабжении, понимании задач и готовности к их выполнению. В ходе такой проверки он одновременно оценивает настроение и степень напряжённости группы, фиксирует тех, кто выглядит перегруженным или отстранённым.

Мини-тренинг саморегуляции

Командир инициирует краткое повторение уже освоенных приёмов саморегуляции: дыхательных техник, кратких

упражнений мышечной релаксации, простых приёмов концентрации внимания. Все методы должны быть заранее отработаны в спокойных условиях, чтобы перед задачей они воспринимались как знакомый инструмент.

Командир не берёт на себя роль психолога, но задаёт общий формат: «сейчас вспоминаем приёмы, которые помогут лучше сохранять внимание и контролировать напряжение». Это укрепляет уверенность личного состава в собственных ресурсах и снижает чувство беспомощности перед стрессом.

Ориентирующий настрой

Командир кратко проговаривает, какие реакции могут возникать в боевой или экстремальной ситуации и что с ними делать. Важно обозначить, что кратковременная растерянность, усиленное сердцебиение, дрожь, сухость во рту и другие обычные стресс-реакции не являются признаком слабости.

Деловой, сдержанный тон и акцент на действиях – что делать «по алгоритму», к кому обращаться за поддержкой – помогают снизить избыточное напряжение. Нежелательны эмоциональные речи, апелляции к стыду и угрозы, которые на короткое время мобилизуют, но увеличивают риск срывов после нагрузки.

Договорённости внутри группы (парная система наблюдения и поддержки)

Командир устанавливает понятные правила взаимного наблюдения и поддержки внутри малых групп. Определяется, кто за кем «смотрит», какие изменения в поведении считаются поводом вмешаться и как об этом сообщать командиру.

Такая система позволяет раньше заметить изменения и не оставлять военнослужащего один на один с нарастающим стрессом. Важно, чтобы эти договорённости были реальными, а не формальными: командир периодически возвращается к ним и проверяет, как они выполняются.

Особенности работы командира в условиях боевых действий, миротворческих операций и ликвидации катастроф

В боевых действиях командир сталкивается с высокой интенсивностью угрозы, дефицитом времени и ресурсов, а также с тяжёлыми потерями. В этих условиях особенно важно соблюдать принципы краткого, конкретного информирования, поддержания минимально возможного режима отдыха и ротаций, а также раннего выявления срывов.

В миротворческих операциях и при ликвидации катастроф к боевому стрессу добавляются моральные и этические дилеммы, контакт с гражданским населением и детьми, а также плотное информационное поле. Командир обязан уделять внимание обсуждению сложных ситуаций, разбору инцидентов и управлению информацией, включая влияние СМИ и социальных сетей на личный состав.

Подробные примеры занятий и сценариев разбора таких ситуаций приведены в Приложении 3, что позволяет командиру опираться не только на общие принципы, но и на конкретные алгоритмы работы с подразделением.

Психологическое сопровождение и реабилитация в специализированных условиях

Специализированные центры в системе сопровождения боевого и служебного стресса

Глава адресована командирам, врачам, психологам и организаторам медицинской и психологической службы, которые принимают решения о маршрутизации военнослужащих с боевым и служебным стрессом. Для них важно понимать, в какой момент возможностей подразделения, части, медпункта и госпиталя становится недостаточно, и требуется подключение специализированного звена.

Специализированный центр рассматривается как часть единой системы психолого-психиатрического сопровождения, связанной с ППО и нормативными документами, а не как отдельная «клиника, живущая своей жизнью». Задача главы – показать, когда военнослужащий направляется в такой центр, какие задачи там решаются и как организуется его возвращение в часть или изменение статуса.

Маршрут военнослужащего с боевым или служебным стрессом строится по принципу последовательного подключения ресурсов: подразделение → медпункт, врач или психолог → госпиталь или ППО → специализированный центр → частичный или полный возврат в часть, перевод или увольнение по показаниям. Специализированный центр занимает место либо промежуточного звена после острого эпизода, либо завершающего звена длительной реабилитации при тяжёлых расстройствах.

Направление в специализированный центр осуществляется по медицинским и психиатрическим показаниям, на основании заключений врача и психиатра, а не только по решению командира. Командир при этом инициирует обсуждение направления, предоставляет необходимые сведения и поддерживает выполнение рекомендаций, но не подменяет собой клиническое решение.

В ряде случаев показано использование специализированного центра как промежуточного этапа: после тяжёлого эпизода, суицидальной попытки, выраженного срыва, когда требуется стабилизация и оценка перспектив дальнейшей службы. В других ситуациях центр выполняет роль завершающего звена длительной реабилитации при сформировавшемся ПТСР, коморбидных расстройствах и повторных дезадаптациях.

Типы специализированных программ и профиль центров

В специализированных центрах реализуются несколько типичных программ, различающихся по задачам, длительности и составу вмешательств. Это позволяет направлять военнослужащих не «вообще в центр», а в конкретный профиль, соответствующий их состоянию.

Краткосрочная интенсивная стабилизация показана при острых стресс-реакциях и подострых состояниях, когда требуется быстро снизить выраженность симптомов, восстановить сон и базовую работоспособность. Ожидаемый срок пребывания при таком профиле – от нескольких дней до нескольких недель; перед возвращением оцениваются устойчивость улучшения, способность к несению ограниченного объёма службы и риски повторного срыва.

Среднесрочная реабилитация применяется при повторяющихся эпизодах дезадаптации, начальных формах ПТСР и сочетании соматических и психических проявлений. Пребывание может занимать несколько недель или месяцев; перед решением о возврате в часть анализируются динамика симптомов, способность выдерживать нагрузку, готовность к участию в служебной деятельности и необходимость последующего ограничения задач.

Длительные программы для тяжёлых случаев предназначены для военнослужащих с выраженными ПТСР, коморбидными расстройствами, значительными нарушениями адаптации и суицидальными попытками в анамнезе. Здесь важны не только снижение симптоматики, но и оценка воз-

возможностей дальнейшей военной службы, перспективы перевода на иные должности или оформления увольнения по состоянию здоровья.

По возможности центры включают программы для семей военнослужащих, особенно в случаях тяжёлой боевой травмы. Работа с семьёй помогает снизить риск повторных обострений после возвращения, улучшить понимание близкими симптомов и ограничений, которые могут сохраняться длительно.

Принципиально важно подчеркнуть, что специализированные центры работают в тесном взаимодействии с частью и командованием, не отрывая военнослужащего от системы, а временно выводя его в специализированное звено для целенаправленной работы.

Роль командира при направлении и возвращении военнослужащего

Командир обязан инициировать вопрос о направлении в специализированный центр в трёх основных ситуациях: при повторяющихся срывах после использования доступных мер в части, при тяжёлых проявлениях, требующих длительной работы, и при наличии рекомендации врача, психиатра или психолога. Откладывание направления в надежде «перетерпит» или «само пройдёт» при таких условиях нецелесообразно и увеличивает риск тяжёлых последствий и потерь для подразделения.

Командир предоставляет в центр исчерпывающую служебную характеристику: данные о нагрузках, особенностях несения службы, динамике состояния, инцидентах, обращениях, особенностях личности. Он может поддерживать связь с лечащими специалистами в рамках допустимых ограничений, уточняя прогноз, возможные варианты дальнейшего использования военнослужащего и условия возвращения.

Командир обязан заранее планировать возможные варианты службы после завершения программы: возвращение на прежнюю должность, перевод на менее напряжённую,

временное ограничение по видам деятельности или инициирование медицинского освидетельствования для решения вопроса о дальнейшем прохождении службы. Неподготовленное, резкое возвращение в прежний объём задач после тяжёлого эпизода повышает риск рецидива.

Мягкое возвращение в часть предполагает адаптационный период с постепенным наращиванием нагрузки, временное снижение доли ночных смен, одиночных постов и высокорисковых задач. Командир может организовать послепрограммный мониторинг: плановые беседы, наблюдение, периодические консультации психолога и врача, особенно в первые месяцы после возвращения.

Командир не должен воспринимать направление в центр как «снятие проблемы» или «потерю человека». Его задача – обеспечить условия, при которых результат программы закрепляется в реальной службе и не разрушается из-за неподготовленного окружения и несоответствующей нагрузки.

Высокотехнологичные методы как часть комплексной программы

В специализированных центрах применяются высокотехнологичные методы, в том числе аппаратные, как часть комплексных реабилитационных программ. Они дополняют, но не заменяют психотерапию, фармакотерапию, режимные мероприятия и физическую активность.

К аппаратным методам относятся системы биологической обратной связи, включая нейро-БОС, различные варианты нейростимуляции и другие современные технологии регуляции мозговой активности и вегетативных реакций. Они могут быть показаны при выраженной тревоге, нарушениях сна, трудностях с контролем эмоциональных и вегетативных реакций, когда требуется обучение более устойчивым паттернам реагирования.

Современные психотерапевтические протоколы, такие как экспозиционные техники, когнитивно-поведенческие подходы, методы переработки травматических воспоминаний, используются при боевой травме и ПТСР. Ожидаемый

результат – снижение интенсивности навязчивых воспоминаний, ночных кошмаров, избегания, а также восстановление способности функционировать в служебной и семейной жизни.

Телемедицинские модули включают дистанционные консультации специалистов центра, программы контролируемой самопомощи и элементы онлайн-поддержки на этапах послепрограммного наблюдения. Они особенно важны для личного состава, проходящего службу в удалённых гарнизонах или длительных командировках, где регулярный очный контакт со специалистами затруднён.

Командир обязан понимать, что выбор конкретных методов лечения относится к компетенции врачей и психологов. Его задача – обеспечить соблюдение режима, организацию участия военнослужащего в назначенных процедурах и защите времени, отведённого на лечение и реабилитацию.

Телемедицинские и дистанционные решения при удалённом размещении

В условиях удалённого размещения, ограниченного доступа к узким специалистам и длительных командировок телемедицинские формы сопровождения становятся ключевым инструментом продления эффекта реабилитации. Они позволяют поддерживать связь с центром и своевременно реагировать на изменение состояния военнослужащего.

Возможные форматы включают регулярные дистанционные консультации специалистов центра, участие в структурированных программах самопомощи под контролем психолога, а также краткие контрольные онлайн-контакты в периоды повышенной нагрузки. Такие решения требуют организационной и технической поддержки со стороны командования.

Командир обязан, насколько позволяют условия, обеспечивать доступ военнослужащего к назначенным телемедицинским сессиям и не подменять их другими задачами. Это особенно важно в первые месяцы после завершения программы в специализированном центре, когда риск рецидива симптомов остаётся повышенным.

Зарубежные подходы к управлению боевым и операционным стрессом и их адаптация

Глава адресована командирам, психологам, врачам и тем, кто разрабатывает нормативные документы и программы подготовки по вопросам боевого и служебного стресса. Для них зарубежный опыт представляет интерес не как образец для копирования, а как набор отработанных практических решений, которые можно адаптировать без разрушения сложившейся национальной системы.

В большинстве современных армий проблема боевого и операционного стресса решается внутри целостной системы, где чётко распределены роли командира, психолога, врача и специальных подразделений психореабилитации. В этой главе рассматриваются только те элементы, которые усиливают ответственность командира и подразделения за раннее выявление и поддержку, не подменяя работу специалистов.

В зарубежных системах управления боевым стрессом распространён принцип, который сводится к четырём опорным положениям: помощь оказывается рядом с подразделением, предоставляется как можно быстрее, реализуется простыми и доступными средствами и изначально ориентирована на восстановление военнослужащего. Эти четыре ориентира – близость помощи, быстрота реакции, простота вмешательств и установка на восстановление – могут использоваться как практическая основа для организации поддержки в российских подразделениях.

Близость помощи означает, что военнослужащий по возможности получает поддержку в своём подразделении или на ближайшем уровне медицинской и психологической службы, а не только в удалённом госпитале или специализированном центре. Это перекликается с уже описанной в книге системой ППО, в которой предусмотрены ступени

оказания помощи от части до специализированных учреждений.

Быстрота реакции предполагает, что первые меры поддержки и стабилизации предпринимаются в первые часы или сутки после тяжёлого события, а не откладываются на недели. Для командира это выражается в обязательстве не игнорировать ранние признаки неблагополучия и не ждать, пока состояние перейдёт в тяжёлую, устойчивую форму.

