Др. Демкин
психология

А.Д. Дёмкин

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ АРМИИ США ПРИ БОЕВОМ СТРЕССЕ

Санкт-Петербург
2015 г.

РЕФЕРАТ

Обзор 76 с., 1 кн., 20 рис., 31 источник.

ИЗБРАННЫЕ ВОПРПОСЫ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ АРМИИ США ПРИ БОЕВОМ СТРЕССЕ.
ОБОРУДОВАНИЕ И ОСНАЩЕНИЕ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ К БОЕВОМУ СТРЕССУ И ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИЯХ И ПОСТТРАВМАТИЧИСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ.

Предмет обзора: Исследование избранных литературных источников и нормативных документов, описывающих и регламентирующих систему подготовки военнослужащих армии США к воздействию боевого стресса, систему профилактики, раннего выявления и оказания организационно-служебной, социальной и медико-психологической помощи при острых стрессовых реакциях и посттравматических стрессовых расстройствах.

Описание специального оборудования и оснащения, используемого для профилактики и оказания медико-психологической помощи при острых стрессовых реакциях и посттравматических стрессовых расстройствах.

Цель обзора: Выявление элементов системы профилактики и оказания помощи при боевом стрессе в армии США, которые могут быть изучены, валидизированы и использованы для дальнейшего совершенствования системы боевой и специальной подготовки военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации и системы оказания неотложной, квалифицированной и специальной медико-психологической помощи при явлениях боевого стресса и их последствий.

Полученные результаты и их новизна: В обзоре литературы приводятся современные зарубежные литературные источники и действующие документы армии США, ранее широко не цитируемые в русскоязычном научном обороте.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Медико-психологическая помощь при боевом и служебном стрессе в армии США.
1.1 Боевой и служебный стресс.
1.2 Мероприятия профилактики и помощи при боевом стрессе в армии США.
1.3 Модель оказания помощи при боевом и служебном стрессе военнослужащим (мероприятий COSC).
1.4 Обзор мероприятий для профилактики и помощи при боевом стрессе.
1.5 Основные элементы оказания помощи при боевом и служебном стрессе и поведенческих расстройствах у военнослужащих на театре военных действий.
1.5.1 Специалисты, задействованные в профилактических и лечебных мероприятиях при боевом стрессе.
1.5.2 Подразделения для профилактики и оказания помощи при боевом стрессе MHS (Mental Health Section).
1.5.3 Подразделения специализированной помощи при боевом стрессе Combat Stress Control (CSC).
1.5.4 Команда по оперативной оценке стресса у военнослужащих на театре боевых действий.
1.6 Этапы мероприятий по оказанию медико-психологической помощи при боевом и служебном стрессе.

2. Неэффективность отдельных элементов американской системы профилактики и оказания помощи при боевом стрессе на примере оценки программы профилактики и оказания помощи про боевом стрессе OSCAR в подразделениях морской пехоты США.
3. Технологии, оборудование и оснащение, используемое для повышения устойчивости к боевому стрессу и оказания помощи при острых стрессовых реакциях и посттравматических стрессовых расстройствах.
4. Выводы и рекомендации.
5. Список использованных источников.

В битвах и войнах побеждают
за счет возможности поддерживать
волю своих солдат к продолжению сражения,
а не за счет уничтожения живой силы армии противника.

Combat and Operational Stress Control.
Field Manual No. 4-02.51 (8-51)

1. Медико-психологическая помощь при боевом и служебном стрессе в армии США.

1.1 Боевой и служебный стресс.

Боевой и служебный стресс (Combat and Operational Stress — далее «COS») включает в себя ожидаемые и прогнозируемые эмоциональные, интеллектуальные, физические и поведенческие реакции лиц, которые были подвержены стрессогенному воздействию событий и факторов военных операций или операций подержания мира и стабильности [1]. Основные стресс-факторы, воздействующие на военнослужащих подразделяются на психологические, эмоциональные, когнитивные и средовые. Чаще всего факторы боевого и служебного стресса формируются действиями противника или объекта проведения военной или специальной операции, направленными на убийство, нанесение телесных повреждений или деморализации военнослужащих.

Основными психотравмирующими факторами боевых действий являются следующие события:

- Тяжелые и длительные бои.
- Смерть сослуживцев под огнем противника или огнем своих войск.
- Тяжелые телесные повреждения и ранения.
- Суициды и убийства.
- Значительные разрушения и природные катастрофы, вызывающие страдания мирного населения.
- Значимые проблемы в семье.
- Гибель гражданских лиц в результате военных операций.

Физические стрессоры	Психические стрессоры
Факторы среды и обитаемости Холод, жар, влажность, запыленность Вибрации, шум, взрывы Вредные примеси в атмосфере Воздействие оборудования и вооружений Ионизирующая радиация Инфекционные агенты Физические нагрузки и перегрузки Ограниченная видимость (яркий свет, вспышки, темнота, ограничение обзора, задымленность Пересеченная, труднодоступная местность Воздействие повышенного или пониженного атмосферного давления	**Когнитивные факторы** Информация: избыток или недостаток Сенсорная депривация или перегрузка Неоднозначность, неопределенность, непредсказуемость ситуации Лимит времени Вовлеченность в необходимость принятия непростых решений Необходимость принятия решений противоречащих морали и совести в условиях отсутствия выбора Организационная динамика и частые изменения Обнаружение непорядка в подразделении Решение задач, превосходящих уровень знаний, умений и подготовки Предыдущие ошибки и неудачи
Физиологические факторы Недосыпание Обезвоживание Недоедание Недостаточность гигиены Мышечная и аэробная усталость Гипер- или гиподинамия Иммунные нарушения Заболевания или ранения Сексуальное воздержание Употребление табака, алкоголя, наркотиков, кофеина Переедание Плохая физическая форма	**Эмоциональные факторы** Новый коллектив, новые служебные обязанности Изоляция, одиночество Страх и угрозы смерти, повреждений, ранений, потерь Потери, вызывающие горе Обида, гнев, ярость, разочарование и чувство вины Бездействие, порождающее скуку Конфликт или расщепление мотивов и лояльности Духовные противоречия или сомнения, приводящие к утрате веры Межличностные конфликты в окружении или подразделении Тоска по дому, семейные проблемы Недостаток приватности Домогательства и виктимизация Визуальный или иной сенсорный контакт с трупами Необходимость убивать

Рисунок 1. Основные стресс-факторы, воздействующие на военнослужащих [2].

Дополнительным значимым компонентом, вызывающим стресс у военнослужащих, являются факторы внешней среды условий несения боевой службы или проведения боевых действий, которые включают в себя как природные условия, так и микроклимат боевых обитаемых технических средств и сооружений. Боевой и служебный стресс оказывает

неблагоприятное воздействие на физическое, психологическое, интеллектуальное и социальное здоровье военнослужащих. Боевой стресс может приводить к принятию военнослужащими неправильных решений в стратегии и тактике боевых операций, к потерям личного состава и вооружений, к ошибочному вступлению в бой с собственными подразделениями и подразделениями союзников, к убийствам сослуживцев, союзников, военнопленных и мирного населения и самоубийствам.

Военная доктрина США предусматривает, что потенциальные противники США ближайшей и отдаленной перспективы будут значительно отставать от армии США в техническом, технологическом и военном плане. Однако, не имея преимущества в вооружениях, технологиях и личном составе, основные противники США будут применять разнообразные методы психологического воздействия на военнослужащих и мирное население, стремясь деморализовать их, посеять страх с помощью террористических атак и нестандартных (гибридных) методов ведения войны [2].

Отдаленные последствия боевого стресса, такие как посттравматические стрессовые расстройства (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD) приводят к возникновению отклоняющегося поведения, возникновению зависимостей, социальной изоляции, агрессии, склонности к насилию, убийствам и самоубийствам [2].

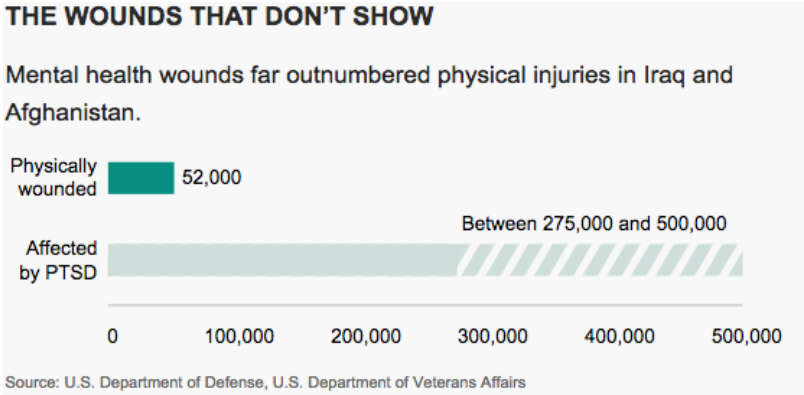


Рисунок 2. Соотношение числа американских военнослужащих пострадавших от телесных ранений и посттравматического стрессового расстройства во время Иракской и Афганской военных кампаний.

В США от 7% до 9% населения в отдельных регионах имеют признаки PTSD (связанные не только с последствиями боевого и служебного стресса) на протяжении всей

жизни. Наиболее выражены явления PTSD у представителей афро-американского населения (8,6%). У представителей европейских национальностей (за исключением испанского этноса) заболеваемость PTSD составляет 6,5%, а у испанских этносов 5,6%. Наиболее устойчивы к явлениям PTSD представители выходцев из стран Азии – наличие PTSD выявлено у представителей всего 1,6% популяции. Среди ветеранов войн в Ираке и Афганистане по всему миру определяется от 10% до 30% ветеранов, страдающих PTSD [3].

Самостоятельно за помощью в США обращается не более 23-40% ветеранов, нуждающихся в медицинской помощи и, 50-78%% ветеранов (на примере войн в Ираке и Афганистане) не получают требуемой медицинской помощи вообще [4].

1.2 Мероприятия профилактики и помощи при боевом стрессе в армии США.

Мероприятия профилактики и помощи при боевом стрессе в армии США (Combat and Operational Stress Control — далее «мероприятия COSC») — это комплексные программы мероприятий, разрабатываемые и проводимые военным командованием для предупреждения, выявления и помощи при дезадаптивных реакциях боевого и служебного стресса в воинских подразделениях; оптимизации выполнения боевых и служебных задач; поддержания боеспособности; предупреждения или минимизации воздействия побочных эффектов боевого и служебного стресса на физическое, психологическое, интеллектуальное и социальное здоровье военнослужащих; сокращение сроков возврата как воинских подразделений в целом, так и отдельных военнослужащих к выполнению своих служебных обязанностей [1]. В вооруженных силах США программа COSC применятся и совершенствуется с 1918 года [5].

1. Ответственность за профилактику, выявление и помощь при боевом и служебном стрессе военнослужащих целиком и полностью лежит на командире. Командиру в проведении мероприятий COSC помогают командиры подразделений, капеллан и медицинский персонал [2].

2. Основной целью всех мероприятий COSC в армии США является увеличение числа военнослужащих, способных вернуться к выполнению своих служебных

обязанностей после временной невозможности полноценно их исполнять из-за развития стрессовых реакций или возникновения диагностированных поведенческих расстройств.

3. Помощь при боевом и служебном стрессе как для индивидуальных военнослужащих, так и для подразделений в целом включает в себя мероприятия:
   - Поддерживающие адаптивные формы острых стрессовых реакций.
   - Предупреждающие развитее дезадаптивных форм острых стрессовых реакций.
   - Оказания медико-психологической помощи военнослужащим при боевом и служебном стрессе.
   - Оказания медико-психологической помощи военнослужащим при стресс-зависимых поведенческих расстройствах.

1.3 Модель оказания помощи при боевом и служебном стрессе военнослужащим (мероприятий COSC).

Большинство реакций боевого стресса у военнослужащих происходят в первый месяц и максимум (40%) – в первую неделю боевых действий [6]. Адаптивные острые реакции боевого стресса могут улучшать приспособление военнослужащих к условиям ведения боевых действий и способствовать выполнению служебных обязанностей. Адаптивные реакции боевого стресса возникают на фоне эффективной работы командования в атмосфере доверия и поддержки и налаженных товарищеских отношений (доверие, взамоподдержка и взаимовыручки) в сплоченных подразделениях.

Дезадаптивные острые реакции боевого стресса ухудшают приспособляемость, могут приводить к значительному снижению качества выполнения служебных обязанностей, снижать боеспособность, приводить к росту ошибок, нарушений, провоцировать развитие острых стресс-зависимых психических расстройств. Дезадаптивные реакции часто сочетаются с проявлениями противоправного и криминального поведения военнослужащих. Дезадаптивные реакции боевого и служебного стресса обозначают акронимом COSR (Combat and Operational Stress Reaction). Многие из острых проявлений COSR могут

симулировать симптомы острых психических заболеваний (паника, тревожность, подозрительность, депрессии, галлюцинации) но на самом деле являются лишь транзиторными стрессовыми реакциями травматического стресса при боевых действиях или результатом кумулятивного стресса при военных операциях. В большинстве случаев дезадаптивные реакции COSR проявляются в плохо подготовленных подразделениях с низким уровнем воинской дисциплины и отсутствием сплоченного воинского коллектива.

Не всегда представляется возможным различить вид стрессовых реакций. Даже хорошо подготовленные военнослужащие, действующие в сплоченном коллективе могут страдать от проявлений COSR. Структура острых и отсроченных поведенческих реакций боевого стресса показана на рисунке №3.

Мероприятия по профилактике и оказания помощи военнослужащим при явлениях COSR важны для поддержания боевой мощи силы армии в течение длительного времени и снижения цены, которую могут заплатить вооруженные силы, сами военнослужащие их близкие и члены семей за оставленные без внимания и помощи явления боевого и служебного стресса.

Мероприятия по предупреждению и контролю боевого стресса постоянно проводятся специалистами подразделений по оказанию медицинской помощи при психических расстройствах (Mental Health Section, далее – «MHS») на всех стадиях боевых, подготовительных, восстановительных и других видах операций. Эти мероприятия проводятся как на индивидуальном уровне, так и на уровне подразделений. В зависимости от вида операций и потенциальной выраженности стресса используется методики различной глубины оценки. В зависимости от распространенности и степени выраженности выявленных нарушений, командиру рекомендуется определенный набор действий для улучшения самочувствия военнослужащих, повышения боеспособности подразделения, профилактики краткосрочных и отдаленных последствий [2].

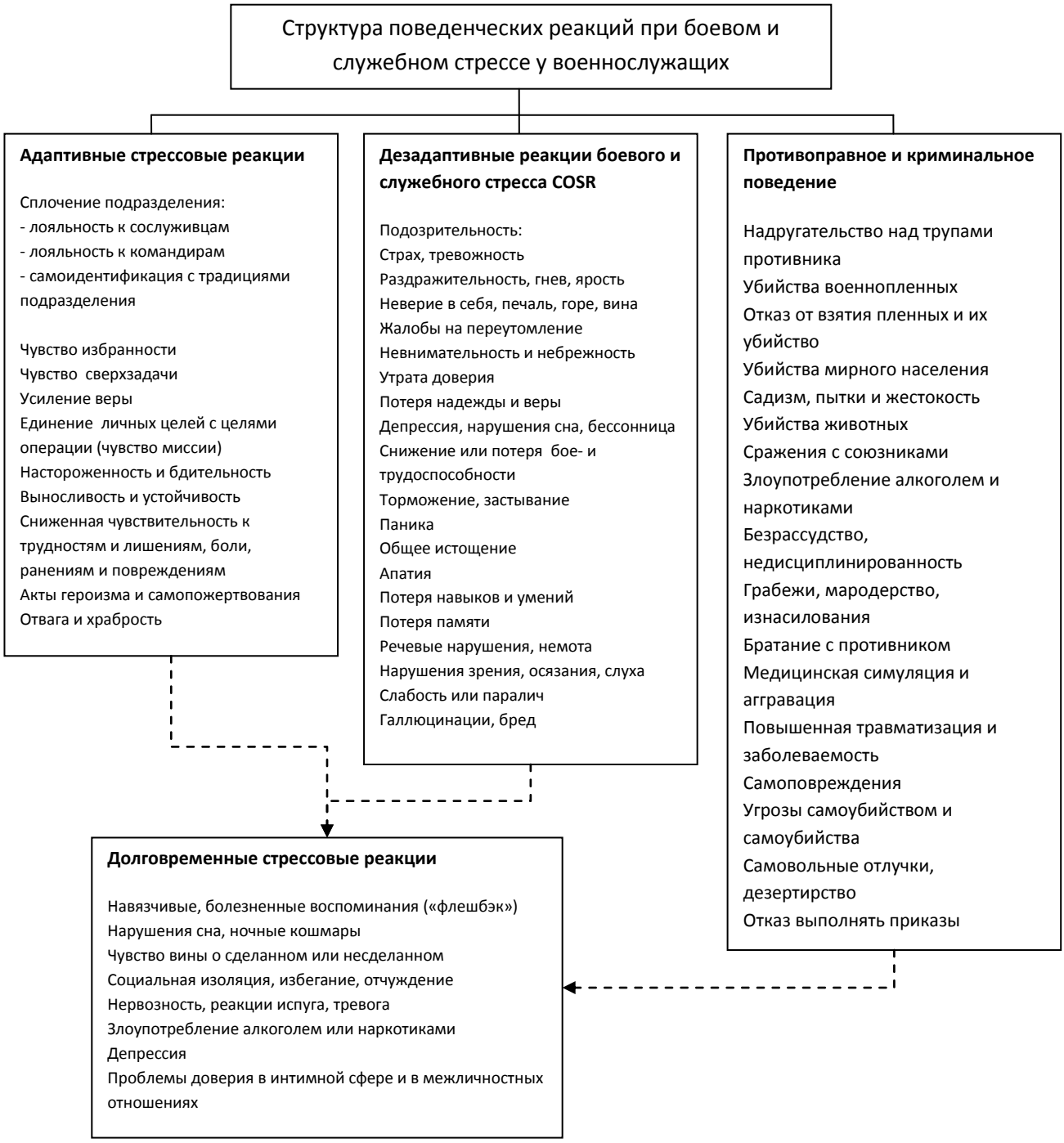


Рисунок 3. Структура поведенческих реакций при боевом и служебном стрессе у военнослужащих [2].

Мероприятия COSC могут иметь различные целевые группы:

- Универсальные. Вооруженные силы или население в целом.
- Отдельные. Подразделения или военнослужащие с высоким потенциальным риском для жизни.
- По показаниям. Отдельные военнослужащие с признаками боевого стресса, с потенциальными поведенческими расстройствами и подразделения со сниженной эффективностью выполнения поставленных задач.
- Лечебные. Отдельные военнослужащие с развившимися поведенческими нарушениями, препятствующими выполнению служебных обязанностей.

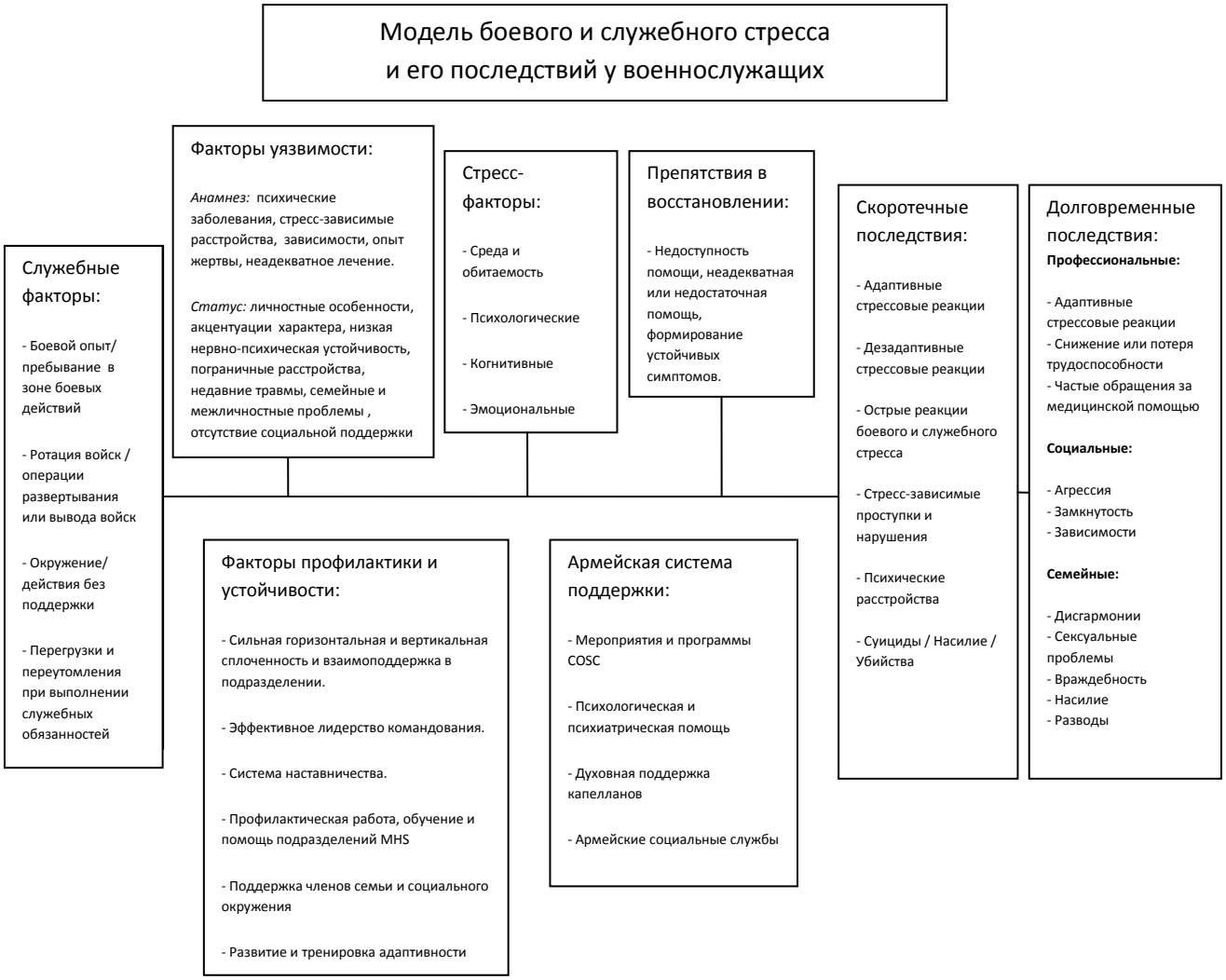


Рисунок 4. Модель боевого и служебного стресса у военнослужащих и его потенциальные последствия [2].

Основные принципы проведения мероприятий COSC:

- **Краткосрочность.** Послебоевой отдых военнослужащих и восстановление сил проводится в специализированных подразделениях оказания медико-психологической помощи при боевом стрессе, расквартированных в непосредственной близости от дислокации боевых частей. Срок нахождения военнослужащих сухопутных войск в восстановительных подразделениях составляет от 1 до 3 дней, а военнослужащих морской пехоты и военно-морского флота от 3 до 4-х дней. Примерно 30% личного состава возвращается в строй каждые 24 часа [6].

- **Неотложность.** Мероприятия по профилактике боевого стресса начинаются сразу же, как позволяет оперативная обстановка. Лечебные вмешательства начинаются сразу же по выявлению симптомов расстройств.

- **Сохранение социальной поддержки.** Командование, представители сослуживцев, священник или медик подразделения сохраняет постоянный контакт с военнослужащим, и объясняют, что помещение военнослужащего в полевой восстановительный центр не означает того, что он «болен», «нездоров» или «ненормален», что реакции боевого стресса являются естественными для человека на войне, и что он нужен своему подразделению и вернется в него после восстановления сил. По возвращении военнослужащего в подразделение к нему относятся точно также, как и к любому другому военнослужащему подразделения.

- **Ожидаемость результатов помощи.** Персонал, оказывающий помощь военнослужащим, искренне ожидает эффективных результатов лечебных и восстановительных мероприятий, и возврата военнослужащих к полноценной повседневной служебной деятельности. Военнослужащему в полевом восстановительном центре объясняют, что все проявления боевого стресса являются естественными и ожидаемыми проявлениями реакции организма и при правильной реабилитации они снизят свою интенсивность или исчезнут через несколько часов или дней. Особую роль в формировании правильного отношения к проявлениям

боевого стресса играют младшие командиры, имеющие постоянный контакт с военнослужащими.

- **Близость.** Во всех случаях оптимальное восстановление при боевом стрессе рекомендуется проводить вне дислокации боевого подразделения, но и не в госпитале, где комбатант будет соседствовать с ранеными и пострадавшими. Оптимальным решением является отдельный полевой восстановительный центр, находящийся в непосредственной близости от боевого подразделения и линии фронта (зоне боевых действий). В условиях напряженной оперативной обстановки персонал восстановительного центра должен проявлять гибкость и подвижность в выборе мест проведения мероприятий по профилактике и восстановлению после боевого стресса.

- **Простота.** Восстановительные мероприятия должны иметь простые и ясные цели:

  1. Убедить военнослужащего, страдающего от проявлений боевого стресса в том, что он психически здоров и «нормален», и все необычные для него проявления являются обычными для его ситуации и временными, обратимыми.

  2. Дать военнослужащему краткий отдых от боевых действий или выполнения служебных обязанностей.

  3. Восстановить физиологический комфорт: нормальный температурный режим, гигиенические потребности, потребности в воде, пище и сне.

  4. Восстановить доверительные отношения и контакт с подразделением.

  5. Вернуть военнослужащего в подразделение для продолжения выполнения служебных обязанностей.

  Восстановление производится с помощью простых, понятных и не медикаментозных средств.

Военнослужащий, находящийся на реабилитации в полевом восстановительном центре не имеет статус *пациента*. Ему запрещают входить в эту пассивную роль и активно поддерживают его статус и самооценку как полноценного и равноправного бойца. Для поддержания статуса в полевом восстановительном центре военнослужащие носят форму и

сохраняют обычные для боевых подразделений служебные взаимоотношения. Военнослужащие с боевыми соматическими повреждениями и больные проходят восстановление отдельно от военнослужащих без патологии. Военнослужащим не назначаются никакие медикаментозные препараты, кроме средств, необходимых для восстановления ночного сна. Специалисты полевого восстановительного центра выносят диагноз после проведения первичных мероприятий по борьбе с проявлениями боевого стресса. Эвакуация военнослужащих из своего подразделения в полевой восстановительный центр производится на обычном тактическом автотранспорте, а не на медицинском транспорте.

1.4 Основные элементы мероприятий для профилактики и помощи при боевом стрессе.

Мероприятия и вмешательства для помощи при COSR можно разделить на девять функциональных элементов. Структура применения и приоритет мероприятий определятся совместно командованием и медицинской службой в зависимости от условий ведения боевой деятельности и преобладающей структуры нарушений у военнослужащих:

1. Систематические скрининг-обследования боевых подразделений для определения структуры и объема требуемой помощи.
2. Консультирование и обучение командования и военнослужащих способам повышения устойчивости к боевому стрессу.
3. Неотложные вмешательства и мероприятия после потенциально травмирующих событий.
4. Восстановительная поддержка для приведения боеготовности подразделения к желаемому уровню.
5. Сортировка военнослужащих со стрессовыми расстройствами и поведенческими нарушениями.
6. Стабилизация состояния пострадавших с тяжелыми проявлениями боевого стресса или поведенческих расстройств для обеспечения их безопасности, оценка потенциала возврата к исполнению служебных обязанностей и подготовка к эвакуации для госпитального этапа оказания медицинской помощи.

7. Краткосрочная реабилитация военнослужащих с проявлениями боевого стресса или поведенческих расстройств в полевом восстановительном центре рядом с местом основной дислокации продолжительностью от 1 до 3 дней (3-4 дня для подразделений морской пехоты и военно-морского флота).
8. Лечение и сопровождение военнослужащих с поведенческими расстройствами по клиническим стандартам медицинской помощи с ведением истории болезни.
9. Восстановление оптимального уровня бое- и работоспособности военнослужащих с применением трудотерапии, фитнеса, психотерапии, специальных боевых тренингов. Длительность программы восстановления может составлять 7 дней и более. Программа проводится по месту основной дислокации подразделений.

1.5 Основные элементы оказания помощи при боевом и служебном стрессе и поведенческих расстройствах у военнослужащих на театре военных действий.

1.6.1 Специалисты, задействованные в профилактических и лечебных мероприятиях при боевом стрессе.

В миссиях, связанных с профилактическими и лечебными мероприятиями при боевом стрессе, принимают участие социальные работники, клинические психологи, психиатры, социальные психологи и квалифицированные медицинские сестры (медбратья). Мультидцисиплинарный подход при вмешательствах при последствиях боевого стресса позволяет получать максимальный результат в короткие сроки.

1. Высококвалифицированные специалисты:

Социальный работник (Social work officer). Офицер по социальной работе оценивает психосоциальные системы, влияющие на военнослужащих, его семью и подразделение, координирует деятельность гражданских социальных служб (включая программы при зависимостях и семейных проблемах), оценивает выраженность поведенческих расстройств, проводит индивидуальные и групповые консультации и психотерапевтические сеансы.

Социальный работник помогает спланировать программу восстановления, наблюдает за прохождением военнослужащими восстановительных и тренировочных процедур и занятий. Социальный работник координирует работу военного командования, персонала оказывающего помощь при боевом стрессе и армейских и гражданских социальных служб поддержки.

В обязанности офицера – социального работника входит:

- Оценка психосоциального окружения военнослужащего со стресс-зависимыми нарушениями в части и семье.
- Помощь и координация реинтеграции в подразделение и семью военнослужащих, возвращающихся к выполнению своих служебных обязанностей после стресс-зависимых расстройств и нервно-психических заболеваний.
- Выявление и устранение организационных, служебных и социальных факторов снижающих боеготовность военнослужащих.
- Координация поддержки от гражданских и армейских социальных служб для военнослужащих и членов их семей.
- Информирование командования, военных врачей и других сотрудников медицинских служб о имеющихся возможностях помощи и поддержки со стороны социальных служб.
- Консультирование командования и персонала, оказывающего помощь при последствиях боевого стресса.
- Психологическое консультирование и оказание помощи военнослужащим с психологическими проблемами.
- Оценка и мониторинг потребностей в помощи воинского подразделения при психотравмирующих событиях.
- Социальный работник со степенью доктора наук может проводить оценку неизбежных рисков и опасностей для жизни у перенесших боевой стресс военнослужащих.

Клинический психолог диагностирует поведенческие расстройства, проводит психодиагностические обследования, оценивает риски для жизни и окружающих, и оказывает психотерапевтическою помощь.

Психиатр – врач, который занимается диагностикой и лечением поведенческих расстройств у военнослужащих с помощью психотерапии и путем назначения медикаментозных средств. В его обязанности также входит оценка рисков для жизни военнослужащего и его окружения вследствие поведенческих расстройств.

Медсестра/медбрат – специалист в области психиатрии. Опыт оказания помощи военнослужащим при боевом стрессе показывает, что одно и тоже лицо не может оказывать психологические консультации, заниматься психотерапией и одновременно решать вопросы ухода и содержания военнослужащих с со стресс-зависимыми и поведенчискими расстройствами. Поэтому для оказания сестринской помощи, постоянного наблюдения и консультаций привлекаются высоквалифицированные специалисты в офицерских званиях для помощи пациентам.

Специалист по гигиене военного труда (Occupational therapist). Специалист по гигиене военного труда планирует, проводит и контролирует проведение профилактических и восстановительных мероприятий, направленных на повышение эффективности профессиональной деятельности военнослужащих. Этот специалист оценивает эффективность деятельности военнослужащих по всему спектру профессиональной сферы: повседневная деятельность, производство работ, обучение, досуг и участие в общественной жизни. Проводит анализ служебных обязанностей с целью выявления профессионально важных качеств. Выявляет и оценивает психические и физические стрессоры, стрессовые реакции. Обучает военнослужащих профилактике стресса, адаптивным стратегиям купирования стресса и развития психосоциальных навыков. Проводит индивидуальные и групповые занятия и консультации для лучшей адаптации к условиям службы и выполнения профессиональных обязанностей, обучает саморегуляции. Подбирает военнослужащим оптимальный профиль лечебных и восстановительных мероприятий исходя из особенностей их профессиональной деятельности.

2. Средний медицинский персонал:

Специалист по психическому здоровью. Производит первичный осмотр военнослужащих, проводит оценку психического статуса для передачи данных старшему специалисту, проводит психологическое тестирование. Также специалист по психическому

здоровью проводит психологические консультации и может проводить специальные тренинги для военнослужащих с алкогольной или наркотической зависимостью.

*Специалист по гигиене труда***.** Помогает старшему специалисту по гигиене труда, проводит первичную оценку психического статуса военнослужащих, составляет историю профессиональной деятельности, собирает данные о профессионально важных качествах и под руководством старшего специалиста проводит требуемые вмешательства для восстановления и тренировки профессиональных навыков и умений.

3. Консультанты.