Простота вмешательств подразумевает использование доступных, понятных средств: краткая беседа, временное изменение задач, организация отдыха, поддержка со стороны малой группы, структурированный разбор произошедшего. Эти меры не требуют сложной техники и могут быть реализованы командиром и психологом прямо в части.

Ожидание восстановления закрепляет установку, что большинство боевых и операционных стресс-реакций при своевременной помощи обратимы, и военнослужащий способен вернуться к выполнению задач. Это не исключает случаев, когда требуется длительная реабилитация или изменение статуса, но формирует у командира и личного состава отношение к помощи как к средству сохранения, а не списания человека.

Понятие боевых и операционных стресс-реакций и система командирского управления стрессом

В зарубежной литературе под боевыми и операционными стресс-реакциями понимается спектр состояний, возникающих у военнослужащих под воздействием боевых и эксплуатационных факторов, которые при своевременной помощи могут быть обратимыми. По сути, речь идёт о том же диапазоне реакций, который уже описан в книге как фазы боевого и служебного стресса, поэтому важно не создавать впечатление отдельной, конструирующей классификации.

В ряде армий выделяется система командирского управления стрессом, в рамках которой на командиров и офицеров подразделений формально возлагается ответственность за раннее выявление неблагоприятных реакций, временное отведение военнослужащего от задачи, перераспределение

функций и организацию поддерживающих мер на уровне подразделения. Командир в этой системе обязан наблюдать за состоянием подчинённых, своевременно реагировать на признаки срыва и использовать меры временной разгрузки, а не только дисциплинарные воздействия.

Командир может, в пределах своей компетенции, на ограниченный срок снять военнослужащего с наиболее напряжённых или опасных задач, обеспечить отдых, назначить ответственного товарища и инициировать консультацию психолога или врача. При этом он не должен пытаться самостоятельно решать вопросы, требующие клинической оценки, скрывать тяжёлые случаи от специалистов или использовать стресс-реакции как основание для публичного унижения.

Граница компетенций чёткая: командир в такой модели усиливает свою роль в ранней идентификации и организации поддержки, но клинические решения, выбор методов лечения и решение вопроса о годности к дальнейшей службе остаются за врачами и психологами. Это хорошо согласуется с российской системой, где маршрутизация через ППО и специализированные центры уже описана нормативно, а задача командира – своевременно включить эти механизмы.

Парная и групповая поддержка в подразделении

В зарубежных армиях важная роль отводится парным и групповым формам поддержки, когда военнослужащие несут ответственность не только за выполнение задачи, но и за состояние друг друга. В практическом плане это означает закрепление военнослужащих в пары или малые группы, внутри которых заранее оговариваются обязанности по взаимному наблюдению и информированию командира при появлении признаков неблагополучия.

Парная система взаимного наблюдения и поддержки хорошо сочетается с уже описанными в книге требованиями к наблюдательности и работе малых подразделений. Командир может закрепить военнослужащих друг за другом, определить, какие изменения поведения и самочувствия

считаются основанием вмешаться, и поставить задачу своевременно сообщать о проблемах сослуживца, не превращая это в формальный контроль.

В ряде зарубежных подходов после тяжёлых событий используется схема, при которой специально подготовленные военнослужащие без психологического образования проводят структурированный опрос и наблюдение за своими товарищами. Такая форма позволяет быстро оценить риск, выделить тех, кому требуется дополнительная помощь, и принять решение о направлении к специалистам без лишней задержки.

Групповые разборы на уровне подразделения, проведённые по понятной и стабильной схеме, выполняют несколько задач одновременно. Они восстанавливают общую картину произошедшего, уменьшают индивидуальное чувство вины и дают командиру возможность увидеть, кто реагирует наиболее тяжело и нуждается в дополнительной поддержке.

Для российской практики целесообразно опираться на уже существующие формы плановых и послеоперационных разборов, усиливая в них компоненты оценки состояния личного состава и взаимной поддержки. Реально применимыми элементами являются парное наблюдение, структурированный опрос командиром или назначенным старшим и заранее оговорённые правила обсуждения после операции. Эти меры укладываются в действующую нормативную базу и могут быть внедрены без значительных дополнительных ресурсов.

Что можно адаптировать к российской системе

Из рассмотренных подходов в российских условиях прежде всего оправдано усиление ответственности командира за раннее выявление неблагоприятных реакций и своевременное временное перераспределение задач при признаках срыва. Это вписывается в уже действующие представления о роли командира в поддержании психического состояния подчинённых и может быть закреплено в локальных инструкциях и программах подготовки.

Перспективным направлением является внедрение парной и групповой поддержки на уровне отделения или экипажа. Речь идёт о закреплении военнослужащих друг за другом, определении обязанностей по взаимному наблюдению и информированию командира при появлении признаков неблагополучия. Такая организация работы повышает вероятность раннего выявления проблем и снижает риск длительных скрытых срывов.

Полезным является и более чёткое структурирование разборов после тяжёлых эпизодов, когда внимание уделяется не только тактическим вопросам, но и состоянию личного состава. Это можно реализовать через незначительные дополнения к уже принятым формам плановых и послеоперационных разборов, не меняя их основного назначения.

Практическая ориентация для командира и специалистов может быть сформулирована как стремление оказывать помощь рядом, быстро, простыми средствами и с исходной установкой на восстановление военнослужащего, а не только за счёт госпитализации и длительной изоляции. Такой подход способствует развитию эффективных форм поддержки на уровне подразделения и части и снижению стигматизации обращений за помощью.

При адаптации зарубежных решений необходимо учитывать ограничения. Эти модели не заменяют систему ППО, психиатрическую помощь и действующие приказы, а должны согласовываться с ними и дополнять их. Механическое перенесение терминов и процедур без учёта структуры службы, языка документов и роли нормативных актов нецелесообразно и может встретить сопротивление у практиков.

Основная идея этого раздела может быть выражена кратко. Ценность зарубежного опыта – в отработанных алгоритмах повседневных действий командира и подразделения, которые могут быть включены в национальную систему при сохранении ведущей роли психолога и врача в решении клинических вопросов.

Заключение

Книга опирается на современное представление о боевом и служебном стрессе как о процессе, проходящем через несколько фаз – от физиологической адаптации до возможного формирования устойчивых расстройств. Такой подход позволяет по-новому посмотреть на повседневные решения командира и специалистов: не как на разрозненные меры, а как на элементы единой системы раннего предупреждения, сопровождения и реабилитации.

Последовательно показано, как общая теория стресса, факторы риска и этапы изменения состояния военнослужащего встраиваются в действующую нормативную базу. Приказы, регламентирующие работу психологической службы, ППО и организацию психологической работы, рассматриваются не сами по себе, а в связи с конкретными задачами подразделения, медицинской службы и командования.

Значимая часть книги посвящена зоне ответственности командира и его практическим действиям в условиях боевого и служебного стресса подчинённых. Командир здесь выступает не как наблюдатель, а как ключевая фигура, которая формирует среду, выявляет ранние признаки неблагополучия, принимает организационные решения, взаимодействует со специалистами и сопровождает подчинённого на всех этапах.

Отдельные главы и приложения дают конкретные алгоритмы действий командира при признаках боевого и служебного стресса, формы работы перед боевыми задачами и особыми мероприятиями, схемы работы в критических ситуациях. Это позволяет использовать книгу как практический инструмент: по сути, как набор рабочих сценариев, которые можно интегрировать в повседневную деятельность взвода, роты, батальона.

Психологическая служба и медицинская система представлены как взаимодополняющие звенья, связанные с командованием общей логикой маршрутизации военнослужащего. От первых признаков дезадаптации в подразделении, через ППО и госпитальный этап, до специализированных центров и программ реабилитации выстраивается непрерывная цепочка решений и мероприятий.

Показано место специализированных центров в этой цепочке: как промежуточного или завершающего звена маршрута, где реализуются программы краткосрочной стабилизации, среднесрочной и длительной реабилитации, в том числе с использованием высокотехнологичных методов. Отдельно описана роль командира при направлении военнослужащего в такие центры и при его возвращении в часть, что позволяет избежать типичной ситуации разрыва между лечением и реальной службой.

Высокотехнологичные методы – аппаратные комплексы, современные психотерапевтические протоколы, телемедицинские решения – рассматриваются как элементы комплексных программ, а не как самодостаточные средства. Это важно для практики, так как подчёркивает необходимость сочетать технологические решения с организационными мерами, режимом, физической активностью и работой с семьёй.

В книге уделено внимание и зарубежному опыту управления боевым и операционным стрессом, который рассматривается через призму применимости в российских условиях. Принципы помощи рядом, быстро, простыми средствами и с установкой на восстановление, парные и групповые формы поддержки, структурированные разборы после событий показаны как элементы, усиливающие уже существующую систему, а не заменяющие её.

Практические выводы, предлагаемые читателю, сводятся к нескольким опорным позициям. Во-первых, управление стрессом – это регулярная управленческая задача, а не только работа специалистов в редких чрезвычайных ситуа-

циях. Во-вторых, раннее выявление и своевременное перераспределение нагрузки часто позволяют предотвратить тяжёлые последствия без потери боеспособности подразделения. В-третьих, системная работа с боевым и служебным стрессом требует согласованности действий командира, психолога, врача и организатора службы, а не усилий одного звена.

Книга может быть использована как методическая основа для подготовки командиров, военных психологов и врачей, а также для разработки локальных инструкций и программ обучения. Её структура позволяет переходить от теоретического описания механизмов стресса к нормативной модели, а затем к конкретным алгоритмам и формам работы в подразделении и специализированных учреждениях.

В конечном счёте предлагаемая модель направлена на то, чтобы сохранить здоровье военнослужащих, обеспечить устойчивость подразделений к длительным нагрузкам и снизить цену, которую люди платят за выполнение задач. Это достигается не отдельной мерой, а сочетанием грамотного командирского управления, профессиональной работы психологов и врачей и продуманной организации системы сопровождения и реабилитации.

Список литературы

Источники на русском языке

[1] Андреев Д.А., Апрышко О.Э., Самойлов А.С., Пустовойт В.И. Ремоделирование сердца, индуцируемое физической нагрузкой // Современные вопросы биомедицины. – 2024. – Т. 8, № 2. – DOI: 10.24412/2588-0500-2024_08_02_26.

[2] Андреев Д.А., Юрку К.А., Самойлов А.С., Апрышко О.Э., Пустовойт В.И. Стресс-индуцированная кардиомиопатия (критический обзор) // Современные вопросы биомедицины. – 2025. – Т. 9, № 1(31). – DOI: 10.24412/2588-0500-2025_09_01_26.

[3] Баевский Р.М. Концепция физиологической нормы и критерий здоровья // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2003. – Т. 89, № 4. – С. 473–487.

[4] Баевский Р.М., Черникова А.Г. Анализ вариабельности сердечного ритма: физиологические основы и основные методы проведения // *Cardiometry*. – 2017. – № 10. – С. 66–76.

[5] Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – М.: Эксмо, 2019. – 200 с.

[6] Боевой и служебный стресс: причины возникновения и способы преодоления / под ред. А.С. Самойлова, В.И. Пустовойта. – М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2023. – 408 с.

[7] Буассонно У.Дж., ВанУай У.Р. Физическая и реабилитационная медицина в системе первичной помощи. Практикум для врача / пер. с англ.; под ред. А.С. Самойлова, И.В. Кругловой, В.И. Пустовойта. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 504 с. – DOI: 10.33029/9704-7920-9-РСТ-2024-1-500.

[8] Бубеев Ю.А. и др. Применение медицинского ксенона при лечении связанных со стрессом психических расстройств невротического уровня. Методические рекомендации – М.: ФБГУ УНМЦ УД Президента РФ, 2014. – 28 с.

[9] Волкова Е.В., Талантов Д.А. Динамика показателей спектра мощности ЭЭГ при формировании концепта «вещество» // Вестник психофизиологии. – 2019. – № 3. – С. 23–37.

[10] Грýссман Д. On combat: the psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace. – Illinois: PPCT Research Publications, 2004. – 395 с.

[11] Диас С., Пашкин П., Брауер А., Оливейра Э. Теория и практика в подготовке ММА. Воспитание чемпионов. – СПб.: Перформинг Форвард, 2024. – 552 с.