В системе профилактики и оказания помощи при COSR в армии США существует два уровня консультантов:

1. *Главный консультант* по вопросам боевого стресса на уровне театра боевых действий. Главный консультант назначается главным хирургом (начальником медицинской службы) из числа штатных специалистов одного из подразделений по контролю боевого стресса.
2. *Советники-консультанты командиров* по вопросам боевого стресса. Советники назначаются из числа специалистов подразделений MHS и приписываются к одному или нескольким командирам соответствующего уровня для работы в зоне боевых действий (зоны соприкосновения с противником). Советники-консультанты командиров планируют, координируют и проводят мероприятия профилактики и помощи при боевом стрессе для командиров, к которым они приписаны и помогают им в разработке, планировании и проведении мероприятий для военнослужащих на территории ведения боевых действий в зоне ответственности конкретного командира:
    - Оценивают потребность в проведении комплекса антистрессовых мероприятий.
    - Координируют проведение всего комплекса антистрессовых мероприятий в зоне ответственности каждого командира.
    - Наблюдают за соблюдением стандартов оказания помощи и следят за преемственностью профилактических, лечебных и восстановительных мероприятий.

- Обеспечивают преемственность стандартов оказания помощи на догоспитальном и госпитальных этапах.
- Определяют требования к мероприятиям COSC.
- Формируют предложения по системе эвакуации пострадавших на театре боевых действий (главный консультант).
- Формируют предложения по блоку помощи при боевом стрессе в составе мероприятий медицинской помощи военнослужащим.
- Проверяют все распоряжения командования, касающихся профилактики боевого стресса и оказания помощи при боевом стрессе.
- Контролируют качество проводимых антистрессовых мероприятий в зоне ответственности командира.
- Регулярно лично проверяют работу подразделений MHS и CSC на местах.
- Координируют свою работу с консультантами соседних подразделений для обеспечения эффективности первой помощи при боевом стрессе.
- Планируют учения и тренировки по профилактике и оказанию помощи при боевом стрессе. Планируют перспективные антистрессовые мероприятия.
- Консультируют главного хирурга (начальника медицинской службы театра боевых действий) по всем вопросам профилактики и помощи при боевом стрессе.

4. Войсковые священники - капелланы.

Роль религиозной поддержки в контроле боевого стресса у военнослужащих играет достаточно существенную роль. Внутренние ресурсы нервно-психической и моральной устойчивости военнослужащих в значительной мере опираются на религиозные и духовные ценности. В боевых условиях военнослужащие, как правило, обращают больше внимания на вопросы веры, и их религиозные убеждения начинают играть все большую роль в их жизни. Стрессовые факторы служебной деятельности и обстановки боевых действий могут привести к потери связи с внутренними духовными ресурсами. В этих условиях служба войсковых священников – капелланов оказывает помощь в восстановлении связи с внутренними духовными ресурсами и общечеловеческими ценностями.

Рисунок 5. Войсковой священник-капеллан на совместной молитве воинского подразделения армии США.

На войсковых священников возлагается задача оказания превентивной, оперативной и восстановительной духовной помощи и эмоциональной поддержки военнослужащих при явлениях боевого стресса. Священники проводят в подразделениях мероприятия по духовному фитнессу военнослужащих. Священники постоянно находятся среди личного состава подразделения и оказывают стабилизирующее психическое состояние воздействие и укрепляют силу духа бойцов с помощью Слова Божьего.

К профилактическим религиозным и духовным мероприятиям COSC относятся:

- Богослужения.
- Коллективные молитвы.
- Чтение религиозной литературы.
- Чтение Священного Писания.
- Совершение таинств
- Помощь и поддержка членов семей военнослужащих перед боевыми операциями, подчеркивание важности поддержки военнослужащих членами их семей.

Неотложная духовная поддержка при острых явлениях боевого стресса у военнослужащих также проводится при участии капелланов. Войсковые священники помогают командованию выявлять военнослужащих с негативными реакциями боевого

стресса и с поведенческими расстройствами. Священники совместно с младшими командирами и медиками оказывают комбатантам неотложную помощь в виде духовной и религиозной поддержки:

- Побуждают военнослужащих вербализовать переживаемые чувства страха, отвращения, сожаления, горя, печали, гнева и других сильных эмоций.
- Молятся за павших боевых товарищей.
- Проводят требуемые ритуалы и таинства.
- Читают военнослужащим Священное Писание.

На этапе восстановлении воинского подразделения после боевых операций священники также играют большую роль в формировании путей адаптивного отреагирования эмоций горя, печали, гнева, чувства вины выжившего.

После завершения боевой операции или боевых действий действия священника должны быть направлены на восстановление эмоциональной, психологической и духовной силы у выживших военнослужащих. Восстановительные духовные мероприятия могут включать в себя:

- Церковные службы, ритуалы и таинства.
- Мемориальные службы.
- Чтение религиозной литературы.
- Вербализация негативных эмоций, работа с горем и печалью, духовное психологическое консультирование.
- Укрепление веры и надежды бойцов.
- Разговоры с военнослужащими о травматическом содержании боевого опыта и интеграция пережитого в их повседневную жизнь.

5. Солдаты – наставники.

Командование может назначать солдат-наставников, которые проходят курс подготовки по основам теории боевого стресса, его профилактики и оказания помощи при его проявлениях. Также образование и подготовка солдат-наставников может продолжаться на всех стадиях служебной деятельности в виде регулярных занятий. Солдаты-наставники доводят информацию о боевом стрессе до сослуживцев и служат информационным звеном в сборе информации для противострессовых подразделений о нуждах подразделения, о

случаях дезадаптивных реакций боевого стресса и проявления поведенческих расстройств у сослуживцев.

Углубленное изучение роли солдат-наставников в мероприятиях COSC в 2010-2012 годах, проводимое в подразделениях морской пехоты США, показало, что подготовка отдельных солдат-наставников имеет и свои недостатки: военнослужащие, испытывающие проявления COSR либо предпочитают обращаться к своим сослуживцам наставникам за помощью, вместо того, чтобы обратиться за специализированной медицинской помощью, либо, наоборот, отказываются сообщать наставникам о своих симптомах COSR, так как все подразделение в этом случае будет знать, что такой военнослужащий – «слабак» [7].

6. Военные оркестры (музыканты).

Согласно полевому руководству по мероприятиям COSC в армии США – FM 22-51 военные оркестры могут играть важную роль в поддержании воли бойцов к продолжению сражения, активируя внутренние резервы за счет обращения к архетипам и коллективным ценностям. Военные оркестры подчеркивают внимание командования и государства к военнослужащим при выходе на боевые операции и возвращение их них, церемониях награждения и отдания дани павшим, похоронных церемониях, поддерживают боевой дух в госпиталях и восстановительно-реабилитационных центрах. Военные оркестры помогают отреагировать негативные эмоции, проявляющиеся при боевом и служебном стрессе, уменьшить чувство одиночества и оторванности от дома, могут служить эффективным способом противодействия вражеским психологическим операциям в зоне боевых действий [8].

1.6.2 Подразделения для профилактики и оказания помощи при боевом стрессе MHS (Mental Health Section).

Подразделения оказания медицинской помощи при психических расстройствах в армии США имеются на уровне бригад, дивизий, корпусов (родов войск) и полевых подразделений на театрах боевых действий. В элитных подразделениях армии США (Army of Excellence, далее – AOE) подразделения для оказания медицинской помощи при психических расстройствах MHS имеются на дивизионном уровне и приписаны к главному обеспечивающему медицинскому подразделению (Main support medical company). В

бронетанковых подразделениях АОЕ и отдельных бригадах MHS приписаны к передовым обеспечивающим медицинским подразделениям (Forward support medical company), к передовому батальону обеспечения или к медицинской службе. На уровне корпусов или армий подразделения MHS находятся при штабах или штабных подразделениях, в батальонах медицинского обеспечения театра военных действий или в обеспечивающих медицинских подразделениях соответствующего уровня. В переформируемых бригадах подразделения MHS приписываются к бригадным обеспечивающим медицинским подразделениям бригадных медицинских батальонов.

В модульных подразделениях вооруженных сил США (Modular forces) MHS также приписываются к бригадным обеспечивающим медицинским подразделениям бригадных медицинских батальонов. На уровне дивизий, корпусов или театров боевых действий MHS приписывается к многофункциональным медицинским батальонам.

Дивизии подразделений АОЕ имеют в своем распоряжении по одной единице MHS приписанной к основному обеспечивающему медицинскому подразделению или основному медицинскому батальону. Подразделение MHS дислоцируется в зоне обеспечения дивизии. Персонал MHS расквартирован в бригаде обеспечения и состоит из микро-команд – «двоек», включающих одного офицера, и одного специалиста MHS.

1.5.2.1 Организационно-штатная структура дивизионной единицы MHS АОЕ:

1. Дивизионный психиатр, майор медицинской службы (medical corps).
2. Социальный работник, капитан службы медицинского обеспечения (medical service).
3. Клинический психолог, капитан службы медицинского обеспечения (medical service).
4. Военный врач – администратор, специалист в области психиатрии. Унтер-офицер.
5. 4 специалиста в области психиатрии.

1.5.2.2 Функции и обязанности дивизионной единицы MHS АОЕ

Основная задача дивизионной MHS – проведения интенсивных мероприятий по профилактике боевого стресса, обучение военнослужащих способам повышения

устойчивости к боевому стрессу, активное выявление военнослужащих с признаками боевого стресса и поведенческих расстройств, проведение краткосрочных интенсивных вмешательств при явлениях боевого стресса с помещением военнослужащих в полевые восстановительные подразделения, оценка их потенциала восстановления, сопровождение после краткосрочной реабилитации, профилактика развития у военнослужащих посттравматических стрессовых расстройств, медицинская сортировка комбатантов, требующих полноценной медицинской помощи на госпитальном уровне, стабилизация состояния комбатантов с тяжелыми проявлениями боевого стресса и подготовка их к эвакуации в профильные медицинские учреждения, проведение мероприятий по восстановлению боеспособности воинских подразделений. Особое место в профилактике и первой помощи при боевом стрессе играет обучение и специальная подготовка по работе с личным составом младших командиров, войсковых капелланов и священников, личного состава батальонных медицинских взводов, младшего медицинского персонала подразделений медицинского обеспечения.

Обучающие, тренировочные и консультационные программы, проводимые персоналом MHS по профилактике, выявлению признаков и помощи при явлениях боевого стресса для личного состава боевых подразделений включают в себя проработку следующих аспектов:

- Риски во время боевых действий.
- Персональные риски военнослужащего.
- Факторы, снижающие выраженность стресса.
- Слаженность воинских подразделений, воинский дух и моральный облик воина.
- Действия в критических ситуациях.
- Барьеры для решения возникающих проблем.
- Интеграция новичков в воинский коллектив.
- Доверие к обеспечивающим подразделениям.
- Тренинг жесткой боевой реальности.
- Основные стрессоры.
- Показатели уровня стресса в подразделении.
- Поведение в условиях боевого стресса.
- Адаптивные и дезадаптивные реакции боевого стресса.
- Неправомерные действия в условиях боевого стресса.

- Психические расстройства.
- Боевой стресс, суициды и агрессия.
- Поиски козлов отпущения.
- Контроль слухов.
- Стресс и основные физиологические потребности (сон, еда, питье, гигиена).
- Социальные и эмоциональные потребности (справедливость, поддержка).
- Поддержание связи с семьей.
- Реинтеграция военнослужащего в подразделение.
- Алкогольная и наркотическая зависимости.
- Принципы медицинской сортировки пострадавших.
- Стресс у оказывающего помощь при боевом стрессе (выгорание и усталость, моральная дилемма, вторичные травмы).
- Показания к медицинской эвакуации и процедура эвакуации.
- Лидерство.
- Работа со страхами.
- Отдых и восстановление сил.

Подразделение MHS отвечает за оказание помощи командирам боевых подразделений в проведении мероприятий профилактики боевого стресса в виде многокомпонентной программы боевой психологической тренировки (combat mental fitness program) для повышения нервно-психической устойчивости, обучения саморегуляции, повышения оптимизма, силы воли, коммуникабельности. (Существует также специальная программа психологических тренировок для повышения нервно-психической устойчивости членов семей военнослужащих).

Программа подготовки «боевого психологического фитнеса» состоит из обучающего модуля, раскрывающего перед обучаемыми основы психофизиологии боевого стресса, модуль тренинга психологической устойчивости, включающий изучение скрытых основ эмоций и принятия решений, обучение аутогенной тренировки, методикам визуализации и глубокого диафрагмального дыхания, модуль тренировки силы характера и совместного преодоления препятствий на основе работ N. Park и Ch. Peterson (9) модуль укрепления взаимоотношений, где личный состав обучают приемам эффективной коммуникации в различных условиях и с различными целями (поддержка, устрашение и т.п.), активному

слушанию и основам социально-психологической поддержки, модуль первой психологической помощи при боевом стрессе, психологическая подготовка для обеспечения выживания в бою или в экстремальных условиях [10].

Специалисты подразделения MHS выступают в роли консультанта командира подразделения, капелланов и личного состава вовлеченного в мероприятия профилактики и оказания помощи военнослужащим и членам их семей при боевом стрессе. Персонал MHS подчиняется бригадному главному хирургу и работает в тесном сотрудничестве с врачами подразделений медицинского обеспечения.

В местах постоянного базирования воинских частей персонал MHS осуществляет ту же самую деятельность, что и в полевых условиях. В условиях гарнизона большее внимание уделяется поведенческим нарушениям у военнослужащих и оказание поддержки и помощи членам семей военнослужащих. В гарнизонах подразделения MHS преимущественно оказывают помощь военнослужащим и членам их семей, требующим лишь краткосрочного вмешательства. В условиях гарнизона помощь военнослужащим и членам их семей, которым требуется длительная терапия вместо краткосрочной, медико-психологическое сопровождение и назначение лекарственной терапии проводится силами средствами медицинской службы / медицинского центра (MEDDAC/MEDCEN).

Работа подразделений MHS направлена на снижение поведенческих нарушений у военнослужащих и уменьшение количества перевода военнослужащих для долговременного оказания помощи в MEDDAC/MEDCEN. Персонал MHS работает в гарнизонах в тесном сотрудничестве с младшими командирами и капелланами, для снижения явлений стресса у военнослужащих в условиях гарнизонной службы, выявления и оказания немедленной помощи военнослужащим с первыми признаками поведенческих расстройств.

При выходах на учения подразделения MHS работают точно также как и в полевых условиях. Подразделения MHS готовятся для оказания профилактической и лечебной помощи при боевом стрессе как в гарнизонах, так и боевых операциях, стадиях перегруппировки и передислокации, развертывании войск, стабилизации обстановки и послебоевом восстановлении сил и средств. Подразделения MHS участвуют во всех полевых учениях и других видах тренировочных мероприятий для ознакомления с подразделениями, , их боевыми задачами, способами проведения операций и основными видами стресс-фактров для каждого подразделения. Учебные и боевые развертывания боевых воинских

подразделений проводятся одновременно с развертыванием подразделений MHS. Совместное участие в учениях и тренировках позволяет специалистам лучше познакомиться с личным составом подразделений и получить кредит доверия в глазах личного состава воинских подразделений, что положительно скажется на эффективности профилактических и лечебных мероприятий в дальнейшем.

Тренировки и учения персонала MHS включают в себя:

- Полное и активное участие в тренировочных циклах воинских подразделений, к которым приписано подразделение MHS.
- Тренировочные занятия специалистов MHS по всем элементам оказания профилактической и лечебной помощи при боевом стрессе.
- Регулярные совместные тренировки и занятия с личным составом боевых подразделений для личного знакомства с военнослужащими, их обязанностями и видами COSR факторов, связанных с выполнением ими своих служебных обязанностей.
- Проведение предбоевых тренировок для подготовки к специфическим условиям ведения конкретных боевых операций.

Рисунок 6. Пример памятки с алгоритмом для выявления и мониторинга COSR симптомов, разработанной Центром боевого и служебного стресса ВМФ США (COSC Naval Center).

Планирование деятельности MHS осуществляется на батальонном уровне исходя из анализа характера и особенностей предстоящей боевой или служебной миссии. При этом учитываются и прогнозируются факторы боевого стресса, возможные поведенческие расстройства, употребление алкоголя и наркотиков, деструктивное и агрессивное поведение, суицидальные риски для конкретного контингента воинского подразделения и принимается решения о структуре профилактических и лечебных мероприятий, необходимости усиления подразделения MHS и выборе дополнительных сил и средств.

При необходимости бригадный персонал (специалисты по поведенческим расстройствам) подразделений CSC может усиливать подразделения MHS. Для достижения лучших профилактических и лечебных результатов бригадные специалисты CSC должны быть знакомы с командирами подразделений уровней ниже бригады, персоналом батальонных и дивизионных подразделений MHS, и всеми специалистами оказывающими помощь военнослужащим: врачами, хирургами, капелланами и священниками и другими специалистами, вовлеченными в мероприятия по оказанию помощи военнослужащим с явлениями боевого стресса.

1.5.2.3 Боевое развертывание подразделений MHS

Подразделения MHS развертываются на плацдарме боевых действий (операций) вместе с передовыми элементами обеспечивающих медицинских подразделений (медицинской кампании) и частей обеспечения. Обычно подразделение MHS действуйте на территории передовой или бригадной медицинской кампании в зоне обеспечения бригады. При наступательных операциях подразделения MHS развертываются на передовой и зависят от обеспечения боевых частей. В боевой обстановке определяется наиболее подходящий набор COSC мероприятий для каждого из подразделений бригады, исходя из выполняемых задач.

Рисунок 7. Полевое расположение подразделения MHS.

При разработке плана оказания помощи при боевом стрессе учитывается:

- Конкретные потребности каждого из батальонов в составе бригады или кампании.
- Проведение консультаций и учебно-тренировочных программ, включающих: рассмотрение способов контроля воздействия психотравмирующих событий и развития психотравмы, необходимость выявления признаков боевого стресса, проведение сортировки военнослужащих с различной выраженностью стресс-зависимых расстройств, необходимость скорейшего стабилизации состояния и оказания квалифицированной психиатрической помощи при проявлении первых признаков поведенческих расстройств.
- Общий восстановительный курс для военнослужащих, который проводится в отдельном подразделении в зоне бригадной медицинской кампании или в подразделении CSC.
- Специальный тренировочный курс для максимального восстановления специальных умений и навыков военнослужащих проводится в месте дислокации подразделения.
- Консультативную помощь и поддержку военнослужащим на передовой, при наступательных и специальных операциях специалисты MHS могут обеспечивать оперативную психологическую поддержку и помощь при явлениях боевого стресса в режиме 24 часа / 7 дней в неделю, используя любые доступные каналы связи, в том числе видеоконференции.

Рисунок 8. Специалист подразделения MHS и оборудование для телекоммуникационной психологической поддержки.

Подразделения MHS получают указания от главного хирурга (начальника медицинской службы) через командование передовых или бригадных медицинских подразделений обеспечения (медицинских кампаний). Постановка задач по оперативным мероприятиям профилактики и оказания помощи при боевом стрессе поступает из штабов передовых или бригадных медицинских подразделений обеспечения. При усилении подразделений MHS подразделениями CSC (Combat Stress Control) обеспечивается их своевременное информирование о проводимых мероприятиях и оперативной обстановке.

1.5.3 Подразделения специализированной помощи при боевом стрессе Combat Stress Control (CSC).

Задачей медицинских подразделений CSC является проведение мероприятий по профилактике боевого стресса и оказание медико-психологической помощи при боевом стрессе у военнослужащих в зоне своей ответственности. Персонал CSC выдвигается для усиления дивизионных и бригадных MHS и других подразделений, в которых нет штатных специалистов по поведенческим расстройствам, и обеспечивает оказание помощи в зоне

своей ответственности. Медицинские подразделения CSC проводят мероприятия для оказания медико-психологической помощи и профилактике боевого стресса у мирного населения в зонах бывших боевых действий на этапе стабилизации тактической ситуации и воссоздания мирной жизни, при стихийных бедствиях, авариях и катастрофах, в операциях по оказанию гуманитарной помощи, миротворческих операциях, при освобождении заложников, пленных и военнопленных.

Подразделение CSC приписано к корпусной медицинской бригаде или элементу военного управления (штабы). Специалисты CSC могут быть прикомандированы к передовым подразделениям медицинской службы или к полевому госпиталю. Штаб CSC обычно развертывается в зоне обеспечения района боевых действий. Подразделение CSC оказывает помощь штабам и командованию подведомственной зоны проведения операций в планировании и координации мероприятий по профилактике боевого стресса, уменьшения воздействия психологических и физических стрессогенных факторов на военнослужащих, разработке принципов проведения медико-психологической помощи при боевом и служебном стрессе, обеспечения всех элементов мероприятий профилактики и помощи при боевом стрессе. Основной задачей CSC является увеличение числа военнослужащих, возвращающихся к выполнению своих повседневных обязанностей после перенесенного боевого или служебного стресса.

Подразделение CSC является полностью мобильным подразделением и перебазируется на собственном автотранспорте. Для перемещения военнослужащих, которым оказывается помощь в CSC, требуется дополнительный автотранспорт. Подразделение CSC самостоятельно обеспечивает охрану периметра своего базирования, но требует дополнительных сил по охране при перебазировании или дислокации в зоне боевых действий.

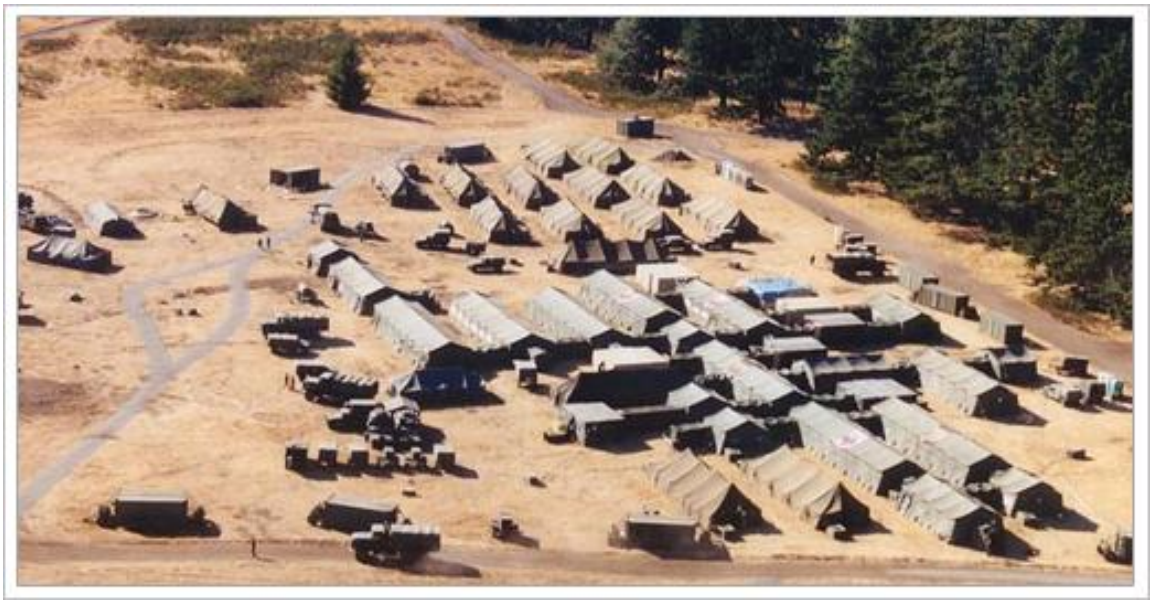


Рисунок 9. Полевой госпиталь армии США в зоне бригадного обеспечения.

Подразделения CSC подчиняются медицинскому командованию и взаимодействует с медицинской администрацией, координируют свою деятельность со всеми службами, обеспечивающими условия быта и выполнения своих служебных обязанностей и ведения боевых действий военнослужащими: с санитарно-гигиенической службой, войсковыми священниками, службами вещевого и продовольственного обеспечения, юридической службой, специалистов по работе с личным составом, административной службой, похоронной командой, службой содержания военнопленных, задержанных и арестованных собственных военнослужащих.

1.5.3.1 Организационно-штатная структура подразделения CSC

Штаб CSC отвечает за планирование, координацию и проведение мероприятий помощи и профилактики при боевом стрессе. Штабной персонал обеспечивает материально техническое снабжение, обслуживание и административную поддержку основной деятельности подразделения.

1. Командир подразделения – подполковник.
2. Помощник командира по медицинской части – старший лейтенант.
3. Старшина подразделения – сержант.
4. Старший по материально-техническому обеспечению – сержант.

5. Автомеханик.
6. Повар.

Профилактическое подразделение CSCP. В профилактическом подразделении служат 16 специалистов.

1. Социальные работники (4 человека) – 2 майора и 2 капитана.
2. Клинические психологи (4 человека) – 2 майора и 2 капитана.
3. Специалисты по психическому здоровью (4 человека) – унтер-офицеры или сержанты.
4. Специалисты по психическому здоровью (4 человека).

Профилактическое подразделение разделяется на 4 отдельных команды для проведения полевых мероприятий по профилактике боевого стресса и необходимого вмешательства при явлениях боевого стресса. 3 команды обслуживают военнослужащих 3-х подведомственных бригад, а 4-я команда обеспечивает ударную бригаду или авиационную бригаду. Персонал профилактического подразделения может объединяться с персоналом тренировочного подразделения для выполнения совместных задач. В задачу подразделения входит надзор за проведением 1-3 дневных восстановительных программ для военнослужащих с явлениями боевого стресса и других стресс-зависимых расстройств на бригадном или дивизионном уровне (силами MHS), либо в передовых медицинских обеспечивающих подразделениях.

Тренировочно-реабилитационное подразделение (fitness section) CSCF**.** В тренировочном подразделении служат 20 специалистов.

1. Психиатры (2 человека) – 1 подполковник и 1 майор.
2. Специалисты по гигиене военного труда (2 человека) – 1 майор и 1 капитан.
3. Медбратья (фельдшер – Army Nurse Corps) психиатрия/поведенческие расстройства (2 человека) – 1 майор и 1 капитан .
4. Специалисты по гигиене труда (4 человека) – унтер-офицеры или сержанты.

5. Специалисты по психическому здоровью (4 человека) – унтер-офицеры или сержанты.
6. Специалисты по психическому здоровью (6 человека).

Оно разделяется на две команды для проведения полевых мероприятий подготовки к боевому стрессу (психологический фитнес) и оказания медико-психологической помощи при боевом стрессе, в том числе проводить восстановительные тренировочные программы для военнослужащих:

- Оценка состояния военнослужащих, в том числе в плане безопасности для окружающих и членов семьи пред переводом по службе, отпуском или демобилизацией.
- Проведения консультаций и обучение военнослужащих методам контроля боевого стресса,
- Оказание неотложной медико-психологической помощи при боевом стрессе,
- Проведение медицинской сортировки пострадавших,
- Стабилизация состояния пострадавших с явлениями боевого стресса,
- Лечение поведенческих расстройств,
- Проведение восстановительно-тренировочных программ для военнослужащих с последствиями явлений боевого стресса.
- Развертывание и обеспечение деятельности отделения для оказания квалифицированной психиатрической помощи в структуре передового полевого госпиталя.

Каждая команда имеет все необходимое оснащение, оборудование и палатки для работы одновременно с 40 военнослужащими: консультирование, обеспечение отдыха и восстановления сил, проведения релаксационных программ и лечебных мероприятий (при необходимости). При оперативно-тактической необходимости каждая команда может принять и большее количество военнослужащих. Каждая команда может выделять оперативную мобильную группу из 4-х специалистов, придвигающейся на легкой многоцелевой колесной технике (HMMWV). Одна команда, как правило, базируется рядом с подразделениями медицинского обеспечения, а другая осуществляет поддержку передовых частей и всего района боевых действий.

Подразделение CSC может выдвигаться на передний край для оказания помощи боевым подразделениям в случаях:

- Ожидаемого сражения.
- Выхода подразделения из боевых действий.
- Случаев употребления алкоголя или наркотиков в подразделении.
- Появление большего чем обычно числа солдат с острыми негативными реакциями боевого стресса.
- Ввод подразделения в зону боевых действий или вывод из нее.

1.5.3.2 Подразделения помощи при боевом стрессе Combat Stress Control (CSC) на уровне медицинской кампании.

Медицинская кампания обеспечивает оказание профилактической и лечебной помощи на уровне корпусов (армий), театров военных действий и более высоких уровнях во время войн и локальных военных конфликтов. Медицинская кампания обеспечивает поддержку для всех подразделений медицинской службы. CSC медицинской кампании (далее - MC CSC) обеспечивает прямую поддержку и медицинское обеспечение передовых боевых бригад и передовых бригад резерва. MC CSC при необходимости выдвигается для усиления CSC бригадного или дивизионного уровня. MC CSC обеспечивает помощь мирному населению на освобожденных территориях, при миротворческих операциях, при гуманитарных операциях, при у ликвидации последствий аварий и катастроф, природных стихийных бедствий. MC CSC обеспечивает проведение полного комплекса мероприятий в рамках всех основных 9 направлений оказания помощи при боевом и служебном стрессе, стресс-зависимых расстройствах и поведенческих нарушениях. MC CSC подчиняется медицинскому командованию Армии США.

Основные направления деятельности MC CSC:

- Разработка рекомендаций, планирование и координация мероприятий по профилактике и оказания помощи при боевом стрессе для командования.
- Проведение восстановительных мероприятий для личного состава подразделений подверженных воздействию боевого стресса до дивизионного уровня.

- Функционирование профилактических и тренировочных команд (от 4-х- до 10 специалистов) для оказания консультативной, лечебной и восстановительно-тренировочной помощи для подразделений до батальонного уровня.
- Проведение восстановительно-тренировочных программ в район базирования для групп военнослужащих численностью до 50 человек одновременно.
- Оказание экстренной медико-психологической помощи при боевом стрессе наступающим передовым частям в боевых условиях.

MC CSC состоит из штаба, профилактического подразделения и тренировочного подразделения. MC CSC организационно связана с медицинским командованием Армии США, медицинскими бригадами, частями медицинской логистики и медицинской эвакуации. В полевых условиях MC CSC базируется на дивизионном уровне. MC CSC функционирует при боевых действиях или боевых операциях на уровне задействия корпусов, в составе которых имеется от двух дивизий. Ресурсы MC CSC позволяют гибко использовать персонал как профилактического, так и тренировочного подразделения для оказания полного спектра помощи как при стресс-зависимых расстройствах, так и при поведенческих расстройствах на любых фазах боевых операций.

Персонал MC CSC способен оказывать помощь и проводить восстановительные мероприятия для растущих потоков военнослужащих. Профилактические и тренировочно-реабилитационные команды MC CSC развертываются в передовых частях корпуса для поддержки тактических операций под контролем медицинской службы. На уровне бригадных подразделений медицинского обеспечения могут быть развернуты от одной до восьми профилактических команд усиления из MC CSC.

Штабное подразделение MC CSC несет командно-управленческие функции, обеспечивает административную, материально-техническую поддержку подразделений. В состав штабного подразделения входят:

1. Командир – подполковник.
2. Капеллан – капитан.
3. Помощник командира по медицинской части – капитан.
4. Старшина команды – старший сержант.
5. Специалист по психическому здоровью – унтер-офицер или сержант.

6. Химик.
7. Администратор по работе с пациентами – унтер-офицер или сержант.
8. Специалист по материально-техническому снабжению – сержант.
9. Механик по обслуживанию электрогенераторов.
10. Автомеханик.
11. Администратор.
12. Специалисты по работе с пациентами – 2 человека.
13. Оружейник.
14. Повар.