[12] Заборова В.А., Кастыро И.В., Попадюк В.И. и др. Основы физиологии энергообеспечения при занятиях физической культурой и спортом : учеб. пособие. – М.: РУДН, 2024. – 75 с.

[13] Караяни А.Г. Настольная книга военного психолога: практическое пособие. – М.: Издательство Юрайт, 2023. - 332 с.

[14] Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке: учебное пособие. - М.: Военный университет, 2006. - 256 с.

[15] Касаткин М.С., Пустовойт В.И., Шестаков Д.Ю. Роль субъективной оценки боли спортсменов при травмах коленного сустава // Высшая школа: научные исследования : сб. науч. ст. межвуз. междунар. конгр. – 2025. – С. 116–119. – DOI: 10.34.660/INF.2025.17.61.016.

[16] Криворученко Е.В., Иванов А.И., Шадрина О.В., Сентизова М.И. Взаимосвязь уровня физической подготовленности и типа вегетативной регуляции сердечного ритма легкоатлетов // Теория и практика физической культуры. – 2019. – № 10. – С. 35–37.

[17] Лаврухин Д.Б., Пустовойт В.И., Удалов Ю.Д., Балакин Е.И., Юрку Н.Н. Биохимический профиль метаболических и гормональных нарушений : база данных. Свидетельство о гос. регистрации базы данных № RU 2025623565. – Зарег. 29.08.2025.

[18] Литвак М.Ю. Психологический вампиризм. – М.: Феникс, 2019. – 412 с.

[19] Матвийчук А.А., Пустовойт В.И. Прибор для профессионального психофизиологического отбора парашютистов-спасателей : пат. РФ на полезную модель № 230649U1. – Оpubл. 13.12.2024.

[20] Матвийчук А.А., Пустовойт В.И. Устройство для диагностики профессиональной работоспособности парашютиста-спасателя : пат. РФ на полезную модель № 230650U1. – Оpubл. 13.12.2024.

[21] Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества. Материалы научно-практической конференции (29 октября 2018 г., Москва): Сборник материалов: Часть 2 / под ред. Г. П. Костюка. – М.: «КДУ», «Университетская книга», 2019. – 434 с.

[22] Михеев С.Ю., Пустовойт В.И., Иванов М.В. и др. Особенности гормонального профиля спортсменов-паралимпийцев с травмами спинного мозга // Вестник спортивной науки. – 2024. – № 5. – С. 79–83.

[23] Михеев С.Ю., Пустовойт В.И., Михеева В.М. и др. Уровень ампутации и пролактин: особенности гормонального профиля спортсменов-паралимпийцев // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна. – 2024. – № 3. – С. 34–37. – DOI: 10.33266/2782-6430-2024-3-34-37.

[24] Михеев С.Ю., Пустовойт В.И., Юрку К.А. Зависимость показателей пролактина от уровня ампутации нижних конечностей у спортсменов-паралимпийцев // Материалы II Конгресса Международного общества клинической физиологии и патологии. – 2024. – Т. 1. – С. 416–417.

[25] Михеев С.Ю., Пустовойт В.И., Юрку К.А., Иванов М.В. Особенности медико-биологического сопровождения спортсменов с ампутациями конечностей // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна. – 2024. – № 3. – С. 38–42. – DOI: 10.33266/2782-6430-2024-3-38-4.

[26] Назарян С.Е., Орлова Н.З., Пустовойт В.И. Мишени психологической коррекции в реабилитации высококвалифицированных спортсменов // Спортивная медицина: наука и практика. – 2023. – Т. 13, № 1. – С. 72–79. – DOI: 10.47529/2223-2524.2023.1.10.

[27] Назарян С.Е., Самойлов А.С., Федин А.Б., Орлова Н.З., Никольская А.В., Пустовойт В.И. Применение мето-

дов когнитивной психотерапии спортсменов в реабилитационный период // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2019. – № 149(1). – С. 58–61.

[28] Омиксные технологии в спорте : учеб. пособие / под ред. В.И. Пустовойта, В.А. Заборовской. – М.: ФГБУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2024. – 106 с.

[29] Орлова Н.З., Зарецкая Т.Н., Апрышко О.Э., Пустовойт В.И. Реакции центральной и вегетативной нервной системы как компонент психофизиологического ответа при применении функциональных проб // Медицина катастроф. – 2025. – № 1. – С. 52–59. – DOI: 10.33266/2070-1004-2025-1-52-59.

[30] Приказ Министра обороны Российской Федерации № 19/16 «Об аттестации психологов» : документ.

[31] Приказ Министра обороны Российской Федерации № 495 от 25 августа 2022 г. «Положение о психологической службе».

[32] Приказ Министра обороны Российской Федерации № 505 от 01 сентября 2022 г. «Руководство по психофизиологической реабилитации».

[33] Приказ Министра обороны Российской Федерации № 533 от 04.08.2014 «О системе работы по сохранению и укреплению психического здоровья».

[34] Приказ Министра обороны Российской Федерации № 640 от 31 мая 2019 г. «Об утверждении Инструкции об организации деятельности подразделений профессиональной подготовки офицеров».

[35] Приказ Министра обороны Российской Федерации № 666 от 16 ноября 2021 г. «Об утверждении Инструкции».

[36] Проективные методики в работе войскового психолога : учеб.-метод. пособие. – М.: ГШ ВС РФ, 2006. – 114 с.

[37] Пустовойт В.И. База данных методов комплексной нутритивно-метаболической коррекции функционального состояния организма спортсмена при экстремальных нагрузках : св-во о гос. регистрации базы данных № 2022622848. – Зарег. 11.11.2022.

[38] Пустовойт В.И. Особенности изменений некоторых показателей гемодинамики спортсменов-парашютистов в экстремальных условиях // Современные вопросы биомедицины. – 2021. – № 5(3).

[39] Пустовойт В.И. Скрининг диагностика психоэмоционального состояния спортсменов экстремальных видов спорта методом электроэнцефалографии // Современные вопросы биомедицины. – 2022. – № 6(1). – DOI: 10.51871/2588-0500_2022_06_01_30.

[40] Пустовойт В.И. Способ риск-ориентированной диагностики и прогноза функциональных нарушений у лиц, подвергающихся воздействию экстремальных профессиональных факторов : пат. РФ № 2850109С1. – Опубл. 05.11.2025.

[41] Пустовойт В.И. Хронический стресс и его последствия. Т. 1. – М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2025. – 148 с.

[42] Пустовойт В.И. Хронический стресс и его последствия. Т. 2. – М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2025. – 164 с.

[43] Пустовойт В.И. Хронический стресс и его последствия. Т. 3. – М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2025. – 312 с.

[44] Пустовойт В.И., Астрелина Т.А., Балакин Е.И. и др. Прогноз метаболической активности организма спортсменов по академической гребле на основании результатов биохимического анализа сыворотки крови // Биофизика. – 2023. – Т. 68, № 2. – С. 396–403. – DOI: 10.31857/S0006302923020205.

[45] Пустовойт В.И., Балакин Е.И., Хан А.В., Муртазин А.А., Максютлов Н.Ф., Меркулова П.С., Кубышев К.А. Сравнение кардиореспираторных показателей при тредмил-тестировании «до отказа» у спортсменов в зависимости от профессиональной деятельности // Спортивная медицина: наука и практика. – 2023. – Т. 12(3). – С. 51–59. – DOI: 10.47529/2223-2524.2022.3.5.

[46] Пустовойт В.И., Войтенко А.Г. Прибор для психофизиологического тестирования взрывотехников : пат. РФ на полезную модель № 230646U1. – Оpubл. 13.12.2024.

[47] Пустовойт В.И., Ключников М.С., Назарян С.Е., Ероян И.А., Самойлов А.С. Вариабельность сердечного ритма, как основной метод оценки функционального состояния организма спортсменов, принимающих участие в экстремальных видах спорта // Современные вопросы биомедицины. – 2021. – № 5(2). – DOI: 10.51871/2588-0500_2021_05_02_4.

[48] Пустовойт В.И., Ключников М.С., Никонов Р.В., Виноградов А.Н., Петрова М.С. Характеристика основных показателей вариабельности сердечного ритма у спортсменов циклических и экстремальных видов спорта // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2021. – № 1. – С. 26–30.

[49] Пустовойт В.И., Ключников М.С., Самойлов А.С. Способ прогнозирования уровня психоэмоционального состояния спортсменов экстремальных видов спорта : пат. РФ № 2779991C2. – Оpubл. 16.09.2022.

[50] Пустовойт В.И., Михеев С.Ю., Юрку К.А. Зависимость показателей пролактина от уровня ампутации нижних конечностей у спортсменов-паралимпийцев // Материалы II Конгресса Международного общества клинической физиологии и патологии. – 2024. – Т. 1. – С. 416–417.

[51] Пустовойт В.И., Никонов Р.В. Гипербарическая оксигенация в клинической и спортивной практике. Обзор литературы // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2022. – № 1. – С. 78–86.

[52] Пустовойт В.И., Никонов Р.В., Самойлов А.С., Ключников М.С., Назарян С.Е. Цитологические и биохимические показатели крови при развитии различных неспецифических адаптационных реакций у спортсменов экстремальных видов спорта // Курортная медицина. – 2021. – № 2. – С. 85–91.

[53] Пустовойт В.И., Самойлов А.С. Разработка основных критериев для оценки степени адаптации организма спортсменов-альпинистов к условиям горного климата //

Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2019. – № 73. – С. 42–48.

[54] Пустовойт В.И., Самойлов А.С., Балакин Е.И. и др. Методика определения устойчивости организма к токсическому действию кислорода : пат. РФ № 2819705С1. – Оpubл. 23.05.2024.

[55] Пустовойт В.И., Самойлов А.С., Ключников М.С. Скрининг-диагностика функционального состояния спортсменов-дайверов с преобладанием автономного типа регуляции // Медицина экстремальных ситуаций. – 2019. – № 21(2). – С. 320–329.

[56] Пустовойт В.И., Самойлов А.С., Ключников М.С., Назарян С.Е. Метод раннего выявления срыва адаптации организма у спортсменов-альпинистов с эукинетическим типом кровообращения // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2020. – № 155(1). – С. 42–49.

[57] Пустовойт В.И., Самойлов А.С., Назарян С.Е., Адоева Е.Я., Ключников М.С., Кириченко Н.А. Пилотное исследование по оценке эффективности психокорректирующих методов с использованием ЭЭГ-тренинга и очков виртуальной реальности у спортсменов, участвующих в экстремальных видах спорта // Спортивная медицина: наука и практика. – 2021. – № 11(2). – С. 67–75.

[58] Пустовойт В.И., Самойлов А.С., Назарян С.Е., Евсеев Р.А. Электроэнцефалографические особенности спектральных характеристик психоэмоционального состояния спортсменов экстремальных видов спорта // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2020. – № 155(1). – С. 58–65.

[59] Пустовойт В.И., Самойлов А.С., Никонов Р.В. Особенности инфекционной патологии у спортсменов-дайверов в сложных климатических условиях // Спортивная медицина: наука и практика. – 2020. – № 10(1). – С. 67–75.

[60] Решетников М.М. Психология войны: от локальной до ядерной. Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2011. – 480 с.

[61] Самойлов А.С., Ключников М.С., Федин А.Б., Назарян С.Е., Пустовойт В.И. Медицинский скрининг в массовом спорте // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2019. – № 149(1). – С. 21–26.

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

[63] Самойлов А.С., Никонов Р.В., Пустовойт В.И., Ключников М.С. Применение методики анализа вариабельности сердечного ритма для определения индивидуальной устойчивости к токсическому действию кислорода // Спортивная медицина: наука и практика. – 2020. – № 10(3). – С. 73–80.

[64] Самойлов А.С., Орлова Н.З., Назарян С.Е., Пустовойт В.И., Ключников М.С. Психокоррекционные методы в период проведения реабилитационных мероприятий высококвалифицированных спортсменов. – 2019. – С. 147–148.

[65] Смоляков Ю.Н. Взаимосвязи показателей электроэнцефалограммы с вариабельностью сердечного ритма и гемодинамикой у медперсонала станции скорой медицинской помощи // Медицина экстремальных ситуаций. – 2020. – № 22(1). – С. 84–90.