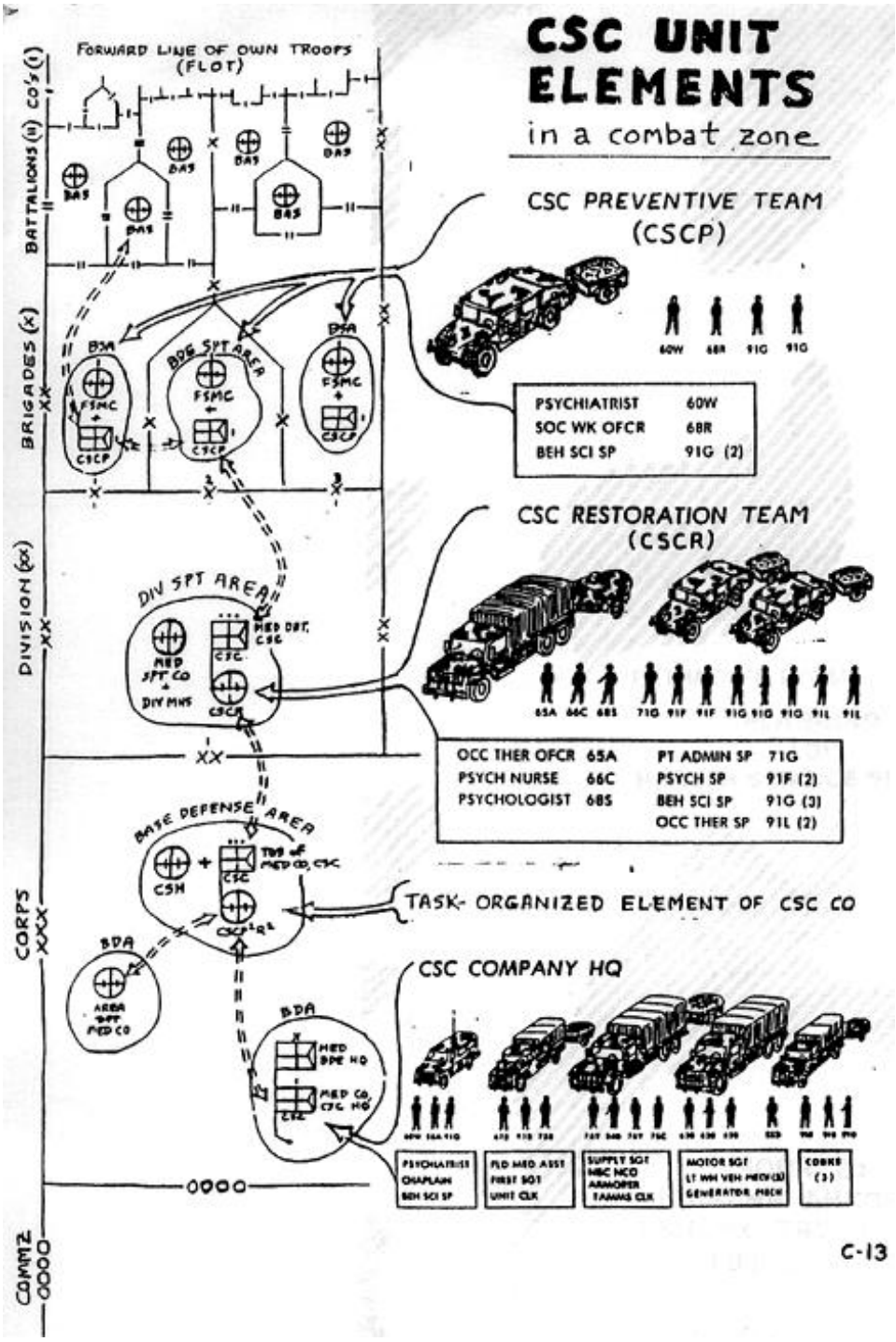


Рисунок 10. Схема структуры подразделений CSC в зоне боевых действий.

1.5.4 Команда по оперативной оценке стресса у военнослужащих на театре боевых действий.

Команда по оперативной оценке стресса у военнослужащих на театре боевых действий (Operational Stress Assessment Team – OSAT) формируется при необходимости из специалистов армейских научно-исследовательских учреждений (USAAMRMC). В основном, это специалисты Армейского исследовательского института Уолтера Рида, при необходимости усиленные группами психологов-исследователей и техническим персоналом из Военно-воздушной медицинской исследовательской лаборатории, Медицинского исследовательского института химической защиты и Исследовательского института военной гигиены. В задачи специалистов OSAT всходит проведение оценки состояния военнослужащих различных подразделений с высокой степенью научной достоверности и проведение макроанализа факторов боевого и служебного стресса и потребностей в оказании медико-психологической помощи и поддержки военнослужащим на театре боевых действий.

Группа OSAT используется для усиления высшего медицинского командования на театре боевых действий, со следующими целями:

- Планировать, координировать и проводить массовые бланковые обследования личного состава и индивидуальные собеседования,
- Создавать базу данных и анализировать результаты собственных обследований и обследований, проводимых подразделениями MHS и CSC.
- Обеспечивать командование оперативной информацией о результатах проведенных обследований для планирования мероприятий медико-психологической помощи при боевом стрессе и стресс-зависимых расстройствах у военнослужащих.
- Разрабатывать и валидизировать новые методы исследований, в частности связанные с новыми условиями боевых действий и новыми стресс-факторами.
- Использовать ресурсы USAAMRMC для архивации полученных данных и сравнения новых данных с исследованиями из предыдущих театров боевых действий.
- Обучать персонал MHS и CSC методологии проведения массовых обследований и информировать командование о возможностях использования массовых обследований личного состава для лучшего понимания перспектив успешности их профессиональной деятельности.
- Взаимодействовать со службами радиационного, химического и биологического контроля на театре боевых действий для предупреждения и контроля поведенческих

последствий использования противником ядерного, химического и биологического оружия.

Группа OSAT подчиняется командованию театра военных действий или фронта и расквартируется в штабе медицинского командования или в подразделениях, где проводятся обследования. Передвижения группы осуществляется на транспорте военного или медицинского командования.

Стандартная группа OSAT состоит из трех офицеров и двух солдат. Офицерские позиции занимают психологи-исследователи или специально подготовленные специалисты по поведенческим расстройствам. Солдатские должности укомплектованы специалистами по психиатрии. В состав группы могут быть включены специалисты по информационным технологиям для сбора и обработки данных обследований.

Контроль боевого стресса в зоне боевых действий (А. Демкин, 2015)

Combat and Operational Stress Control Matrix developed in Russian by Andrew Demkin, MD, based on Field Manual FM 4-02.51 (FM 8-51) U.S. Headquarters, Department of the Army.

www.Enures.Dacha-Dom.ru

Линия боевого соприкосновения

Передовые подразделения

Командиры подразделений, солдаты-наставники, медики, капелланы.

Действия: контроль состояния, профилактические предбоевые и послебоевые мероприятия, оказание помощи в пределах Зеленой и Желтой зоны состояния военнослужащих.

Батальоны

+ BAS — Батальонные медпункты **BAS** Battalion aid support

Медицинская служба.
Действия: Медицинская сортировка.

Бригады

Зона обеспечения бригады
BSA - Brigade support area

+ FSMC — Передовая обеспечивающая медицинская кампания **FSMC** - Forward Support Medical Company

Mental Health Section (**MHS**) персонал медицинской кампании из дивизионных **MHS +** (здесь и далее – усиление при необходимости) **MHS** персонал отдельных бронетанковых бригад
+ MHS персонал ASMB – медицинского батальона обеспечения зоны боевых действий
+ MHS персонал MEDCOM – медицинского командования
+ MHS медицинских бригад.

Действия: Мониторинг, консультации, сортировка, оказание помощи в пределах Оранжевой зоны (1-3 дня), взаимодействие с **CSC** подразделениями.

Усиление при задействии ≥ 2-х дивизий:

+ CSCP — Профилактическое подразделение **CSCP** - Combat Stress Control Preventing section

Персонал корпусных подразделений Combat and Operational Stress Control (COSC) или корпусных медицинских кампаний - профилактическое подразделение CSCP – Combat Stress Control Preventing team.

Тыловое расположение вблизи трасс и аэродромов

Дивизия

Зона обеспечения дивизии
BSA - Division support area

+ MSMC — Главная обеспечивающая медицинская кампания **MSMC** - Main Support Medical Company

Дивизионное подразделение MHS — **DIV MHS**

Действия: Оценка потребности подразделений в оказании помощи, консультации и обучение, работа с травмой, сортировка, неотложная стабилизация, психологическая и психиатрическая помощь и лечение. Контроль за 1-3 дневными программами реабилитации и восстановления на уровне бригад, дивизий или

Персонал корпусных подразделений Combat and Operational Stress Control (COSC) или корпусных медицинских кампаний - тренировочно – восстановительное подразделение CSCF – Combat Stress Control Fitness team.

+ CSCF — Тренировочно-восстановительное подразделение **CSCF** - Combat Stress Control Fitness section

Действия: Мониторинг, оценка потребности в специалистах и объемах помощи, консультации, обучение, тренировки, сортировка, стабилизация состояния, работа с травмой, психологическая и психиатрическая помощь и лечение при состояниях до Красной зоны, восстановление, реабилитация и тренировки выздоравливающих, работа в качестве психиатрического отделения обеспечивающего зону боевых действий госпиталя (CSH – Combat Supporting Hospital).

Корпус Усиление при тяжелых БД, перебазировании, использовании ОМП.

Зона обороны военной базы
BDA - Base defense area

+ CSH — Обеспечивающий зону боевых действий госпиталь **CSH** – Combat Support Hospital

+ ASMC — Обеспечивающая зону боевых действий медицинская кампания ASMC – Area Support Medical Company

+ CSCF + CSCP — Подразделения корпусного CSC, конфигурируемые под решение задач.

+ CSC HQ — Штабное подразделение **CSC** - Combat Stress Control Headquarters

См. прилагаемую схему конфигурации развертывания корпусных CSC подразделений.

Действия: планирование, координацию и проведение мероприятий помощи и профилактики при боевом стрессе. Штабной персонал обеспечивает материально техническое снабжение, обслуживание, административная и медицинская поддержка CSC подразделений.

Театр боевых действий, фронт, армия

+ OSAT — Команда по оценке стресса у военнослужащих на театре боевых действий OSAT - Operational Stress Assessment Team

Усиление высшего медицинского командования MEDCOM на театре боевых действий. Макроанализ состояния военнослужащих различных подразделений и факторов боевого и служебного стресса для определения потребности в силах и средствах оказания помощи на уровне театра боевых действий.

Организационно - штатная структура подразделений:

Mental Health Section (MHS): 8 человек
Дивизионный психиатр – майор MC – 1
Социальный психолог – капитан MS – 1
Клинический психолог – капитан MS – 1
Администратор - специалист в области психического здоровья - унтер-офицер MOS
Ассистенты - специалисты в области психического здоровья – 4 человека MOS.

AN – Army Nurse Corps
MC – Medical Corps
MS – Medical Service
MOS – Military Occupational Specialty
SP – Army Medical Special Corps

CSCP – Combat Stress Control Preventing section: 16 человек - 2-3 на дивизию.
4 группы на 4-х автомобилях HMMVW с прицепами.
Итого:
Социальный психолог – майор – 2, кпт. – 2 (MS)
Клинический психолог – майор – 2, кпт. – 2 (MS)
Администратор - специалист в области психического здоровья - унтер-офицер (MOS) – 4
Ассистенты - специалисты в области психического здоровья – 4 человека MOS.

CSCF – Combat Stress Control Fitness section: 20 человек - 1-3 на дивизию.
4 группы на 4-х автомобилях HMMVW с прицепами + армейский грузовик M939 с прицепом.
Итого:
Психиатр – майор -1 + п./полковник -1 (MC)
Профпатолог – кпт. – 1, майор – 1 (SP)
Медбрат - специалист в области психического здоровья - кпт. – 1, майор – 1 (AN)
Администратор - специалист в области психического здоровья - унтер-офицер (MOS)
Специалисты по психическому здоровью – унтер-офицеры или сержанты(MOS) – 4 человека
Специалисты по психическому здоровью – сержанты(MOS) – 4 человека

CSC HQ – Combat Stress Control Headquarters
медицинской кампании и дивизии, корпуса:
2 автомобиля HMMVW с прицепами + штабной автомобиль связи + 2 грузовика M939 с прицепами и полевой кухней.
Командир – п./полковник -1 (MC)
Капеллан – кпт. – 1 (CH)
Помощник командира по медицинской части – кпт. - 1 (MC), ст. лейтенант - 1 (MC)
Старшина подразделения – сержант (MOS).
Администратор - специалист в области психического здоровья - унтер-офицер (MOS)
Специалист по химзащите – сержант (MOS).
Специалист по работе с персоналом – рядовой (MOS).
Администратор по работе с пациентами - унтер-офицер (MOS)
Специалист по МТО – сержант (MOS).
Электромеханик по обслуживанию генераторов – рядовой (MOS).
Автомеханик – рядовой (MOS).
Помощник администратора – рядовой (MOS).
Помощники по работе с пациентами – рядовой – 2 человека (MOS).
Оружейник – рядовой (MOS).
Повар – рядовой (MOS).

OSAT – Operational Stress Assessment Team section:
специалисты Армейского исследовательского института Уолтера Рида, усиленные персоналом из Военно-воздушной медицинской исследовательской лаборатории, Медицинского исследовательского института химической защиты и Исследовательского института военной гигиены.
Группа OSAT (используется несколько групп):
Психологи исследователи или психиатры с опытом исследовательской работы – 3 офицера.
Специалисты исследователи в области психического здоровья – сержанты, рядовые – 2 чел (MOS).
Специалисты по информационным технологиям – по потребностям (опционально).

1.6 Этапы мероприятий по оказанию медико-психологической помощи при боевом и служебном стрессе.

На этапе подготовки к боевому развертыванию (несению боевой службы) подразделений персонал дивизионных и бригадных подразделений CSC участвующий в ротации войск оказывает профилактическую помощь и поддержку военнослужащим своих подразделений, которые ранее уже проходили лечение по поводу психических расстройств, и проводят превентивные мероприятия COSC военнослужащих и членов их семей.
Персонал подразделений CSC, не участвующий в ротации войск, может привлекаться к усилению превентивных мероприятий, таких как:

- Вторичное скрининг-обследование выявленных при первичном обследовании военнослужащих с потенциальными уязвимостями по отношению к COSR , перенесенными явлениями COSR или психическими расстройствами.
- Проверка медицинской документации военнослужащих на предмет выявления уязвимостей или позитивного анамнеза COSR.
- Проведение тренировок по стандартам медицинских учений Army Regulation 40–501.
- Оценка состояния и выработка рекомендаций для командования в отношении военнослужащих, которые продолжают выполнять служебные обязанности, не были допущены к участию в боевых операциях по рекомендациям специалистов подразделений COSC.
- Обучение и консультации военнослужащих по вопросам боевого стресса и особенностям основных стресс-фактров на основных стадиях боевого цикла подразделения или в процессе выполнения миссии.
- Оценка состояния подразделения или отдельных военнослужащих по запросу командования.

На этапе несения боевой службы до отправки военнослужащих на очередной отдых и оздоровление командиры подразделений выявляют военнослужащих с поведенческими признаками COSR для обследования специалистами MHS или CSC. Особое внимание уделяется военнослужащим с агрессивным поведением или суицидальными тенденциями, чтобы предупредить риск нанесения вреда самому военнослужащему или его окружению.

Также для получения внеочередного отпуска и отбытия домой по семейным или юридическим обстоятельствам военнослужащему необходимо пройти собеседование со специалистом MHS или CSC и получит его разрешение на отбытие из части. Если выявляется высокий риск для самого военнослужащего или для членов его семьи, то специалист MHS или CSC либо откажет в визе на отпуск, либо, при неотложной ситуации, командованием будет организовано сопровождение военнослужащего до дома и обратно в часть. Аналогичные процедуры могут проводиться для военнослужащих, имеющих историю COSR, при переводе к новому месту службы.

После окончания боевой службы или при демобилизации проводятся COSC мероприятия для уменьшения вероятности возникновения проблем с военнослужащими по возвращении домой (в семью). На этом этапе подготовки к отправке домой, когда военнослужащий освобождается от воздействия боевых и служебных стресс-факторов, нередко проявляются психические расстройства и противоправное поведение. Специалисты MHS или CSC организуют обучение и подготовку военнослужащих, возвращающихся домой, для лучшей адаптации к условиям и нормам мирной жизни. Военнослужащих учат фокусировать внимание на положительном опыте преодоления смертельных опасностей, разрешения проблем, поддержке и взаимовыручке сослуживцев – активируя положительные воспоминания и формируя положительные чувства, которые военнослужащий привезет с собой домой. Для предупреждения развития патологического чувства вины выжившего проводятся мероприятия и поминальные службы в честь отдавших свою жизнь на полях сражений или во время выполнения служебных обязанностей. Для предупреждения развития чувства несправедливости командование на церемонии окончания боевого цикла отмечает все боевые подвиги и образцовое выполнение служебных обязанностей и награждает достойных.

1.6.1 Оказание первой и неотложной помощи военнослужащим при боевом и служебном стрессе и профилактика развития осложнений.

Работа с личным составом по выявлению признаков COSR, оказанию помощи и профилактике осложнений проводится персоналом подразделений MHS и CSC после

экспозиции подразделения потенциально травмирующему событию (Potentially Traumatic Event – PTE) при первой возможности, так как воздействие стресс-факторов боя или боевой обстановки коррелирует с возникновением острых реакций боевого и служебного стресса (COSR) и, в дальнейшем, развития посттравматических стрессовых расстройств (PTSD).

К PTE можно отнести следующие события:

- Долгие и тяжелые бои и военные операции.
- Смерть сослуживцев.
- Несчастные случаи в подразделении.
- Серьезные травмы, повреждения и увечья.
- Случаи суицида или убийств среди сослуживцев.
- Значительные разрушения окружающей среды.
- Страдания мирного населения.
- Трагедии дома и в семье.
- Военные операции, приведшие к гибели людей (как гражданских, так и военнослужащих).