[66] Соловьёв В.Ю., Цовьянов А.Г., Васильев Е.В., Пустовойт В.И. Концепция создания системы мониторинга состояния здоровья и управления риском персонала предприятий, курируемых Федеральным медико-биологическим агентством, и населения прилегающих территорий // Медицина катастроф. – 2024. – № 1. – С. 5–9. – DOI: 10.33266/2070-1004-2024-1-5-9.

[67] Сыропятов О.Г. Медико-психологическое сопровождение специальных операций. – Киев: О.Т. Ростунов, 2013. – 292 с.

[68] Умников А.С., Глазко И.И., Балакин Е.И., Самойлов А.С., Пустовойт В.И. Современные подходы в профилактике и лечении послеожоговых рубцов у пострадавших с глубокими ожогами (систематический обзор) // Вестник

трансплантологии и искусственных органов. – 2025. – Т. 27, № 2. – С. 148–162. – DOI: 10.15825/1995-1191-2025-2-148-162.

[69] Ушаков И.Б. Новый вид психофизиологического стресса на Земле и в Космосе: стресс смертельно опасных состояний (этиология и физиологические характеристики) // *Фізіологічний журнал*. – 2011. – Т.57, №5. – С. 86–87.

[70] Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А. Стресс смертельно опасных ситуаций – особый вид стресса // *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. – 2011. – №4. – С. 5–8.

[71] Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А., Квасовец С.В., Иванов А.В. Индивидуальные психофизиологические механизмы адаптации при стрессе смертельно опасных ситуаций // *Российский физиологический журнал им. И.М.Сеченова*. – 2012. – Т. 98, № 1. – С. 83–94.

[72] Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А., Ушаков Б.Н., Попов В.И. Психофизиологические механизмы адаптации при стрессе смертельно опасных состояний // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. – 2012. – Т.11, №4. – С.1127–1130.

[73] Ушаков И.Б., Турзин П.С., Попов В.И. Стресс. Пандемии. Конфликты. Долголетие: монография. – М.: Издательство «Научная книга», 2023. – 272 с.

[74] Шамрей В.К. Психиатрия войн и катастроф. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 431 с.

Источники на английском языке

[75] An E., Nolt A.A.T., Amano S.S., Rizzo A.A., Buckwalter J.G., Rensberger J. Heart rate variability as an index of resilience // *Military Medicine*. – 2020. – № 185(3–4). – С. 363–369.

[76] Badenhorst C.E., Dawson B., Goodman C., Sim M., Cox G.R., Gore C.J., Tjalsma H., Swinkels D.W., Peeling P. Influence of post-exercise hypoxic exposure on hepcidin response in athletes // *European Journal of Applied Physiology*. – 2014. – № 114(5). – С. 951–959.

[77] Baghaei N., Chitale V., Hlasnik A., Stemmet L., Liang H.-N., Porter R. Virtual Reality for Supporting the Treatment of

Depression and Anxiety: Scoping Review // JMIR Mental Health. – 2021. – № 8(9). – C. e29681.

[78] Bahenský P., Grosicki G.J. Superior adaptations in adolescent runners using heart rate variability (HRV)-guided training at altitude // Biosensors. – 2021. – № 11(3). – C. 77.

[79] Balakin E., Yurku K., Fomina T. et al. A systematic review of traumatic brain injury in modern rodent models: current status and future prospects // Biology. – 2024. – T. 13. – C. 813. – DOI: 10.3390/biology13100813.

[80] Balakin E., Yurku K., Ivanov M., Izotov A., Nakhod V., Pustovoyt V. Regulation of stress-induced immunosuppression in the context of neuroendocrine, cytokine, and cellular processes // Biology. – 2025. – T. 14. – C. 76. – DOI: 10.3390/biology14010076.

[81] Bouzigon R., Ravier G., Dugue B., Grappe F. Thermal Sensations during a Partial-Body Cryostimulation Exposure in Elite Basketball Players // Journal of Human Kinetics. – 2018. – № 62. – C. 55–63.

[82] Broatch J.R., Petersen A., Bishop D.J. The Influence of Post-Exercise Cold-Water Immersion on Adaptive Responses to Exercise: A Review of the Literature // Sports Medicine (Auckland, N.Z.). – 2018. – № 48(6). – C. 1369–1387.

[83] Brocherie F., Millet G.P., Hauser A., Steiner T., Rysman J., Wehrlin J.P., Girard O. «Live High-Train Low and High» Hypoxic Training Improves Team-Sport Performance // Medicine and Science in Sports and Exercise. – 2015. – № 47(10). – C. 2140–2149.

[84] Broucqsaault-Dédrie C., De Jonckheere J., Jeanne M., Nseir S. Measurement of heart rate variability to assess pain in sedated critically ill patients: a prospective observational study // PloS One. – 2016. – № 11(1). – C. e0147720.

[85] Butkova T.V., Malsagova K.A., Nakhod V.I. et al. Candidate molecular biomarkers of traumatic brain injury: a systematic review // Biomolecules. – 2024. – T. 14. – C. 1283. – DOI: 10.3390/biom14101283.

[86] Catai A.M., Pastre C.M., de Godoy M.F., da Silva E., de M. Takahashi A.C., Vanderlei L.C.M. Heart rate variability: are

you using it properly? Standardisation checklist of procedures // Brazilian journal of physical therapy. – 2020. – № 24(2). – С. 91–102.

[87] Center for Innovation and Research on Veterans and Military Families (CIR) // USC Military & Veterans Initiative [Электронный ресурс]. – URL: <https://military.usc.edu/research/center-for-innovation-and-research-on-veterans-and-military-families/> (дата обращения: 11.01.2026).

[88] Chapman R.F., Karlsen T., Resaland G.K., Ge R.-L., Harber M.P., Witkowski S., Stray-Gundersen J., Levine B.D. Defining the «dose» of altitude training: how high to live for optimal sea level performance enhancement // Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md.: 1985). – 2014. – № 116(6). – С. 595–603.

[89] Chatburn A., Kohler M.J., Payne J.D., Drummond S.P.A. The effects of sleep restriction and sleep deprivation in producing false memories // Neurobiology of Learning and Memory. – 2017. – № 137. – С. 107–113.

[90] Combat and Operational Stress Control // Field Manual Headquarters No. 4-02.51 (8-51). – Washington, DC: Department of the Army, 2006.

[91] Constantini K., Wilhite D.P., Chapman R.F. A Clinician Guide to Altitude Training for Optimal Endurance Exercise Performance at Sea Level // High Altitude Medicine & Biology. – 2017. – № 18(2). – С. 93–101.

[92] Costello J.T., Baker P.R.A., Minett G.M., Bieuzen F., Stewart I.B., Bleakley C. Whole-body cryotherapy (extreme cold air exposure) for preventing and treating muscle soreness after exercise in adults // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – № 9. – С. CD010789.

[93] Czuba M., Bril G., Płoszczyca K., Piotrowicz Z., Chaliński M., Roczniok R., Zembroń-Łacny A., Gerasimuk D., Langfort J. Intermittent Hypoxic Training at Lactate Threshold Intensity Improves Aiming Performance in Well-Trained Biathletes with Little Change of Cardiovascular Variables // BioMed Research International. – 2019. – № 2019. – С. 1287506.

[94] Czuba M., Fidos-Czuba O., Płoszczyca K., Zając A., Langfort J. Comparison of the effect of intermittent hypoxic training vs. the live high, train low strategy on aerobic capacity and sports performance in cyclists in normoxia // *Biology of Sport*. – 2018. – № 35(1). – С. 39–48.

[95] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4. – Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.

[96] Dong S.-Y., Lee M., Park H., Youn I. Stress resilience measurement with heart-rate variability during mental and physical stress // Annual international conference of the IEEE engineering in medicine and biology society. IEEE engineering in medicine and biology society. Annual International Conference. – 2018. – № 2018. – С. 5290–5293.

[97] Duch K., Michnik A., Pokora I., Sadowska-Krępa E. Modification of blood serum DSC profiles by sauna treatments in cross-country skiers during the exercise cycle // *Journal of Thermal Analysis and Calorimetry*. – 2020. – № 142.

[98] FM 22-51 Leaders' manual for combat stress control // Headquarters department of the army. Washington, DC, 1994.

[99] FM 33-1 Field regulations of the US Army. Psychological operations. – М.: ГИИ BC СССР, 1988.

[100] 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 // *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*. – 2021. – № 6(3). – С. 290–298.

[101] Ge F., Yuan M., Li Y., Zhang W. Posttraumatic stress disorder and alterations in resting heart rate variability: a systematic review and meta-analysis // *Psychiatry Investigation*. – 2020. – № 17(1). – С. 9–20.

[102] Grossman D. On combat: the psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace. – Illinois: PPCT Research Publications, 2004. – 395 с.

[103] Grossman D., Siddle B.K. Psychological effects of combat // Oxford: academic press, 2008. – С. 1796–1805.

[104] Gronwald T., Hoos O. Correlation properties of heart rate variability during endurance exercise: a systematic review // *Annals of noninvasive electrocardiology: the official journal of the international society for holter and noninvasive electrocardiology, Inc.* – 2020. – № 25(1). – C. e12697.

[105] Hayano J., Yuda E. Assessment of autonomic function by long-term heart rate variability: beyond the classical framework of LF and HF measurements // *Journal of Physiological Anthropology.* – 2021. – № 40(1). – C. 21.

[106] Koenig J., Kemp A.H., Beauchaine T.P., Thayer J.F., Kaess M. Depression and resting state heart rate variability in children and adolescents - A systematic review and meta-analysis // *Clinical Psychology Review.* – 2016. – № 46. – C. 136–150.

[107] Kothgassner O.D., Goreis A., Kafka J.X., Van Eickels R.L., Plener P.L., Felnhofner A. Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis // *European Journal of Psychotraumatology.* – 2019. – № 10(1). – C. 1654782.

[108] Laukkanen J.A., Laukkanen T., Kunutsor S.K. Cardiovascular and Other Health Benefits of Sauna Bathing: A Review of the Evidence // *Mayo Clinic Proceedings.* – 2018. – № 93(8). – C. 1111–1121.

[109] Laukkanen T., Lipponen J., Kunutsor S.K., Zaccardi F., Araújo C.G.S., Mäkikallio T.H., Khan H., Willeit P., Lee E., Poikonen S., Tarvainen M., Laukkanen J.A. Recovery from sauna bathing favorably modulates cardiac autonomic nervous system // *Complementary Therapies in Medicine.* – 2019. – № 45. – C. 190–197.

[110] Levi O., Fruchter E., Weiser M., Pine D.S., Kreiss Y., Bar-Haim Y. Treatment Seeking for Posttraumatic Stress in Israel Defense Forces Veterans Deployed in the 2006 Israel-Hezbollah War: A 7-Year Post-War Follow-Up // *Israel Journal of Psychiatry.* – 2018. – № 55(2). – C. 4–9.

[111] Mallet R.T., Manukhina E.B., Ruelas S.S., Caffrey J.L., Downey H.F. Cardioprotection by intermittent hypoxia conditioning: evidence, mechanisms, and therapeutic potential //

American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology. – 2018. – № 315(2). – C. H216–H232.

[112] Malsagova K.A., Astrelina T.A., Balakin E.I., Kobzeva I., Adoeva E.Ya., Stepanov A.A., Izotov A.A., Butkova T.V., Synitsyna A.A., Kaysheva A.L., Pustovoyt V.I. Influence of Sports Training in Foothills on the Professional Athlete's Immunity // Sports. – 2023. – T. 11(2). – C. 36. – <https://doi.org/10.3390/sports11020036>.

[113] Malsagova K.A., Kopylov A.T., Pustovoyt V.I., Stepanov A.A., Enikeev D.V., Potoldykova N.V., Balakin E.I., Kaysheva A.L. Pilot Study of the Metabolomic Profile of an Athlete after Short-Term Physical Activity // Data. – 2023. – T. 8(1). – C. 3. – <https://doi.org/10.3390/data8010003>.

[114] Malsagova K.A., Kopylov A.T., Pustovoyt V.I. et al. Proteomic and metabolomic analyses of blood samples of highly trained athletes // Data. – 2024. – T. 9, № 1. – C. 15. – DOI: 10.3390/data9010015.