При воздействии PTE на личный состав подразделений военнослужащие могут переживать чувства угрозы, ужаса, беспомощности или безнадежности. Чувство вины, гнев, печаль, подрыв веры и основ мировоззрения являются эмоционально-когнитивными реакциями на воздействие PTE. Оказание помощи и профилактика осложнений при воздействии на военнослужащих PTE проводится в несколько этапов:

Непосредственно по окончанию боевых действий или проведения боевой операции командирами в своих подразделениях проводятся краткосрочные «собрания для остывания после боя» (Cool Down Meetings). Особенно важно проведение таких вмешательств для профилактики COSR после тяжелых боев или выполнении опасных заданий. Стандартная процедура неотложного «остывания» состоит из следующих элементов:

- Собрание провидится в безопасном и относительно комфортном месте на период около 15 минут.
- Личному составу выдают любые неалкогольные и нестимулирующие напитки и удобную для употребления в данном положении пищу.
- Поощеряется возможность обсудить между собой произошедшие события.

- Командир выражает свое признание и хвалит подчиненных за выполнение сложной миссии, выражает сожаление о раненых и отдает долг памяти погибшим.
- Командир доводит информацию подразделению о том, где и как будет проходить отдых и восстановление сил после боя, и что предстоит подразделению в ближайшее время.
- Командир обсуждает основные вопросы, которые будут вынесены на психологический дебрифинг, и выясняет потребности личного состава в оказании COSC помощи.
- Командир делает объявления, относящиеся к дальнейшей подготовке и ожидаемому времени возвращения к выполнению боевой миссии.

Сразу же по выводу подразделений в сравнительно безопасное расположение командирами подразделений на уровне командиров взводов и выше (при наличии у них специальной COSC подготовки) может проводиться психологический дебрифинг (разбор травматических событий, реакций на них и оперативной эмоциональной вентиляции и отреагирования эмоций). Каждый командир индивидуально подходит к принятию решения необходимости проведения психологического дебрифинга и приглашению на него специалистов COSC. Проведение неотложного психологического дебрифинга является важным элементом профилактики явлений COSR. Однако проведение дебрифинга не рекомендуется, если произошедшие PTE события вызвали реакции, которые угрожают сплоченности и взаимоподдержке в подразделении или могут вызвать агрессивное поведение или иной вид реакций, подрывающий дисциплину и боеготовность.

Подготовка и проведение дебрифинга нормируется учебным циркуляром ТС 25-20 медицинским и полевым руководством по контролю за боевым стрессом FM 22-51 [8].

ВНИМАНИЕ! В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОВЕДНИЕ ДЕБРИФИНГА СЧИТАЕТСЯ ФАКТОРОМ, УСИЛИВАЮЩИМ НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ! ДЕБРИФИНГ ЗАПРЕЩЕН В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ!

При острых стрессовых реакциях для большинства чаще всего достаточно краткосрочного отдыха и восстановления сил в безопасной обстановке 24-72 часа, чтобы избавиться от симптомов или значительно уменьшить степень их

выраженности. Психотерапевтические мероприятия в остром этапе не рекомендуются, так как могут принести больше вреда, чем пользы.[1]

Методика индивидуального психологического дебрифинга (разбор травматических событий, реакций на них и оперативной «эмоциональной вентиляции» и отреагирования эмоций), которая была популярна в 1980-90-х годах, в настоящее время на основании результатов проведенных исследований признана неэффективной, способной вызвать значительное ухудшение состояния пострадавшего.

При проведении дебрифинга под руководством лидера (командира или специалиста COSC) производится реконструкция потенциально травмирующего события, где каждый из участников воспроизводит свою роль и восприятие события. Когда участник дебрифинга выражает какие либо эмоции, лидер идентифицирует эмоции и старается нормализовать их проявления. Тем, кто нуждается в оказании квалифицированной COSC помощи, указывается о возможности ее получить при первой оперативно-тактической возможности. В меру своих знаний и подготовки лидер может рассказать о методах контроля за эмоциями и острых реакциях боевого стресса. Обращение за поддержкой к специалистам COSC безусловно требуется в случае проявлений в подразделении чувств вины, недоверия или гнева. В этом случае офицер или специалист COSC задает вопросы группе для выяснения фактов и постепенно направляет процесс осмысления РТЕ от гнева и разногласий, взаимных обвинений и поиска «козла отпущения» к положительным оценкам того лучшего, что было сделано для восстановления сплоченности воинского коллектива.

Психологический дебрифинг после боевых действий для командиров подразделений отдельно проводят специально подготовленные старшие командиры по командной вертикали.[2]

---

[1] VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress // The Department of Veterans Affairs (VA) and The Department of Defense (DoD), Version 2.0. – 2010. – P.35, Table A.

[2] Практикуемый в некоторых подразделениях психологический дебрифинг в виде «разбора полетов» с криками, угрозами, обвинениями, наказаниями и оскорблениями подчиненных может приводить к усилению выраженности у них явлений боевого и служебного стресса, провоцировать развитие острых стресс-зависмых психических расстройств, что может привести к принятиям неправильных и ошибочных командных решений планирования и управления. Такой стиль «психологических дебрифингов» должен расцениваться как подрыв боеспособности воинских подразделений.

Первую помощь военнослужащим подверженным действию РТЕ оказывает командир подразделения. Его действия должны быть направлены на обеспечение подчиненных при первой возможности следующим:

- Обеспечение для безопасности и сохранения жизни.
- Обеспечение кровом, питьем, едой и одеждой.
- Предоставление возможности выспаться.
- Прием предписанных медикаментов и восполнение запаса медикаментов.
- Рассказ подчиненным от текущей оперативной ситуации.
- Восстановление связи с подразделением, командованием, подчиненными, друзьями и сослуживцами.
- Информирование подчиненных о естественности проявлений боевого стресса, психологическая поддержка и вселение уверенности в восстановлении утраченных или сниженных сил и способностей.
- Выявление подчиненных с дезадаптивными острыми стрессовыми реакциями и поведенческими нарушениями и информирование о них вышестоящего командования и персонал подразделений оказания помощи при боевом стрессе.

В период до 4-х дней после психотравмирующего события военнослужащим должна быть оказана первая психологическая помощь, мероприятия социальной поддержки, проведена образовательно-разъяснительная работа о реакциях на боевой стресс и возможных осложнениях и оказана духовная религиозная поддержка. Психотерапевтические мероприятия (психологический дебрифинг) на данном этапе не рекомендуется, так как может принести больше вреда состоянию военнослужащих, чем пользы [11, Table A].

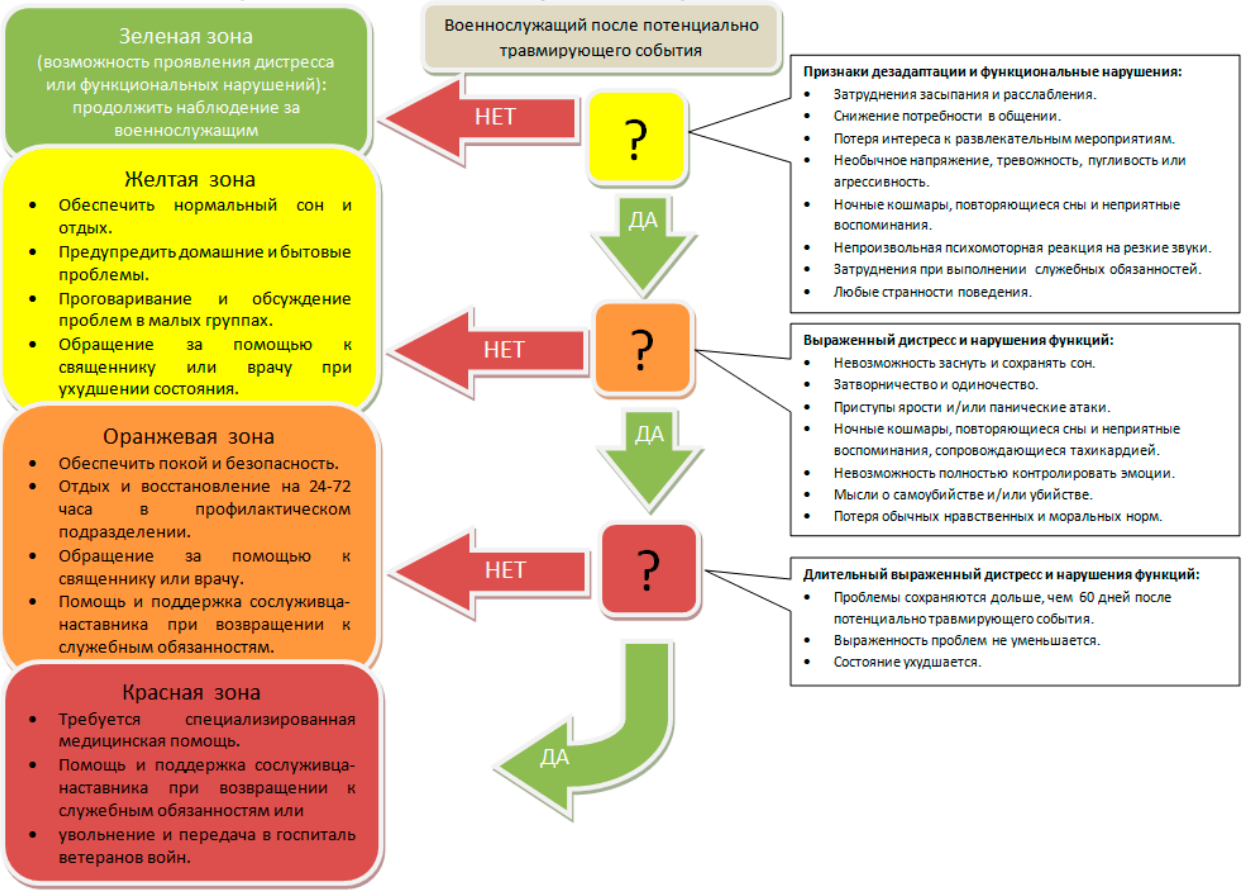
Первая психологическая помощь**,** оказываемая пострадавшим, имеет следующие цели:

- Предупредить ухудшение состояния.
- Уменьшить уровень психологического возбуждения.
- Мобилизовать поддержку наиболее пострадавшим военнослужащим.
- Восстановить связь с сослуживцами, друзьями, любимыми и членами семьи.
- Обеспечить информирование о ситуации и о состоянии пострадавшего.
- Информировать пострадавшего о возможных рисках.

Ключевыми элементами первой психологической помощи являются:

1. Контакт и взаимодействие: Отклик на контакт, инициированный пострадавшим, или инициация контакта с пострадавшим в ненавязчивой и сострадательной манере.
2. Безопасность и комфорт: Безотлагательное создание безопасной обстановки с обеспечением физического и эмоционального комфорта.
3. Стабилизация состояния (при необходимости): Успокоение и ориентация в ситуации ошеломленных и эмоционально перегруженных пострадавших.
4. Сбор информации о текущих потребностях и проблемы: Определить непосредственные потребности и проблемы, собрать дополнительную информацию для оптимизации вмешательства.
5. Реальная практическая помощь: Оказать практическую помощь оставшимся в живых в решении насущных бытовых и физиологических потребностей и проблем.
6. Связь и поддержка: Помочь установит связь с сослуживцами, друзьями, любимыми и членами семьи для оказания психологической поддержки пострадавшему.
7. Информация о преодолении стресса: Предоставить информацию о сути стрессовых реакций и способов справится с ними, чтобы уменьшить страдания и поддержать адаптивные реакции.
8. Связь с профессионалами: Информировать военнослужащих о возможности обратиться сейчас или впоследствии за профессиональной помощи. Информировать о возможных симптомах посттравматического стрессового расстройства.

Логическая схема экспресс оценки состояния военнослужащих и определения объема помощи при явлениях боевого и служебного стресса (адаптация А. Демкин, 2015)



1.6.2 Медицинская сортировка

При первой оперативно-тактической возможности командиром подразделения, медиком, специалистом подразделения по контролю боевого стресса производится *медицинская сортировка личного состава* с различной выраженностью острых стрессовых реакций.

Поводом для медицинской эвакуации пострадавших могут служить следующие признаки:

- Сохраняющиеся или усиливающиеся дезадаптивные реакции на стресс (диссоциативная амнезия, паника, возбуждение, когнитивные нарушения), длящиеся более 2-х дней [11, P.-21].
- Значительные нарушения функций.
- Опасности для жизни (мысли, планы и намерения самоубийства, насилия, убийства)

- Сопутствующие психические расстройства (психотические, алкогольные, наркотические или медикаментозные зависимости).
- Дезадаптивные копинг-стратегии (самоизоляция, импульсивное поведение).
- Появление новых стресс факторов, способных ухудшить состояние пострадавших.
- Недостаточная социальная поддержка.
- Несостоятельность мер неотложной и первой помощи при боевом стрессе.
- Утяжеление имеющихся психиатрических состояний и заболеваний.
- Обращение военнослужащего за помощью.

Оценка состояния военнослужащего для медицинской сортировки может происходить как по его личному обращению, так и по сообщению сослуживцев, командиров, капелланов, медиков, при формальной оценке состояния по запросу командования, при вынесении рекомендаций специалистами MHS или CSC.

Пример алгоритма для проведения медицинской сортировки пострадавших с явлениями COSR:

<table>
<tr><td>Шаг 1</td><td colspan="5">Есть ли потребность в неотложной медицинской помощи?</td></tr>
<tr><td></td><td>Да</td><td>Обратиться в ближайшее подразделение для оказания медицинской помощи</td><td>Нет</td><td colspan="2">Перейти к Шагу 2</td></tr>
<tr><td>Шаг 2</td><td colspan="5">Требует ли военнослужащий медицинского (психиатрического) наблюдения?</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="3">Да</td><td rowspan="3">Перейти к Шагу 3А</td><td rowspan="3">Нет</td><td colspan="2">Есть ли у военнослужащего признаки COSR или психического расстройства?</td></tr>
<tr><td>Да</td><td>Перейти к Шагу 3В</td></tr>
<tr><td>Нет</td><td>Категория «Помощь на месте»</td></tr>
<tr><td>Шаг 3</td><td colspan="2">3 А. Подойдет ли полевой лечебно-восстановительный лагерь для оказания адекватной помощи военнослужащему?</td><td colspan="3">3В. Возможно ли оказание полноценной помощи военнослужащему в условиях его подразделения?</td></tr>
<tr><td rowspan="5"></td><td>Да</td><td>Категория «Наблюдение»</td><td>Да</td><td colspan="2">категория «Восстановление в подразделении»</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Нет</td><td rowspan="4">Категория «Госпитализация»</td><td rowspan="4">Нет</td><td colspan="2">Имеется ли подходящее для восстановления обеспечивающее подразделение?</td></tr>
<tr><td>Да</td><td>Категория «Отдых»</td></tr>
<tr><td>Нет</td><td>Категория «Наблюдение»</td></tr>
</table>

Медицинская сортировка военнослужащих с явлениями COSR основана на оценке состояния пострадавших, возможности развития медицинских неотложных состояний, опасности для их жизни и здоровья, рисков для окружающих, определения потребности в квалифицированной помощи и оценке наилучшего этапа эвакуации и применяемых методов интервенции. При проведении медицинской сортировки с COSR относятся к одной из категорий: военнослужащие, требующие оказания помощи на месте при сохранении всех служебных обязанностей (категория «Помощь на месте»), военнослужащие, требующие оказания помощи на месте при несении облегченного варианта службы в подразделении (категория «Восстановление в подразделении»), военнослужащие, требующие отдыха и реабилитации при обеспечивающем подразделении без выполнения служебных обязанностей (категория «Отдых»), военнослужащие, требующие наблюдения в условиях в полевых лечебно-восстановительных лагерей (категория «Наблюдение»), и военнослужащие, требующие содержания в специализированных центрах оказания психиатрической помощи при CSC подразделениях или других специализированных военно-медицинских учреждениях (госпиталях) (категория «Госпитализация»).

На этапе оказания первой и неотложной помощи при явлениях COSR или при подготовке военнослужащего к медицинской эвакуации в случае проявлений агрессивного поведения и/или появлений психических расстройств (психозы, биполярные расстройства, пограничные расстройства, асоциальные личностные расстройства) может потребоваться проведение мероприятий неотложной психической стабилизации состояния военнослужащих, которые могут представлять потенциальную угрозу как для самих себя, так и для окружающих. Для психической стабилизации применяется последовательное наращивание степени воздействия:

- Словесные заверения в безопасности окружающей обстановки, намерении специалистов оказать адекватную помощь и попытка переориентирвать локус внимания военнослужащего на реальную обстановку «здесь и сейчас».
- Если словесные убеждения не помогают, военнослужащему мягко демонстрируется сила (военнослужащие подразделений силового обеспечения) без применения силы.

- Если демонстрация силы не убеждает, то применяются седативные препараты.
- При угрозах насилия, расправы, убийства, самоубийства используется принудительная фиксация военнослужащего и он постоянно находится под наблюдением, в том числе для предупреждения синдрома сдавления, ишемии, гангерены, повреждения периферических нервов.
- При необходимости полная стабилизация военнослужащих проводится в специализированных медицинских учреждениях.

1.6.3 Восстановительный этап оказания помощи при COSR.

На восстановительном этапе (4 – 30 дней после психотравмирующего события) специалисты подразделений MHS и CSC при поддержке командования подразделений проводят мероприятия COSC, предусматривающие:

- Сведение к минимуму возможное воздействие новых PTE на солдат с COSR.
- Мобилизация поддержки для наиболее проблемных пострадавших.
- Купирование психомоторного возбуждения.
- Уменьшение страха, тревоги и беспокойства.
- Предоставление информации об обстановке, состоянии подразделения и самого военнослужащего.
- Обеспечение связи с сослуживцами, друзьями, близкими и семьей.
- Предоставить правдивую информацию о рисках и подготовить к их последствиям (техника Коммуникация риска, предусматривающая предоставление информации о рисках, позволяющей подготовиться к последствиям, научиться их преодолевать; тренировка и поощрение адекватного отношения к рискам, адаптивного поведения и убеждений; построение веры в успех и ориентация на достижения [12].
- Создание у военнослужащего обоснованной уверенности в получении адекватной квалифицированной помощи при COSR.
- Восстановление нормального сна, личной гигиены и питания.
- Поощрение вентиляции негативных и тяжелых эмоций, связанных с травмирующим событием, путем проговаривания, отражения эмоций с помощью творчества (рисование, пение, написание рассказов, стихов), разрядка напряжения физической

активностью, сексом, дыхательными упражнениями. Однако, не следует настаивать на эмоциональной вентиляции, так как имеются данные долговременных исследований, говорящие о том, что при массовой экспозиции РТЕ (события 11 сентября 2001 года) лучшие клинические результаты по восстановлению и долговременному состоянию после травматического стресса показывают пострадавшие, которые предпочли не отреагировать свои первоначальные реакции или вентилировали их кратко [13].

- Информирование о негативных последствиях самолечения с применением алкоголя и наркотических средств.

Применение индивидуального или группового психологического дебрифинга может нанести значительный вред пострадавшим, так как может вызвать ухудшение из состояния, как при острых стрессовых реакциях, так и посттравматическом стрессовом расстройстве [11, Table A-4.]. Применение психотерапевтических методик для пациентов без выраженной симптоматики также не рекомендовано, так как способно ухудшить состояние таких военнослужащих и спровоцировать проявление симптомов COSR.

При оказании специализированной медико-психологической помощи военнослужащим на этапе восстановления ведущую роль играют мероприятия краткосрочной когнитивной поведенческой терапии (4-5 терапевтических сессий, применение которой могут успешно предупредить развитее посттравматического стрессового расстройства). Также может использоваться методика неспецифической десенсибилизации и переработки движением глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR) по методике доктора Франсин Шапиро [11, P.129-130]. Клиническая эффективность методики Шапиро в оказании неотложной психологической помощи при экспозиции РТЕ (в том числе у военнослужащих на передовой), профилактике развития осложнений острых стрессовых реакций боевого стресса показана во многих проведенных исследованиях, однако требует проведения дополнительных исследований в отношении эффективности при оказании помощи ветеранам с PTSD [3]).

Некоторую пользу могут принести мероприятия социальной поддержки и информирования о текущем состоянии пострадавших.

Не имеется достоверных данных о пользе применения антидепрессантов, антиконвульсантов, атипичных антипсихотических средств, духовной религиозной поддержки, и первой психологической помощи. Использование транквилизаторов бензодиазепинового ряда для предупреждения возникновения острых стрессовых реакций и посттравматического стрессового расстройства противопоказано [11].

Для качественного проведения мероприятий COSC в фазе восстановления требуется следующее число специалистов подразделений MHS или CSC:

- Взвод, рота: от 2 до 4 специалистов.
- Батальон, эскадрон: от 6 до 12 специалистов.
- Бригада: от 12 до 30 специалистов.
- Дивизия: от 30 до 60 специалистов.

Восстановительно-реабилитационные мероприятия военнослужащих могут проводятся на одной из трех линий оказания помощи:

1. Первая линия – при бригадной медицинской кампании в зоне тылового обеспечения бригады, где восстановительно - реабилитационные мероприятия проводятся с участием штатного медицинского персонала под контролем персонала подразделений CSC или штатного COSC персонала медицинской кампании. Из-за высокой мобильности бригадной медицинской компании курс восстановления длится от 24 до 72 часов.
2. Вторая линия: каждое восстановительное подразделение первой линии должно быть усилено восстановительными подразделениями второй линии, которые находятся в более безопасном расположении, чем передовые части и, скорее всего, не будут часто перебазированы. Подразделения второй линии – это лечебно-восстановительные лагеря (центры), которые располагают большими возможностями оказания специализированной COSC помощи, как в плане имеющегося оснащения, так и в плане количества специалистов CSC . Подразделения второй линии могут принимать пострадавших категории «Наблюдение» и обеспечивать полную стабилизацию возбужденных и потенциально опасных пациентов.

3. Третья линия: специализированные отделения лечебных учреждений и научных центров. При восстановлении военнослужащих в лечебных учреждениях неукоснительно соблюдается правило сохранения идентификации военнослужащего как полноценного бойца, возвращающегося в строй, а не пациента клиники. Военнослужащие, проходящие реабилитацию в лечебных учреждениях содержатся отдельно от пациентов клиники, часто в специально оборудованных палаточных лагерях, где сохраняются базовые элементы служебных взаимоотношений и возможно ношение полевой формы.

После окончания программы восстановления и реабилитации военнослужащие по показаниям могут проходить 4-7 дневные программы восстановления профессиональных навыков и умений. Программа восстановления профессиональных навыков и умений может проводиться в различных расположениях первой линии оказания помощи: от небольшого лагеря при специализированном лечебном учреждении, при полевом госпитале, при специализированном CSC подразделении или в дивизионных восстановительных центрах.

Если в течение 7 дней военнослужащие не восстанавливают свою боеспособность, то их пребывание в восстановительном центре может быть продлено до 14 дней. Если состояние военнослужащего не улучшается и за этот период, он эвакуируется из зонные боевых действий в тыловые стационарные лечебно-восстановительные учреждения второй линии. При отсутствии результатов восстановления военнослужащие переводятся в головные медицинские центры третьей линии оказания помощи.

2. Неэффективность отдельных элементов американской системы профилактики и оказания помощи при боевом стрессе на примере оценки программы профилактики и оказания помощи про боевом стрессе OSCAR в подразделениях морской пехоты США по состоянию на 2010-2012 год и перспективы совершенствования системы COSC подготовки личного состава.

Научно-исследовательский институт RAND (www.rand.org), специализирующийся в глобальных исследованиях по вопросам безопасности, развития, стабильности,

благополучия, здравоохранения и медицины провел длительное сравнительное исследование подразделений морской пехоты США, подготовленных и не подготовленных по специальной программе профилактики и помощи при боевом стрессе, на этапах боевой подготовки и послебоевых этапах [7]. Результаты, полученные в результате данного исследования могут помочь лучше спланировать систему профилактики, подготовки и оказания помощи при явлениях боевого стресса в ВС РФ.

Программа профилактики и оказания помощи при боевом стрессе OSCAR была задумана и воплощена для оказания квалифицированной медицинской помощи морским пехотинцам США при стресс-зависимых расстройствах в условиях современных военных операций. Одна из задач программы OSCAR состояла в изменении различного подхода к явлениям острых стресс-зависимых психических расстройств у военнослужащих стороны военного командования и специалистов медицинской службы, чтобы создать единый стандарт и процедуру выявления и оказания неотложной, первой и квалифицированной медицинской помощи при развитии острой психической патологии у военнослужащих.

Программа OSCAR с одной стороны предусматривала возможность получения морскими пехотинцами квалифицированной психиатрической помощи на передовой с помощью мобильных групп MHS и CSC, и с другой стороны создание структуры специально подготовленных морских пехотинцев-наставников в каждом подразделении, обученных выявлять у сослуживцев первые признаки острых стрессовых расстройств и докладывать о необходимости оказания помощи военнослужащим. Кроме того, специально подготовленные военнослужащие проводили базовое обучение сослуживцев по вопросам профилактики и помощи при острых реакциях боевого стресса и их отдаленных последствиях.

Программа OSCAR была внедрена в отдельных подразделениях морской пехоты США в 1999 году. В 2012 году программа была развернута во всех подразделениях морской пехоты США. Исследование эффективности программы OSCAR проводилось в период 2010-2012 гг. Результаты исследования были опубликованы в 2015 году.

2.1 Основные результаты исследования эффективности программы профилактики и помощи при боевом стрессе у подразделений морской пехоты США.

1. Несмотря на проведение мероприятий подготовки, профилактики и помощи при боевом стрессе не наблюдается статистически достоверных различий в состоянии психического здоровья военнослужащих подразделений участвующих и не участвующих в программе OSCAR. Эффективность солдат-наставников по вопросам боевого стресса также не оправдала себя: не наблюдалось различий в выявлении симптомов острых стрессовых реакций в подразделениях с наставниками и без них. Наличие сослуживцев-наставников сыграло даже обратную роль: морские пехотинцы обращались за помощью и советом к ним, полагая, что их советов будет достаточно для самостоятельного преодоления психологических и медицинских проблем без обращения за квалифицированной помощью

2. Морские пехотинцы воспринимают проявления боевого и служебного стресса как достаточно значимую, но не столь уж и важную проблему. Многие военнослужащие предпочитают не обращаться за помощью, уверенные в том, что от беспокоящих их симптомов избавиться не удастся. Также морские пехотинцы неохотно обращались за помощью к специалистам подразделений оказания квалифицированной психиатрической помощи при явлениях боевого стресса, предпочитая скрывать симптомы, и отказываться от помощи сторонних специалистов, с которыми они не были знакомы и не могли им доверять. В представлении морских пехотинцев наличие у них симптомов стресс-зависимых психических расстройств могло негативно сказаться на их военной карьере и снизить их социально-психологический статус в подразделении. Поэтому за помощью военнослужащие предпочитали обращаться не к специалистам, а к сослуживцам.

3. Программа OSCAR воспринимается морскими пехотинцами как полезный инструмент для контроля явлений боевого стресса. Несмотря на отсутствие статистически значимых свидетельств эффективности программы, она позитивно воспринимается командирами батальонов морской пехоты. При этом изначально позиция командиров по отношению к элементам противострессовой подготовки личного состава была скептической как «к преувеличенной проблеме боевого стресса» Однако после прохождения курса подготовки отношение к программе у

командования изменялось в позитивную сторону. Рядовые военнослужащие предъявляли претензии к «избыточному количеству противострессовых занятий и тренировок».

4. Результаты программы OSCAR значительно отличались у различных подразделений морской пехоты. Значительное отличие в эффективности программы может быть объяснено разницей в отношении к своим служебным обязанностям конкретных командиров и должностных лиц, ответственных за воплощение программы OSCAR. Дополнительной проблемой в воплощении элементов программы может быть отсутствие реального боевого опыта у специалистов занимающихся подготовкой личного состава по программе OSCAR.

2.2 Рекомендации специалистов института RAND по совершенствованию программы OSCAR.

1. Пересмотр и усовершенствование программы профилактики и помощи при боевом стрессе, направленное на устранение избыточных элементов подготовки (перегрузки личного состава тренировочными и обучающими занятиями) и совершенствование ее компонентов, имеющих реальную эффективность. Исключение дублирующих друг друга занятий в различных курсах боевой подготовки. Требуется проведение занятий на простом и понятном для морских пехотинцев языке с использованием терминов, понятий, образов и стереотипов требуемых действий, не выходящих за пределы среднего образования, понятных каждому военнослужащему, даже если это повредит внешней «наукообразности» программы подготовки.

2. Важно, чтобы обучением и подготовкой военнослужащих занимались исключительно специалисты, имеющие реальный боевой опыт. В глазах морских пехотинцев реальный боевой опыт и реальный опыт оказания помощи при явлениях боевого стресса и его последствий является максимально авторитетным. Идеальный образ инструктора по вопросам боевого стресса – это морской пехотинец, участник боевых действий, имеющий личный опыт помощи при явлениях боевого стресса и его последствий и, возможно, сам испытавший острые стрессовые реакции боевого

стресса и / или их отдаленные последствия. К таким специалистами морские пехотинцы испытывают гораздо больше доверия, чем к профессионалам, прошедшим академическую подготовку «в классах» и не имеющие личного опыта боевого стресса.

3. Вместо практикуемой подготовки отдельных военнослужащих-наставников по вопросам боевого стресса в подразделении, следует вести подготовку всей командной вертикали до уровня командиров батальонов.
   Наличие отдельных военнослужащих-наставников с одной стороны снижает обращаемость за профессиональной психиатрической помощью, так как военнослужащие удовлетворяются «советами» сослуживца-наставника, а с другой стороны и само обращение к наставнику может служить «черной меткой слабака» со стрессовым расстройством. Обращение же к командиру, прошедшему подготовку по вопросам помощи при боевом стрессе, является естественным для военнослужащего, и не вызовет насмешек или презрения со стороны сослуживцев.

   Альтернативным решением является специальная подготовка не одного, а нескольких солдат-наставников в подразделении.

4. Тренировки по программе боевого стресса OSCAR должны быть регулярными и стать частью регулярной боевой подготовки и проводимых учений морских пехотинцев, а не «особым событием».

5. Провести пилотные исследования эффективности, понятности и доступности отдельных элементов программы OSCAR и на основании полученных результатов провести коррекцию программ подготовки.

6. Отработать простоту и доступность первичного обращения военнослужащих за помощью и поддержкой при явлениях и последствиях боевого стресса. Требуется создать все условия для того, чтобы военнослужащие не имели внутренних и внешних барьеров для обращения за квалифицированной помощью. Несмотря на объективное возрастание числа лиц с острыми стрессовыми реакциями и последствиями боевого стресса в послебоевой период, существующая войсковая система отслеживания

нуждающихся в помощи (командиры, священники, медики, сослуживцы-наставники) не регистрирует увеличения количества таких обращений, а информация о нуждающихся в помощи чаще всего поступает к командованию и специалистам по «неформальным» каналам.

3. Технологии, оборудование и оснащение, используемое для повышения устойчивости к боевому стрессу и оказания помощи при острых стрессовых реакциях и посттравматических стрессовых расстройствах.

3.1 Использование компьютерных игр в тренировочных и лечебных процедурах.

Официальная компьютерная игра – боевой симулятор Армии США «America's Army» (http://www.goarmy.com/), впервые выпущенный в 2002 году, позволяет военнослужащим тренировать свои боевые навыки и повышать устойчивость к боевому стрессу. Симулятор «America's Army» применяется в лечебном курсе для ветеранов, страдающих PTSD [14].

Рисунок 11: Слева: Военнослужащие армии США, играющие во время отдыха в боевой симулятор Армии США «America's Army». Справа: скриншот боевого симулятора «America's Army».

Игра – симулятор «America's Army» имеется в школах всех штатов США и служит рекрутинговым целям, стимулируя старшеклассников выбирать службу в профессиональной армии США.

В то же время, использование даже самых простых компьютерных игр, таких как «Тетрис», приводит к снижению выраженности симптомов острых стрессовых реакций и PTSD. Наибольшую эффективность метод когнитивной блокады формирования устойчивых негативных воспоминаний с помощью конкурирующей интеллектуальной задачи в виде игры в «Тетрис» в течении 12 минут имеет при использовании в первые четыре часа после воздействия потенциально травмирующих событий. Однако применение «Тетрис» и на следующий день после воздействия стресс-факторов позволяет в 50% случаев блокировать формирование навязчивых болезненных воспоминаний о травме [31].

3.2 Системы виртуальной реальности в тренировочных, восстановительных и лечебных процессах при боевом стрессе.

Компьютерные системы виртуальной реальности используются при лечении посттравматических стрессовых расстройств. С их помощью военнослужащие учатся преодолевать и перерабатывать травмирующие события в комплексе процедур когнитивно-бихейворальной терапии (КБТ) [15]. Терапия с помощью виртуальной реальности получила аббривиатуру VRET (Virtual Reality Exposure Therapy). Системы виртуальной реальности помогают проводить такой элемент КБТ как экспозиционная терапия с максимальной эффективностью. Экспозиционная терапия помогает людям перестать избегать свои страхов, болезненных переживаний и воспоминаний, повернуться к ним лицом и научиться контролировать свой страх и негативные эмоции. Виртуальная реальность позволяет проводить постепенную контролируемую экспозицию обстоятельствам травмы наиболее безопасным образом под контролем врача, который помогает справиться с негативными тяжелыми переживаниями и эмоциями, используя когнитивную реструктуризацию.