[115] Malsagova K.A., Kopylov A.T., Stepanov A.A., Enikeev D.V., Potoldykova N.V., Balakin E.I., Pustovoyt V.I., Kaysheva A.L. Molecular Profiling of Athletes Performing High-Intensity Exercises in Extreme Environments // Sports. – 2023. – T. 11. – C. 36. – <https://doi.org/10.3390/sports11020036>.

[116] Malsagova K.A., Kopylov A.T., Stepanov A.A. et al. Metabolomic and proteomic profiling of athletes performing physical activity under hypoxic conditions // Sports. – 2024. – T. 12, № 3. – C. 72. – DOI: 10.3390/sports12030072.

[117] Manser P., Thalmann M., Adcock M., Knols R.H., de Bruin E.D. Can reactivity of heart rate variability be a potential biomarker and monitoring tool to promote healthy aging? A systematic review with meta-analyses // Frontiers in Physiology. – 2021. – № 12. – C. 686129.

[118] Maples-Keller J.L., Bunnell B.E., Kim S.-J., Rothbaum B.O. The Use of Virtual Reality Technology in the Treatment of Anxiety and Other Psychiatric Disorders // Harvard Review of Psychiatry. – 2017. – № 25(3). – C. 103–113.

[119] Mathieu D., Marroni A., Kot J. Tenth European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine: recommendations for accepted and non-accepted clinical indications and practice of hyperbaric oxygen treatment // *Diving and Hyperbaric Medicine*. – 2017. – № 47(1). – С. 24–32.

[120] Mikheev S., Pustovoyt V., Yurku K. Dependence of prolactin on the level of lower limb amputation in Paralympic athletes // *Journal of Clinical Physiology and Pathology*. – 2024. – Т. 3, № 1. – С. 56–57. – DOI: 10.59315/jiscpp.2024-3-1.56-57.

[121] Moore B.A., Reger G.M. Historical and contemporary perspectives of combat stress and the army combat stress control team. Routledge psychosocial stress series. – New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis group, 2007. – С. 161–181.

[122] Moss J.N., Bayne F.M., Castelli F., Naughton M.R., Reeve T.C., Trangmar S.J., Mackenzie R.W.A., Tyler C.J. Short-term isothermic heat acclimation elicits beneficial adaptations but medium-term elicits a more complete adaptation // *European Journal of Applied Physiology*. – 2020. – № 120(1). – С. 243–254.

[123] Mujika I., Sharma A.P., Stellingwerff T. Contemporary Periodization of Altitude Training for Elite Endurance Athletes: A Narrative Review // *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*. – 2019. – № 49(11). – С. 1651–1669.

[124] 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. – 138 с.

[125] Notley S.R., Park J., Tagami K., Ohnishi N., Taylor N.A.S. Morphological dependency of cutaneous blood flow and sweating during compensable heat stress when heat-loss requirements are matched across participants // *Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md.: 1985)*. – 2016. – № 121(1). – С. 25–35.

[126] Partridge E.M., Cooke J., McKune A., Pyne D.B. Whole-Body Cryotherapy: Potential to Enhance Athlete Preparation for Competition? // *Frontiers in Physiology*. – 2019. – № 10. – C. 1007.

[127] Pasquina P.F., Shero J.C. Rehabilitation of the Combat Casualty: Lessons Learned from Past and Current Conflicts // *U.S. Army Medical Department Journal*. – 2016. – № 2–16. – C. 77–86.

[128] Perrone M.A., Volterrani M., Manzi V., Barchiesi F., Iellamo F. Heart rate variability modifications in response to different types of exercise training in athletes // *The journal of Sports medicine and physical fitness*. – 2021. – № 61(10). – C. 1411–1415.

[129] Petrovsky D.V., Malsagova K.A., Rudnev V.R. et al. Bioinformatics methods for constructing metabolic networks // *Processes*. – 2023. – T. 11. – C. 3430. – DOI: 10.3390/pr11123430.

[130] Petrovsky D.V., Pustovoyt V.I., Nikolsky K.S., Malsagova K.A., Kopylov A.T., Stepanov A.A., Rudnev V.R., Balakin E.I., Kaysheva A.L. Tracking health, performance and recovery in athletes using machine learning. – 2022. – № 10(160).

[131] Pilch W., Piotrowska A., Czerwińska-Ledwig O., Zu-ziak R., Maciejczyk M., Tota Ł., Bawelski M., Pałka T. [Changes in selected physiological indicators and thermal stress assessment under the influence of baths in a dry and wet sauna in young healthy women] // *Medycyna Pracy*. – 2019. – № 70(6). – C. 701–710.

[132] Płoszczyca K., Langfort J., Czuba M. The Effects of Altitude Training on Erythropoietic Response and Hematological Variables in Adult Athletes: A Narrative Review // *Frontiers in Physiology*. – 2018. – № 9. – C. 375.

[133] Pokora I., Sadowska-Krępa E., Wolowski Ł., Wyderka P., Michnik A., Drzazga Z. The Effect of Medium-Term Sauna-Based Heat Acclimation (MPHA) on Thermophysiological and Plasma Volume Responses to Exercise Performed under Temperate Conditions in Elite Cross-Country Skiers // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – № 18(13). – C. 6906.

[134] Porcheret K., van Heugten-van der Kloet D., Goodwin G.M., Foster R.G., Wulff K., Holmes E.A. Investigation of the impact of total sleep deprivation at home on the number of intrusive memories to an analogue trauma // *Translational Psychiatry*. – 2019. – № 9(1). – C. 104.

[135] Prommer N., Thoma S., Quecke L., Gutekunst T., Völzke C., Wachsmuth N., Niess A.M., Schmidt W. Total hemoglobin mass and blood volume of elite Kenyan runners // *Medicine and Science in Sports and Exercise*. – 2010. – № 42(4). – C. 791–797.

[136] Pustovoit V.I., Balakin E.I., Maksjutov N.F., Murtazin A.A., Samoylov A.S. Change in the functional status of extreme athletes in response to adverse environmental conditions // *Human. Sport. Medicine*. – 2022. – T. 22(S2). – C. 22–29. – DOI: 10.14529/hsm22s203.

[137] Rendell R.A., Prout J., Costello J.T., Massey H.C., Tipton M.J., Young J.S., Corbett J. Effects of 10 days of separate heat and hypoxic exposure on heat acclimation and temperate exercise performance // *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. – 2017. – № 313(3). – C. R191–R201.

[138] Rose C., Edwards K.M., Siegler J., Graham K., Caillaud C. Whole-body Cryotherapy as a Recovery Technique after Exercise: A Review of the Literature // *International Journal of Sports Medicine*. – 2017. – № 38(14). – C. 1049–1060.

[139] Rosenfeld S. AI Diagnoses PTSD with High Accuracy // *Digital health news*. – 2019.

[140] Runnova A., Selskii A., Kiselev A., Shamionov R., Parsamyan R., Zhuravlev M. Changes in EEG alpha activity during attention control in patients: association with sleep disorders // *Journal of Personalized Medicine*. – 2021. – № 11(7). – C. 601.

[141] Schiweck C., Piette D., Berckmans D., Claes S., Vrieze E. Heart rate and high frequency heart rate variability during stress as biomarker for clinical depression. A systematic review // *Psychological Medicine*. – 2019. – № 49(2). – C. 200–211.

[142] Sen S., Sen S. Therapeutic effects of hyperbaric oxygen: integrated review // *Medical Gas Research*. – 2021. – № 11(1). – С. 30–33.

[143] Shaffer F., Meehan Z.M., Zerr C.L. A critical review of ultra-short-term heart rate variability norms research // *Frontiers in Neuroscience*. – 2020. – № 14. – С. 594880.

[144] Skiba Ya.B., Odinak M.M., Polushin A.Yu., Prokudin M.Yu., Bardakov S.N., Ratanov M.Yu., Pustovoyt V.I. Mozart effect in patients with epilepsy // *Epilepsy and paroxysmal conditions*. – 2021. – № 13(3). – С. 264–273.

[145] Toro V., Siquier-Coll J., Bartolomé I., Pérez-Quintero M., Raimundo A., Muñoz D., Maynar-Mariño M. Effects of Twelve Sessions of High-Temperature Sauna Baths on Body Composition in Healthy Young Men // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – № 18(9). – С. 4458.

[146] Tyler C.J., Reeve T., Hodges G.J., Cheung S.S. The Effects of Heat Adaptation on Physiology, Perception and Exercise Performance in the Heat: A Meta-Analysis // *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*. – 2016. – № 46(11). – С. 1699–1724.

[147] Viana R.B., Dankel S.J., Loenneke J.P., Gentil P., Vieira C.A., dos S. Andrade M., Vancini R.L., de Lira C.A.B. The effects of exergames on anxiety levels: A systematic review and meta-analysis // *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. – 2020. – № 30(7). – С. 1100–1116.

[148] Vitale J.A., Bonato M., La Torre A., Banfi G. Heart rate variability in sport performance: do time of day and chronotype play a role? // *Journal of Clinical Medicine*. – 2019. – № 8(5). – С. e723.

[149] Wilber R.L. Application of altitude/hypoxic training by elite athletes // *Medicine and Science in Sports and Exercise*. – 2007. – № 39(9). – С. 1610–1624.

[150] Wojciak G., Szymura J., Szygula Z., Gradek J., Wiecek M. The Effect of Repeated Whole-Body Cryotherapy on Sirt1 and Sirt3 Concentrations and Oxidative Status in Older and Young Men Performing Different Levels of Physical Activity // *Antioxidants (Basel, Switzerland)*. – 2020. – № 10(1). – С. e37.

[151] Woo J., Min J.-H., Lee Y.-H., Roh H.-T. Effects of Hyperbaric Oxygen Therapy on Inflammation, Oxidative/Antioxidant Balance, and Muscle Damage after Acute Exercise in Normobaric, Normoxic and Hypobaric, Hypoxic Environments: A Pilot Study // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – № 17(20). – С. 7377.

[152] World Psychiatry Association // WPA [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.wpanet.org> (дата обращения: 11.01.2026).

[153] Wounded, Ill, and/or Injured Compensation and Benefits Handbook. – The Office of Warrior Care Policy, 2017.

[154] Yagishita K., Enomoto M., Takazawa Y., Fukuda J., Koga H. Effects of hyperbaric oxygen therapy on recovery acceleration in Japanese professional or semi-professional rugby players with grade 2 medial collateral ligament injury of the knee: A comparative non-randomized study // Undersea & Hyperbaric Medicine: Journal of the Undersea and Hyperbaric Medical Society, Inc. – 2019. – № 46(5). – С. 647–654.

[155] Yamauchi T. Extreme cold treatment (-150°C) on the whole body in rheumatoid arthritis. – 1981. – С. P1054.

[156] Young H.A., Benton D. Heart-rate variability: a biomarker to study the influence of nutrition on physiological and psychological health? // Behavioural Pharmacology. – 2018. – № 29(2 and 3-Spec Issue). – С. 140–151.

[158] Zaborova V., Zolnikova O., Dzhakhaya N. et al. Associations between physical activity and kyphosis and lumbar lordosis abnormalities, pain, and quality of life in healthy older adults: a cross-sectional study // Healthcare (Basel). – 2023. – Т. 11, № 19. – С. 2651. – DOI: 10.3390/healthcare11192651.

[158] Zembron-Lacny A., Morawin B., Wawrzyniak-Gramacka E., Gramacki J., Jarmuzek P., Kotlega D., Ziemann E. Multiple Cryotherapy Attenuates Oxi-Inflammatory Response Following Skeletal Muscle Injury // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – № 17(21). – С. 7855.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 Порядок действий командира при выявлении подчинённого с боевым или служебным стрессом

Командир замечает у подчинённого признаки острой стрессовой реакции. Необходимо немедленно принять меры по установлению контроля и обеспечению безопасности.

1. Установление контроля

Командир налаживает вербальный контакт с военнослужащим. При отсутствии реакции воздействует физически – встряхивает за плечи, чтобы привлечь внимание. При выраженном возбуждении организует мягкий физический контроль самостоятельно или с помощью других военнослужащих.

2. Обеспечение безопасности

Военнослужащий немедленно разоружается. Его отстраняют от управления техникой, механизмов и любых действий, связанных с повышенной опасностью. Другие военнослужащие защищаются от возможных неадекватных действий.

3. Перемещение в безопасное место

Насколько позволяет обстановка, военнослужащего выводят из зоны непосредственной угрозы в укрытие или безопасное место. Назначается сопровождение для контроля состояния и предотвращения попыток возвращения к боевым обязанностям.

4. Обеспечение базовых потребностей

Военнослужащему предоставляется вода, тёплая пища, нормальный микроклимат. Организуется отдых и сон в спокойных условиях. Дополнительные потребности удовлетворяются по возможности.

5. Объяснение ситуации

Командир разъясняет военнослужащему, что наблюдаемая реакция является нормальной при чрезмерной нагрузке. Подчёркивается, что восстановление произойдёт в ближайшее время и он вернётся к выполнению задач.

6. Привлечение специалистов

Командир вызывает представителей психологической службы или медицинской службы. При их отсутствии организует направление военнослужащего к специалистам как можно скорее.

7. Организация отдыха

При необходимости выделяется 1–3 суток отдыха и восстановления в ближнем тылу. Военнослужащий временно освобождается от боевых и служебных обязанностей.

8. Поддержка в период восстановления

Командир регулярно контактирует с военнослужащим. Убеждает его в необходимости его присутствия в подразделении и ожидании возвращения к службе.

9. Помощь при возвращении

При возвращении в подразделение командир организует постепенное вхождение в рабочий ритм. Назначает ответственного товарища для наблюдения за состоянием в первые дни.

При любых признаках суицидальных намерений или угрозы окружающим командир немедленно информирует старшего начальника и медицинскую службу. Дальнейшие действия проводятся по особым указаниям.

Приложение 2

Рекомендации по проведению разбора после событий, связанных с боевым и служебным стрессом

Разбор происшествия проводится по нескольким причинам: расследование обстоятельств, подведение итогов деятельности, оценка состояния личного состава. Психологическое значение мероприятия заключается в возможности выражения переживаний и профилактике отдалённых последствий стресса.

Разбор не проводится в период острых стрессовых реакций у участников. Его откладывают на 1–3 суток после события. С осторожностью подходят к участию лиц, переживающих стресс утраты или чувство вины.

Цель разбора – дать участникам возможность выразить негативные эмоции, прояснить картину произошедшего, снизить риск формирования тяжёлых расстройств.

Основные этапы разбора

Командир или ответственный за разбор объясняет цель мероприятия и порядок его проведения. Участники должны понимать, что обсуждение касается не только тактических вопросов, но и состояния личного состава.

Все участники восстанавливают цепочку событий. Каждый вносит свой вклад, уточняя обстоятельства и свою роль. Достигается общее понимание того, что произошло, устраняются индивидуальные заблуждения.

Участники выражают мысли и эмоции по поводу произошедшего. Разрешены любые чувства – страх, гнев, вина, растерянность. Командир следит, чтобы обсуждение не переходило в обвинения или словесную агрессию.

Командир или психолог обосновывает правильную позицию по событию. Эта позиция должна освобождать от избыточной вины и снижать риск отдалённых последствий. Участники работают над тем, чтобы её принять.

Обсуждаются обычные проявления стресса, которые могут сохраняться некоторое время. Участники получают объяснение, что такие реакции нормальны и не требуют страха или удивления.

Итогом становится обобщение уроков и выявление позитивных аспектов опыта. Определяются меры по доработке подготовки и организации службы.

Требования к проведению разбора

Критике подвергаются действия, а не участники. Хвалить – публично, отчитывать – наедине.

Разбор ослабляет, а не усиливает чувство вины, гнев или отчуждение. Хронические жалобы и страдания не поощряются.

Формируется позитивный настрой на преодоление проявлений стресса. Участники получают установку на активное восстановление.

Особенности длительного восстановления

Участники понимают, что событие не забывается быстро. Воспоминания с грустью, обидой или виной могут возникать спустя годы. Это нормальный процесс. Со временем положительные эмоции компенсируют болезненные переживания. Деструктивные реакции ослабевают.

Привлечение специалистов

При серьёзных событиях психолог или представитель психофизиологического сопровождения привлекается к проведению разбора. Специалист помогает правильно организовать процесс и убедить руководство в необходимости мероприятия.

Неправильно проведённый разбор может усугубить состояние участников и способствовать развитию тяжёлых расстройств.

Приложение 3

Занятия с личным составом перед боевыми действиями, миротворческими операциями и ликвидацией последствий катастроф

Занятия проводятся в учебных классах с партами, мультимедийными экранами и проекторами. Размер группы – не более 20 человек. Два преподавателя отвечают за психологическую и физиологическую части материала.

Преподаватели имеют личный опыт боевых действий, миротворческих операций или ликвидации катастроф. Их возраст и авторитет сопоставимы или превосходят уровень обучаемых. Длительность занятия с рядовым составом – 3 академических часа, с командным составом – 4 академических часа.

Формат – лекция с переходом к обсуждению. Обсуждаются вопросы до полного согласия участников с выводами и разъяснения возникающих сомнений.

Содержание занятий для рядового состава

Цели и мотивация

Каждый обучаемый формулирует свою цель в предстоящей задаче. Обсуждается связь личных целей с задачами подразделения и общими целями операции.

Общественная поддержка

Разъясняется роль поддержки со стороны государства, знакомых, друзей, трудовых коллективов. Указывается на историко-культурное значение воинской службы в российском обществе.

Работа со страхом

Объясняются психофизиологические основы страха и способы его преодоления. Даются практические рекомендации для обучения и служебной деятельности.

Физиология стресса

Разбираются уровни боевого и служебного стресса, изменения в работе мозга и организма. Формулируются практические выводы по профилактике в обучении и службе.

Методики саморегуляции

Обучаемых знакомят с дыхательными приёмами. Разъясняется их физиологическое обоснование и условия применения.

Психологические аспекты боевых действий

Обсуждается феномен убийства и профилактика чувства вины. Разбираются роль приказа, дистанции до противника, коллективной ответственности и гуманного отношения к пленным.

Взаимодействие с гражданским населением

Определяются общие подходы к мирному населению. Указываются угрозы от лиц, работающих на противника или находящихся в состоянии аффекта.

Стратегия выживания в зоне боевых действий

Участники осваивают основные правила: постоянное обучение и передача опыта, тщательная подготовка снаряжения, поддержание бдительности, оптимизация труда и отдыха, избегание конфликтов в коллективе, использование религиозной поддержки, подготовка к возвращению в мирную жизнь.

Содержание занятий для командного состава

Дополнительно разбираются психология управления и роль командира в условиях стресса, стрессогенные факторы и их профилактика, периодизация развития стресса и связанные с ней опасности, организация отдыха и сна личного состава, коррекция нарушений сна, вопросы медицинского обеспечения при острых стрессовых состояниях.

Завершение занятия

Каждый блок заканчивается ответами на вопросы участников. Преподаватели добиваются полного принятия реальности и формирования уверенности в своих силах.

Приложение 4

Объемная компрессионная осциллометрия

Метод объемной компрессионной осциллометрии определяет артериальное давление путём регистрации объёмных артериальных осциллограмм. Процесс основан на фиксации пульсовых волн крупной артерии при нарастающем давлении в манжете.

Метод оценивает уровень артериального давления, параметры сердечной деятельности, эластичность сосудов, проходимость сосудистого русла. По результатам одного измерения выдаётся 21 показатель системы кровообращения. Это позволяет судить о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы в целом.

Показатели имеют значение для оценки реакции организма на экстремальные условия. В сочетании с методикой вариабельности сердечного ритма они отражают адаптационные механизмы военнослужащих.

Условия обследования

Обследование проводится в тихой обстановке при комфортной температуре. Военнослужащий сидит на стуле с прямой спинкой. Середина манжеты находится на уровне сердца.

Руки опираются на стол. Спина опирается на спинку стула. Ноги расслаблены, не скрещены. Обследование проводится через два часа после еды.

За час до измерения запрещено курить, пить кофе и другие возбуждающие напитки. Рука обнажена. Перед измерением обеспечивается отдых не менее пяти минут. При физической или эмоциональной нагрузке отдых продлевается до 15–30 минут.

Положение манжеты

Нижний край манжеты размещается на 2,5 см выше локтевой ямки. Манжета наложена так, чтобы проходил палец между ней и плечом.

Процедура измерения

Время набора давления – 35–40 секунд. При гипокинетическом типе кровообращения время увеличивается до 40–60 секунд. При некорректном измерении воздух стравливается автоматически. Повторный замер проводится через две минуты.

Основные показатели

Частота пульса (ЧП, уд/мин); систолическое артериальное давление (САД, мм рт. ст.); диастолическое артериальное давление (ДАД, мм рт. ст.); артериальное давление пульсовое (АДп, мм рт. ст.); боковое систолическое артериальное давление (БАД, мм рт. ст.); среднее гемодинамическое артериальное давление (СрАД, мм рт. ст.); сердечный индекс (СИ, л/(мин*кв.)); сердечный выброс (СВ, л/мин); ударный объем (УО, мл); ударный индекс (УИ, мл/кв.м); артериальное ударное давление (АДуд, мм рт. ст.); скорость нарастания артериального давления в фазу быстрого изгнания крови левым желудочком (СКАДп, мм рт. ст.); показатели расхода энергии на передвижение одного литра крови (РЭ, Вт); скорость кровотока линейная (СКлин, см/с); мощность сокращения левого желудочка (МСЛЖ, Вт); объемная скорость выброса (ОСВ, мл/с); скорость пульсовой волны (СПВ, см/с); податливость сосудистой системы (ПСС, мм рт. ст.); общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС, $\text{дин} \cdot \text{с}^3 / \text{см}$); удельное периферическое сопротивление сосудов (УПСС, усл. ед.); функциональное состояние (ФС, усл. ед.).

Применение в практике

Обследования проводятся перед выполнением задач и после них. Это позволяет оценить функциональную активность сердечно-сосудистой системы в период профессиональной деятельности.

Методика соответствует клиническим рекомендациям 2015 и 2020 годов. Метод применяется в прикладной физиологии, кардиологии и клинической практике.

Приложение 5

Вариабельность сердечного ритма

Первые исследования военнослужащих проводятся в местах постоянного проживания в состоянии эмоционального покоя. Это обеспечивает стандартизацию метода и правильную интерпретацию данных.

Обследование проводится в положении сидя с опорой на спинку стула. Используется второе стандартное отведение. Измерение проходит через два часа после еды или физической нагрузки. Температура в помещении – 21–24°C. Продолжительность записи – 5 минут.

Анализ выполняется минимум в двух повторных записях. Телефоны отключаются. Участникам запрещено разговаривать. Не допускаются глубокие вдохи, выдохи, кашель, сглатывание слюны.

Показатели временной области

Частота сердечных сокращений (HR, уд/мин); средняя длительность интервалов RR (Mean RR, мс); максимальная длительность интервала RR (Xmax RR, мс); минимальная длительность интервала RR (XMin, мс); разность XMax-XMin (MxDMn); отношение XMax/XMin (MxRMn); квадратный корень из суммы разностей последовательного ряда кардиоинтервалов RMSSD; число пар кардиоинтервалов, отличающихся более чем на 50 мс от общего числа кардиоинтервалов в массиве (pNN50); среднее квадратичное отклонение (SDNN, мс); коэффициент вариации (CV, %); дисперсия (D, мс²); мода (Mo, мс); амплитуда моды (AMoSDNN, %); амплитуда моды 50 (AMo50, %); амплитуда моды 7.8 (AMo7.8, %); первый показатель автокорреляционной функции (CC1); нулевой показатель автокорреляционной функции (CC0); индекс напряжения регуляторных систем (SI) по Баевскому Р.М.

В частотном домене проводится фильтрация спектрального сигнала (для всестороннего визуального отображения фильтрованных частот), вычисляется: суммарная мощность

спектра (TP, мс^2); абсолютная мощность высокочастотного диапазона (HF, мс^2); абсолютная мощность низкочастотного диапазона (LF, мс^2); абсолютная мощность очень низкочастотного диапазона (VLF, мс^2); абсолютная мощность ультранизкочастотного диапазона (ULF, мс^2); максимум высокочастотной составляющей (HFmx, $\text{мс}^2/\text{Гц}$); максимум низкочастотной составляющей (LFmx, $\text{мс}^2/\text{Гц}$); максимум очень низкочастотной составляющей (VLFmx, $\text{мс}^2/\text{Гц}$); максимум ультранизкочастотной составляющей (ULFmx, $\text{мс}^2/\text{Гц}$); период максимального спектра HF (HFt, $\text{мс}^2/\text{Гц}$); период максимального спектра LF (LFt, $\text{мс}^2/\text{Гц}$); период максимального спектра VLF (VLFt, $\text{мс}^2/\text{Гц}$); период максимального спектра ULF (ULFt, $\text{мс}^2/\text{Гц}$); относительная мощность высокочастотного диапазона (PHF, %); относительная мощность низкочастотного диапазона (PLF, %); относительная мощность очень низкочастотного диапазона (PVLF, %); индекс централизации (VLF+LF)/HF; отношение LF/HF и VLF/HF.

Применение метода

Метод используется в прикладной физиологии, спортивной медицине, авиационной и водолазной практике, клинической работе. Соответствует рекомендациям Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества ритма и электрофизиологии.

Приложение 6

Электроэнцефалография

Метод электроэнцефалографии применяется с середины прошлого века для научных и клинических задач. Он оценивает интенсивность энергетического обмена и функциональную активность различных областей головного мозга.

Обследование проводится в положении сидя с опорой на спинку стула. Используется 16 отведений. Измерение проходит через два часа после еды или физической нагрузки. Помещение звуко- и светозащищённое. Температура – 21–24 °С. Продолжительность записи – 5 минут.

Перед началом записи обеспечивается отдых пять минут. Анализ выполняется в двух повторных записях. Телефоны отключаются. Запрещено разговаривать, делать глубокие вдохи, кашлять, сглатывать слюну.

Условия наложения электродов

Электроды размещаются по международной схеме 10–20% в 16 отведениях: Fp1, Fp2, F3, F4, F7, F8, C3, C4, P3, P4, T3, T4, T5, T6, O1, O2. Референтный электрод – объединённый ушной.

Чувствительность – 70 мкВ/мм. Скорость развёртки – 30 мм/с. Используются чашечковые адгезивные электроды Ag/AgCl с пастой. Перед наложением наносится абразивный гель.

Обработка сигнала

Сигналы отфильтровываются полосовым фильтром 1–100 Гц с режекторным фильтром 50 Гц. Артефакты устраняются при разложении на эмпирические моды: движение глаз – более 60 мкВ, мышечная активность и сердечный ритм – более 140 мкВ, плохой канал – более 180 мкВ в окне 650 мс.

Спектральный анализ

Для каждой эпохи вычисляются спектрограммы как квадрат модуля преобразования Фурье. Сигнал разлагается на амплитуду, фазу и частоту без потери информации.

Абсолютные значения мощности – площадь под кривой в выбранном диапазоне. Индекс мощности – отношение площади выбранного диапазона к суммарной мощности.

Применение метода

Базовое обследование проводится в оптимальном психоэмоциональном состоянии для получения спектральных показателей. Последующие измерения выполняются на этапах профессиональной деятельности.

Показатели для оценки боевого стресса

Индекс мощности альфа-ритма (Альфа U, %).

Мощность альфа-ритма (Альфа K, $\text{мкВ}^2/\text{Гц}$).

Индекс мощности бета-1 ритма (Бета 1U, %).

Мощность бета-1 ритма (Бета 1K, $\text{мкВ}^2/\text{Гц}$).

Индекс мощности бета-2 ритма (Бета 2U, %).

Мощность бета-2 ритма (Бета 2K, $\text{мкВ}^2/\text{Гц}$).

Индекс мощности дельта-1 ритма (Дельта 1U, %).

Мощность дельта-1 ритма (Дельта 1K, $\text{мкВ}^2/\text{Гц}$).

Индекс мощности дельта-2 ритма (Дельта 2U, %).

Мощность дельта-2 ритма (Дельта 2K, $\text{мкВ}^2/\text{Гц}$).

Пользовательский индекс ЭЭГ активности (Польз U, %).

Пользовательская мощность ЭЭГ активности (Польз K, $\text{мкВ}^2/\text{Гц}$).

Индекс тета-ритма (Тета U, %).

Мощность тета-ритма (Тета K, $\text{мкВ}^2/\text{Гц}$).

Суммарная мощность ЭЭГ (Сумма K, $\text{мкВ}^2/\text{Гц}$).

Уровень метаболической активности головного мозга (ПС, мВ).

Длина волны (EEG POLY L, усл. ед.).

Приложение 7

Дыхательные приёмы снижения психоэмоционального напряжения

Контроль дыхания позволяет регулировать поступление кислорода в организм и снижать уровень напряжения. Дыхание находится под совместным влиянием тела и сознания. Эти приёмы доступны для самостоятельного применения.

Дыхание с использованием диафрагмы

Военнослужащий выбирает безопасное, тихое место. Занимает удобную позу сидя или лёжа. Положив руку на живот, закрывает глаза и сосредотачивается на дыхании. Вдох выполняется медленно через нос. Диафрагма опускается, живот поднимается. Счёт вдоха – четыре единицы. Дыхание задерживается на две единицы. Выдох через рот – на четыре единицы.

Напряжение уходит с выдохом. Приём повторяется 5–10 минут. Если сохраняется возбуждение, упражнение продолжается до стабилизации состояния.

Дыхание по квадрату

Вдох через нос – четыре единицы. Задержка дыхания – четыре единицы. Выдох через рот – четыре единицы. Задержка – четыре единицы. Цикл повторяется до достижения нужного уровня спокойствия.

Приём применяется в любых условиях. Он позволяет быстро снизить возбуждение и восстановить контроль над вниманием.

Условия применения

Приёмы осваиваются заранее в спокойном состоянии. В боевой обстановке используются короткие циклы по 1–2 минуты. Регулярная практика повышает эффективность.

Эти дыхательные приёмы не заменяют работу психолога или врача. Они служат средством саморегуляции для командира и военнослужащих.

Приложение 8

Биологическая обратная связь для коррекции психофизиологического состояния

Биологическая обратная связь используется для коррекции психологического и функционального состояния специалистов экстремальных профессий. Метод применяется в профилактических целях для повышения устойчивости к стрессовым факторам.

Механизмы действия

Занятия вызывают реакции, противоположные стрессовым. Усиливается альфа-ритм мозга. Снижается артериальное давление и частота сердечных сокращений. Уменьшается потребление кислорода, электрическая активность мышц, уровень кортизола и адреналина в крови.

Метод воздействует на психическое, неврологическое и иммунное состояние. Он улучшает способность противостоять стрессу на всех физиологических уровнях.

Преимущества применения

Отсутствие побочных эффектов. Высокая эффективность. Неинвазивность процедур. Надёжность результатов. Длительность эффекта.

Методика проведения

Занятия организует нейропсихолог или психофизиолог. Количество сеансов – 8–14. Частота – 1–2 раза в неделю.

Специалист отрабатывает приёмы самопомощи. Включаются аутогенная тренировка, мышечная релаксация, диафрагмальное дыхание. В начале сеанса корректируются пороговые значения параметров.

Этапы сеанса

Инструктаж сопровождается видеорядом. Военнослужащий занимает положение, минимизирующее артефакты. Адаптация к условиям занимает 2–5 минут.

Основная процедура. Длительность определяется видом тренинга. Подбираются индивидуальные слуховые и зрительные стимулы.

Отдых между этапами – 1–2 минуты. Специалист анализирует текущие параметры и устанавливает пороги для следующего этапа.

Показания к применению

Невроз. Тревожные расстройства. Фобии. Депрессия. Психосоматические заболевания. Нарушения психоэмоциональной сферы. Снижение адаптационных возможностей. Необходимость формирования навыков стрессоустойчивости и саморегуляции (в том числе с использованием аутогенной тренировки).

Противопоказания

Соматические заболевания. Инфекционные заболевания в стадии обострения.

Электромиографический тренинг

Электроды накладываются на группы мышц. Отслеживается уровень напряжения. Навык расслабления закрепляется звуковым сигналом.

Метод применяется при болях в спине, голове, шее. Используется при бронхиальной астме, язве желудка, головных болях напряжения.

Стресс повышает мышечный тонус и электрическую активность. Звуковой сигнал усиливается при напряжении. Снижение активности приводит к релаксации и нормализации пульса, давления, дыхания.

Эффективные зоны

Управление фронтальными мышцами (мышцы лба) даёт наилучший результат. Эти мышцы в меньшей степени поддаются сознательному контролю.

Нейро-БОС тренинг

Регистрируется альфа-ритм мозга. Военнослужащий учится усиливать его по звуковому или визуальному сигналу. Эффект – повышение устойчивости к стрессу и улучшение концентрации.

Кардио-БОС тренинг

Контролируется вариабельность сердечного ритма. Военнослужащий осваивает приёмы нормализации пульса и давления. Применяется для снижения тревоги и восстановления после нагрузок.

Тренинг по дыханию

Отслеживается частота и глубина дыхания. Военнослужащий учится переходу к медленному диафрагмальному дыханию. Результат – снижение вегетативного возбуждения.

Индивидуальный подбор

При выраженном эмоциональном напряжении подбираются образы и стимулы. Успех зависит от эмоционально-личностного состояния и интеллектуальных возможностей.

Контроль результатов

Оценивается динамика показателей стресса, уровня тревоги, работоспособности. Фиксируется способность к саморегуляции в условиях нагрузки.

Организация в подразделении

Сеансы проводятся планомерно перед периодами повышенной нагрузки. Групповые занятия – до 4–6 человек. Индивидуальные – при выраженных нарушениях.

Метод дополняет работу психолога и врача. Командир обеспечивает участие военнослужащих и соблюдение режима занятий.

Приложение 9

Гипоксическая тренировка для повышения адаптационных резервов

Гипоксия – состояние пониженного содержания кислорода в организме или тканях. Гипоксические тренировки повышают функциональные резервы и устойчивость военнослужащих к экстремальным условиям. Метод применяется в специальной подготовке и профилактике стрессовых реакций.

Физиологические эффекты

Гипоксия изменяет метаболизм. Стимулирует ангиогенез – образование новых сосудов. Увеличивает выносливость, ускоряет восстановление после нагрузок. Повышает буферную ёмкость мышц, активность гликолитических ферментов, капиллярную плотность, митохондриальный объём, концентрацию миоглобина.

Улучшаются гематологические показатели. Снижается парциальное давление кислорода. Стимулируется эритропоэз через фактор HIF-1 α . Уровень эритропоэтина растёт через несколько часов, пик достигается через 1–3 дня.

Оптимальный физиологический порог – парциальное давление O₂ 124,6–117 мм рт. ст. (высота 2000–2500 м). Это вызывает рост активных форм кислорода, азота и эритропоэтина.

Виды гипоксии

Гипоксическая – пониженное содержание кислорода во внешней среде. Нагрузочная – несоответствие потребности в кислороде и его доставки. Респираторная – ограниченное поступление кислорода в лёгкие.

Циркуляторная – ограниченная доставка кислорода к тканям. Гемическая – ограниченный перенос кислорода кровью. Тканевая – ограниченное использование кислорода клетками.

Способы создания условий

Естественная гипоксия в горах. Гипобарические барокамеры. Нормобарические гипоксические комнаты, палатки, тенты. Индивидуальные гипоксикаторы.

Гипоксикаторы формируют газовую смесь с пониженным содержанием кислорода из атмосферного воздуха. Подача осуществляется через маску. Устройства портативны, не требуют сложного обслуживания.

Режимы воздействия

Непрерывный. Прерывистый – процедуры 20–30 минут ежедневно или через день. Интервальный – циклы 5–10 минут гипоксии с паузами 3–10 минут нормоксии.

Протоколы тренировок

ЛН-ТН – проживание на высоте, нагрузки на 1500–2000 м ниже. ЛН-ТЛ – проживание на высоте 2500–4000 м, тренировки на равнине. LL-ТН – прерывистые воздействия в покое (ИНЕ), с нагрузкой (ИНТ) или интервальные (ИНИТ).

Дозировка

Оптимальная концентрация O_2 – 11,5% для мужчин, 12% для женщин. SpO_2 снижается до 80–90%. Сеансы – 15–30. Суммарное время гипоксии – 20–45 минут в день.

Метрика «километровые часы» – высота $\times$ время воздействия. «Часы насыщения» учитывают индивидуальную реакцию: $H = (98/S - 1) \times H \times 100$, где S – насыщение, H – время воздействия.

Контроль процедуры

Гипоксический тест – дыхание смесью 12% O_2 с мониторингом ЧСС и SpO_2 . Коррекция интенсивности при смене условий.

Признаки непереносимости

Одышка. ЧД более 24 в минуту. ЧСС более 120 уд/мин. Колебания АД ± 30 мм рт. ст. Сердцебиение. Повышенное потоотделение. Головокружение.

Восстановительные циклы

Дыхание гипоксической смесью чередуется с нормоксией. Продолжительность гипоксических фаз постепенно увеличивается.

Поддержание адаптации

Эффекты сохраняются 2–3 недели. Дополнительное воздействие 2 часа в день на высоте выше 4200 м предотвращает спад гематологических показателей.

Гематологические аспекты

Контроль ферритина. Приём железа 40–200 мг в сутки при необходимости. Стимуляция эритропоэза требует повышенного потребления железа.

Индивидуальная реакция на эритропоэтин варьирует. У некоторых военнослужащих ответ отсутствует даже после 30 часов воздействия.

Показания

Повышение аэробной и анаэробной работоспособности. Адаптация к высоте. Профилактика стрессовых реакций. Улучшение восстановления после нагрузок.

Хронические бронхиты, астма, аллергические заболевания, гипертония I–II стадии, сахарный диабет, анемии, астения, вегетососудистая дистония.

Противопоказания

Тяжёлая астма с лёгочно-сердечной недостаточностью. Острые гнойные ЛОР-заболевания. Сердечная недостаточность. Пороки сердца. Печёночная или почечная недостаточность. Беременность. Язва желудка в обострении. Онкология. Туберкулёз лёгких.

Практические рекомендации

Персональный подход с учётом тренированности, возраста, пола, резервов. Регулярный контроль ВСП, АД, ЭЭГ, реокардиографии.

Метод дополняет систему подготовки. Командир организует участие и обеспечивает соблюдение режима.

Индивидуализация

Гипоксическая доза рассчитывается по метрике «километровые часы» и «часы насыщения». Учёт генетических особенностей и текущего состояния.

Режим LH-TL

Проживание на высоте 2500–4000 м. Тренировки на равнине. Стимулирует эритропоэз без потери работоспособности.

Режим ИИТ

Интенсивность – 10–14% O_2 (4000–6400 м). Сеанс – 60–180 минут. Циклы 5–7 минут гипоксии с паузами 3–5 минут.

Побочные эффекты барокамер

Вестибулярные расстройства. Аэрофагия. Баротравмы. Снижение активности Na/K АТФ-азы. Иммунодепрессия. Потеря мышечной массы.

Компенсация – чередование гипоксических и нормоксических нагрузок.

Гипоксикаторы предпочтительны для индивидуальной работы. Маска фиксируется шнурами или удерживается рукой. Возможность мгновенного прекращения воздействия.

Приложение 10

Гипербарическая оксигенация

Гипербарическая оксигенация – дыхание чистым кислородом под давлением выше 100 кПа. Метод возник в водолазной медицине. Сейчас применяется для лечения различных состояний у военнослужащих.

Механизм действия

Около 80% кислорода используется митохондриями для производства энергии. Гипоксия вызывает окислительный стресс и свободные радикалы. Гипероксия снижает воспаление, отёк, боль, улучшает микроциркуляцию.

Повышается артериальная сатурация кислородом. Усиливается антимикробная активность. Снижается гипоксический фактор. Происходит вазоконстрикция и брадикардия.

Показания

Восстановление после травм. Краткосрочная стабилизация при обострениях хронических заболеваний. Ускорение регенерации мышц после нагрузок. Лечение состояний с нарушением микроциркуляции.

Противопоказания

Абсолютных противопоказаний нет. Относительные – клаустрофобия, дискомфорт в замкнутом пространстве.

Временные: воспаления уха, носоглотки, инфекции верхних дыхательных путей, беременность, пневмоторакс, неконтролируемая гипертермия, травмы уха.

Осложнения

Баротравма уха, синусов, лёгких. Бародонтальгия. Баротравма желудочно-кишечного тракта, глаз. Токсическое действие кислорода.

Подготовка

Клиническое обследование. Аускультация лёгких, отоскопия, тест функций дыхания. Мониторинг ВСР для выявления токсичности кислорода.

Инструктаж по выравниванию ушей, поведению при нештатных ситуациях, пожарной безопасности. Синтетика запрещена в камере.

Режим проведения

Одноместные или многоместные барокамеры. Компрессия от 1,0 до 2,0 Ата – 10 минут на воздухе. Три цикла по 20 минут 100% O₂ под 2,0 Ата с паузами 5 минут на воздухе.

Декомпрессия от 2,0 до 1,0 Ата на воздухе. Курс – не менее 6 сеансов. Антиоксиданты повышают эффективность.

Мониторинг

ЭКГ или датчик ЧСС. ВСР, ЭЭГ, объёмная осциллометрия – в многоместных камерах. Лазерная доплеровская флоуметрия для микроциркуляции.

Оборудование сертифицировано для гипербарических условий. После сеанса – опрос по ощущениям.

Критерии эффективности

Субъективное самочувствие. ЭЭГ, осциллометрия, ВСР. Переносимость нагрузок по спирометрии.

Практические рекомендации

Применение при повышенной потребности в кислороде и ограниченной доставке. Эффект заметен при больших кислородных долгах после интенсивных нагрузок или травм.

Показатели сердечно-сосудистой системы нормализуются к концу процедуры. Метод потенциально опасен. Требуется строгого соблюдения правил работы под давлением.

Кислород взрывоопасен при контакте с маслом. Смена белья перед каждым сеансом. Посторонние предметы запрещены.

Выбор режима

Курсовое воздействие при восстановлении после травм. Разовое – для быстрого выхода из преморбидного состояния перед задачами.

Учёт локализации травмы. Зоны с нарушенной перфузией получают наибольшую пользу.

Военнослужащие возвращаются в строй в 1,8 раза быстрее после курса ГБО.

Метод дополняет систему реабилитации. Командир организует участие по медицинским показаниям.

Приложение 11

Тепловая акклиматизация

Сауна создаёт чередование сухого тепла и охлаждения. Метод ускоряет адаптацию к жаркому климату. Снижает мышечное напряжение. Улучшает психоэмоциональное состояние военнослужащих.

Физиологические эффекты

Повышается теплопотеря и кожный кровоток. Снижаются пороги активации терморегуляции. Увеличивается переносимость тепла. Повышается максимальное потребление кислорода. Снижается метаболизм.

Улучшаются гемодинамика, иммунитет, сон, психическое здоровье. Снижаются мышечные боли. Оптимизируется липидный профиль.

Показания

Адаптация к жаре. Профилактика десинхроноза. Повышенная возбудимость. Раздражительность. Астения.

Противопоказания

Переутомление. Гипертермия выше 37,5 °С. Гипотония, гипертония. Тахикардия, брадикардия. Отсутствие аппетита. Головная боль более 1,5 часа после нагрузки. Клаустрофобия.

Подготовка

За 30–40 минут – 1–1,5 л воды. Тёплый душ 35–38 °С. Тело насухо вытирается. Голова в шапке или полотенце. Металл снимается.

Температура сауны – 85–90 °С. Влажность – 12%. Не выше 100°С и 25% влажности.

Протокол процедуры

Первый заход – 5 минут на нижней полке. Отдых 15 минут при 20–25 °С.

Основной этап – 45 минут. Три захода по 15 минут с паузами 5 минут. Пауза – окунание в воду 15–17 °С или душ.

Пот промакивается полотенцем. После сеанса – душ с мылом. Выпивается 0,7–1 л воды комнатной температуры.

Курс процедур

10 сеансов. Перерыв между 5-м и 6-м – 2 дня. Проводится во второй половине дня после нагрузок.

Эффекты курса

К третьей процедуре температура тела повышается на 1,0–1,5 °С. Запускается терморегуляторная адаптация.

Оценка результатов

Характеристики сна. Самочувствие. Работоспособность на следующее утро.

При разбитости, вялости, головной боли время сокращается до 5–7 минут. Температура – не выше 75 °С.

Режимы акклиматизации

Краткосрочная – первые 7 дней (80% эффекта). Среднесрочная – 7–14 дней. Длительная – более 15 дней.

Пассивная – сауна, горячая ванна. Активная – нагрузки в тепле. Комбинированная – сочетание подходов.

Практическое применение

Подготовительный период – активация адаптации. Переходный период – восстановление между мезоциклами.

Контроль

Спироэргометрия. Показатели сердечно-сосудистой системы. Потоотделение, кровотоки кожи.

Риски чрезмерного применения

Активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Рост кортизола. Повышенная проницаемость кишечника. Транслокация эндотоксинов.

Рекомендации командиру

Организовать процедуры в переходные периоды. Контролировать самочувствие. Учитывать противопоказания.

Метод дополняет физическую подготовку. Ускоряет регенерацию между задачами.

Приложение 12

Криотерапия всего тела

Криотерапия – воздействие холодом ниже -110°C криогенным газом (азотом). Метод применяется в криокамере или криосауне. Снижает воспаление, боль, спазмы, ускоряет восстановление после нагрузок.

Виды процедур

Криосауна – воздействие ниже уровня подбородка. Криокамера – полное тело. Различия в безопасности и молекулярных эффектах.

Механизм действия

Индуктирует низкий уровень окислительного стресса. Повышает антиоксидантный статус. Снижает провоспалительные цитокины (ИЛ-2, ИЛ-8). Увеличивает ИЛ-10. Стабилизирует лизосомы. Снижает маркеры повреждения мышц (креатинкиназа, лактатдегидрогеназа).

Повышает норадреналин. Не стимулирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему. Без кумулятивного токсического эффекта.

Показания

Повышение работоспособности. Ускорение восстановления. Адаптация к нагрузкам. Профилактика десинхроноза. Возбудимость. Раздражительность.

Противопоказания

Криоглобулинемия. Непереносимость холода. Болезнь Рейно. Гипотиреоз. Острые заболевания дыхания. Сердечная недостаточность III–IV стадии. Нестабильная стенокардия. Гнойные поражения кожи. Невропатии. Кахексия. Клаустрофобия. Психические расстройства.

Подготовка

Минимальная одежда: купальник, носки, сабо, повязка на голову, маска. Сухое тело – без пота. Инструктаж по выходу из камеры.

Процедура

Вестибюль при $-60\text{ }^{\circ}\text{C}$ – 30 секунд. Камера $-110\ldots-150\text{ }^{\circ}\text{C}$ – 90–180 секунд (мужчины до 3 мин, женщины до 2 мин). Курс – 6–12 сеансов.

Температура кожи падает до $0\text{ }^{\circ}\text{C}$. Конечности – до $-8,7\text{ }^{\circ}\text{C}$. Температура тела – $-5,8\text{ }^{\circ}\text{C}$, ядра – $-0,8\text{ }^{\circ}\text{C}$.

Учёт ИМТ: ниже 25 кг/м^2 – падение на $8\text{ }^{\circ}\text{C}$, выше 30 – на $5\text{ }^{\circ}\text{C}$. Женщины охлаждаются эффективнее из-за сосудистой реакции.

Контроль

Персонал наблюдает весь процесс. Проверка противопоказаний перед курсом.

Эффекты

Боль снижается на 30%. Улучшение после 3–4 сеанса, пик – 9–12. Положительная динамика маркеров воспаления, метаболизма, гормонов.

Оценка

Самочувствие. Производительность мышц. Спироэргометрия. Маркеры воспаления, повреждения мышц.

Практика

Эффективно после нагрузок. Три сеанса по 3 минуты – оптимально при $-140\text{ }^{\circ}\text{C}$. Используется элитными подразделениями.

Метод безопасен для здоровых. Ускоряет возврат к службе после травм. Командир направляет по медицинским показаниям.

Формат 60х90/16, Объем: 13.5 п.л.,
Бумага 80 г/м² офсетная, Гарнитура Times New Roman,
Тираж 1000 экз., Заказ №2026-440-н

Отпечатано в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
123098, г. Москва, ул. Живописная, д. 46
тел.: 8 (499) 190-93-90
rcdm@mail.ru, lochin59@mail.ru
www.fmbafmbc.ru