Рисунок 11. Скриншот компьютерной VRET системы «Виртуальный Ирак», используемой для экспозиционной терапии PTSD у ветеранов войны в Ираке.

Этот вид вмешательства помогает разобраться в болезненных воспоминаниях. Иногда пострадавшие помнят травмирующие события иначе, чем это происходило на самом деле. Они могут испытывать чувство вины или стыда о своих действиях или бездействии. Специалист с помощью пошаговой реконструкции событий помогает людям с PTSD восстановить в памяти то, что происходило в реальности. Переработка травм во VRET ведется на примере трех виртуальных программ: «Виртуальный Вьетнам», «Виртуальный Ирак» и «Виртуальный Всемирный торговый центр». Терапевтическое вмешательство с использованием VRET системы «Виртуальный Ирак» в случае с ветеранов войны в Ираке, страдающим PTSD подробно демонстрируется в телесериале «Обмани меня» [16]. Эффективность лечения с помощью методик VRET при посттравматических стрессовых расстройствах составляет от 66% до 90% [17].

Рисунок 12. Терапевтическая сессия с использованием виртуальной реальности с элементами биологической обратной связи для пациента с PTSD.

Еще один компонент КБТ с использованием VRET – это «прививка против стресса» (Stress Inoculation Training – SIT). Системы виртуальной реальности показали свою эффективность в специальных тренировках для предотвращении или ослабления стрессовых реакций. Методика SIT используются для подготовки лиц для работы в стрессовых ситуациях (например, в боевых условиях или при работе в системе скорой медицинской помощи). Тренировки SIT с помощью постепенного контролируемого увеличения воздействия стресс факторов повысить устойчивость человека к стрессу и научить качественно выполнять свои профессиональные или служебные обязанности в потенциально травмирующих условиях. Такие тренировки снижают вероятность и выраженность проявлений PTSD [17].

Рисунок 13. Использование систем виртуальной реальности в полевых условиях в Ираке (слева) и в условиях специализированного центра (справа).

По состоянию на 2015 год имеются базовые версии VRET с 4-мя сценариями событий, которые используются в 70 центрах по контролю боевого стресса в США, и расширенные версии программного обеспечения с 14-ю сценариями событий используются в 14 центрах в США и на базе в Германии. В ближайшее время планируется применение системы виртуальной реальности в центрах контроля боевого стресса в Канаде. В настоящее время планируются к выходу сценарии «Сексуальная травма во время боевых действий» для жертв среди мирного населения.

Ведущим специалистом по разработке систем виртуальной реальности для лечения PTSD является профессор Albert “Skip” Rizzo из Института креативных технологий (Institute for Creative Technologies – USC) Университета Южной Калифорнии в Плайа Виста (http://ict.usc.edu/).

Этот же институт разрабатывает тренировочные интерактивные среды виртуальной реальности следующего поколения для обучения методом «погружения» младших командиров армии США стандартным сценариям взаимодействия с подчиненными Emergent Leader Immersive Training Environment (ELITE), для тренировки офицеров ВМФ США Immersive Naval Officer Training System (INOTS), отработки боевых действий подразделений пехоты Combat Hunter Action and Observation Simulation (CHAOS) и другие перспективные системы для обучения и боевой подготовки военнослужащих.

3.3 Приложения iPad для тренировки стрессоустойчивости военнослужащих и другие системы биологической обратной связи (БОС).

Мобильное приложение для тренировки устойчивости к стрессу (Stress Resilience Training System – SRTS) представляет собой интерактивные игры-симуляторы для iPad с биологической обратной связью (ушной датчик пульса) на основе вариабельности частоты сердечного ритма (Heart Rate Variability – HRV). SRTS iPad игры-симуляторы также используется как способ мотивации молодых солдат и матросов и их тренировок в привычном для молодежи формате компьютерных игр для преодолений последствий боевого и служебного стресса и повышения эффективности выполнения служебных обязанностей и профилактике пост-травматического стрессового расстройства (ПТСР).

Система тренировки устойчивости к стрессу (SRTS) была разработана командой из Perceptronics Solutions Inc. (Шерман-Оукс, Калифорния), с участием Interactive Inc. (Сан-Диего, Калифорния), и Института HeartMath (Долина Боулдер, Калифорния), в качестве малого инновационного бизнес-проекта на средства Агентства передовых оборонных исследований (DARPA) и Управления военно-морских исследований (ONR). Целью проекта было создание легкого автономного и мобильного комплекса для тренировки устойчивости к боевому и служебному стрессу, который может быть использован для индивидуальных тренировок военнослужащих и гражданских специалистов [18]. Эффективность использования системы SRTS получила высокую оценку в университете Джорджа Мейсона (Фэйрфакс, штат Вирджиния). Методика была валидизирована в Центре боевого и служебного стресса ВМФ США и Бюро медицины и хирургии ВМФ США [19].

Первый вариант системы SRTS был разработан для персонального компьютера. Следующим этапом развития мобильной SRTS ситемы стал iPad вариант игр с биологической обратной связью [20].

Система SRTS iPad состоит из четырех модулей:

1. Обучающая информация о психофизиологии стресса и о тренировках индивидуальной стрессоустойчивости.
2. Вводной курс занятий по саморегуляции с биологической обратной связью.
3. Система прогрессивно усложняющихся тренировочных игр военнно-морской направленности (текущая версия программы) с биологической обратной связью

по вариабельности сердечного ритма (HRV) для развития стрессоустойчивости. Система симулирует работу персонала в условиях сильного стресса.

4. Раздела учета достижений во время тренировок.

Рисунок 14. Скриншоты iPad SRTS приложения.

В основе повышения стрессоустойчивости лежит обучение саморегуляции и тренировки по методике достижения психофизиологической когерентности сердечного ритма и ритмов головного мозга (когерентности ритмов симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы) (Heart Rhythm Variability Coherence – HRVC), разработанной и валидизированной Институтом HeartMath («Институт Математики Сердца», http://www.heartmath.org) [21, 22].

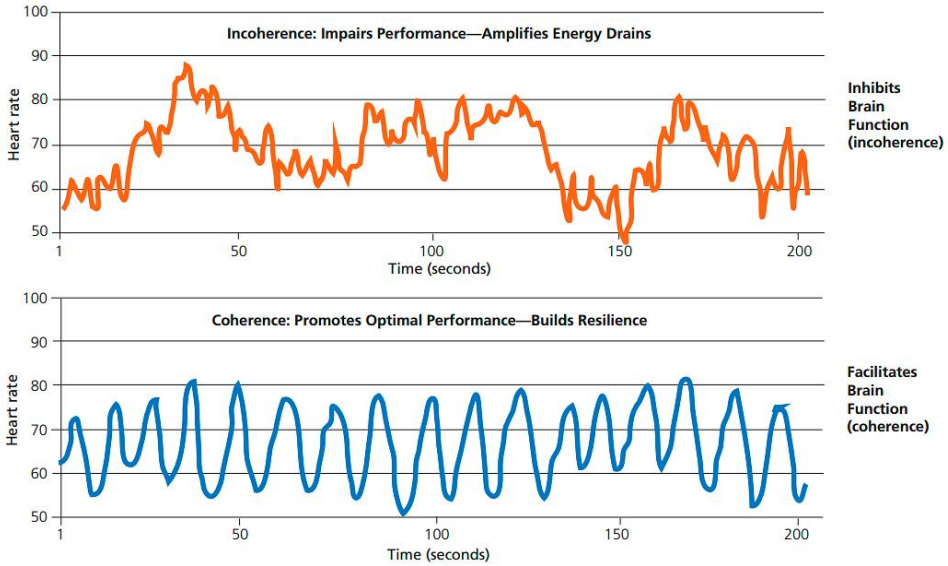


Рисунок 15. Вверху: некогерентный сердечный ритм, при котором происходит угнетение мозговых функций. Внизу: когерентный сердечный ритм, обеспечивающий оптимальное функционирование головного мозга.

При достижении когерентности сердечно-мозговых ритмов наблюдается оптимальное состояние показателей функционального состояния головного мозга (кровоснабжение, биоэлектрическая активность). При достижении когерентности сердечно-мозговых ритмов наблюдается максимальная устойчивость к воздействию стресс факторов.

Во время тренировок пользователи учатся достигать когерентности сердечного ритма, распознавать и освобождаться от дезадаптивных психологических и эмоциональных реакций на стресс.

Эффективность использования STRS системы в тренировках стрессоустойчивости военнослужащих позволила использовать iPad SRTS системы в тренировках офицеров полиции. Тренировочный курс состоял из 2-х часового вводного обучающего занятия, ежедневной самостоятельной SRTS практики в течение 6 недель, сопровождавшейся несколькими часовыми SRTS сессиями в неделю под руководством наставника-исследователя. В результате SRTS тренировок за 6 недель выраженность стресса у полицейских сократились на 40%, а физические проявления стресса снизились на 24%. Также у офицеров значительно улучшились показатели служебной деятельности и семейные отношения [18].

В специализированных подразделениях CSC используются более сложные многоканальные системы нейробиологической обратной связи, основанные на регуляции бета, альфа, тета и дельта ритмов электромагнитной активности головного мозга, и психофизиологические системы биологической обратной связи, основанные на регуляции частоты сердечных сокращений, частоты и глубины дыхательных движений, температуры тела, показали хорошую эффективность в обучении пациентов прогрессивной мышечной релаксации и в облегчении таких симптомов как хронические боли, нарушения сна и повышенная тревожность [11, P.-177].

3.4 Мобильные приложения для тренировки боевого тактического дыхания.

Использование мобильных приложений для тренировки тактического дыхания как средства контроля боевого стресса за счет увеличения оксигенации крови на основе техник военного психолога подполковника Дейва Гроссмана [23]. Длительность тренировок составляет от 5 минут для начинающих и достигает 20-ти минут.

Рисунок 16. Скриншот мобильного приложения – тренажера тактического дыхания.

Методика тактического дыхания:

1. Стандартное дыхание при повседневной деятельности.
    - Полный вдох через нос или преимущественно через нос. На вдохе грудная клетка и живот должны двигаться вместе. Вдох делается на три счета «раз», «два», «три» или на три дня недели: «понедельник», «вторник», «среда».
    - Медленный полный выдох через рот на четыре счета или четыре дня недели: «четверг», «пятница», «суббота», «воскресение».

2. Дыхание в стрессовой ситуации: методика «4х4х4».
    - Полный вдох через нос на 4 медленных счета с использованием брюшного (диафрагмального) дыхания. Грудная клетка почти не участвует в дыхательном акте.
    - Задержать дыхание на 4 счета.
    - Полный долгий выход через рот на 4 счета с одновременным расслаблением мышц тела (насколько позволяет обстановка). Полное расслабление живота на выдохе, расслабление мышц лица, шеи на выдохе.
    - Повторить 4 цикл раза.
3. Восстановление после стресса.
    - Сделать глубокий вдох полной грудью и животом, крепко сжать кулаки.
    - Выдохнуть с усилием до конца (форсированный выдох), расслабляя руки и плечи, так чтобы они повисли, словно на вешалке.
    - Повторить цикл, до снятия напряжения.
    - Можно вздыхать и зевать – вздохи и зевота освобождает от напряжения.

3.5 Оборудование для неспецифической десенсибилизации и переработки движением глаз по методике Франсин Шапиро.

Методика неспецифической десенсибилизации и переработки движением глаз (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing – EMDR) по методике доктора Франсин Шапиро (http://www.emdr.com/) рекомендована для применения Британским Национальным институтом здоровья и совершенствования клинической практики (NICE), прошла многочисленные апробации на комбатантах с острыми стрессовыми расстройствами и посттравматическими стрессовыми расстройствами в американских и германских вооруженных силах. По данным американских и британских военных врачей применение от трех до четырех сеансов EMDR на передовой позволяет полностью устранить острые стрессовые реакции на передовой и вернуть в строй комбатантов [24].

Эффективность EMDR терапии при лечении последствий психотравм превосходит эффект применения антидепрессанта Прозак [25]. Поэтому EMDR терапия может быть эффективно применена у военнослужащих, назначение которым психотропных

медикаментов может значительно снизить их способности к выполнению служебных обязанностей (подводники, летчики, водители, саперы, снайперы, войска специального назначения).

Для проведения техник по протоколу EMDR (3) используется светодиодная панель The EyeScan или аудио-визуальная панель Lapscan 4000 производства компании NeuroTek (http://www.neurotekcorp.com/eyescan.htm), виртуальные стимуляторы EMDR для персональных компьютеров и мобильных устройств.

Рисунок 17. Визуальная светодиодная панель EMDR с билатеральными тактильными и аудио стимуляторами производства компании NeuroTec.

Большинство вариантов стимуляторов EMDR позволяют настраивать яркость, цвет, скорость движения стимулов. Панели EyeScan оборудованы дополнительными тактильными стимуляторами для левой и правой руки, и аудиальными стимуляторами (наушники с билатеральными звуковыми стимулами), что позволяет одновременно воздействовать на визуальный, слуховой и тактильный анализаторы.

Рисунок 17. Тактильные стимуляторы для кистей рук для систем EyeScan и Lapscan 4000.

Рисунок 18. Аудиовизуальная EMDR панель Lapscan 4000 используемая для лечения посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих.

3.6 Биомедицинские методики, применяемые для лечения посттравматических стрессовых расстройств.

Для лечения посттравматических стрессовых расстройств могут применяться следующие биомедицинские методики:

- Электросудрожная (электроконвульсивная) терапия (англ. ECT).
- Транскраниальная электростимуляция (англ. CES).
- Электростимуляция блуждающего нерва (англ. VNS).
- Серийная транскраниальная магнитная стимуляция (англ. rTMS).
- Глубокая стимуляция мозга (англ. DBS). [11, P. 173-175]
- external trigeminal nerve stimulation (eTNS) - uses a 9-volt battery to power a patch that is stuck on the forehead.

По данным на 2010 год не существовало достаточного количества исследований, подтверждающих эффективность использования биомедицинских методик в лечении посттравматичских стрессовых расстройств.

Применение электросудорожной терапии (ECT) показало свою эффективность в лечении резистентной депрессии. Электростимуляция блуждающего нерва (VNS), серийная транскраниальная магнитная стимуляция (rTMS) и транскраниальная электростимуляция (CES) были рекомендованы Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США для лечения депрессии. Глубокая стимуляция мозга (DBS) применяется для лечения больных с обессивно-компульсивными расстройствами.

По мнению Департамента по делам ветеранов США и Министерства обороны США, применение биомедицинской терапии не оправдано в качестве средств первой линии помощи при посттравматических стрессовых расстройствах.
Электросудорожная терапия (ECT) и серийная транскраниальная магнитная стимуляция мозга (rTMS) могут быть использованы как альтернативные методы лечения резистентных хронических форм посттравматического стрессового расстройства, устойчивых к психотерапевтическому и медикаментозному воздействию. Клинические исследования эффективности транскраниальной магнитной стимуляции мозга (rTMS) в лечении PTSD проводятся в настоящее время в Университете Британской Колумбии, Канада (http://www.ubc.ca).

3.7 Системы свето-звуковой нейростимуляции (Light & Sound Neurotherapy – LSN).

Стимуляция головного мозга световыми, звуковыми импульсами определенной частоты или их комбинированным воздействием вызывает синхронизацию электромагнитной активности головного мозга в резонансном диапазоне частот уже через 7 минут после начала светозвуковой, световой или звуковой стимуляции Курс светозвуковой стимуляции показывает увеличение уровня бета-эндорфинов и снижает уровень стресс-маркера кортизола. В результате резонансной светозвуковой стимуляции головного мозга увеличивается мозговое кровоснабжение и улучшается метаболизм головного мозга [26].

Клинические исследования LSN продемонстрировали положительный эффект при лечении депрессий (в том числе лекарственно-резистентных форм) с использованием курса 20 сеансов LSN (Протокол: сеанс - 30 минут, сеансы 5 дней в неделю на протяжении 4 недель) [27]. При использование LSN при лечении наркотической зависимости у страдающих PTSD выраженность симптоматики посттравматичских стрессовых расстройств снизилась на 36% (Протокол: сеанс – 30 минут, три раза в неделю на протяжении 2-х недель) [28]. Показано, что применение LSN терапии снижает уровень тревожности, уменьшает выраженность явлений предоперационного стресса (сеансы с медленными волнами LSN), позволяет снизить количество наркотических анестетиков во время операции (прослушивание классической музыки), снижает депрессивные явления при лечении от алкогольной или наркотической зависимости, снижение выраженности болевого синдрома при мигрени [26].

Клинические эффекты применения LSN терапии позволяют предположить вероятную эффективность применения этой методики в комплексе мероприятий для повышения устойчивости военнослужащих к боевому стрессу и мероприятиях оказания помощи при острых стрессовых реакциях и лечения посттравматического стрессового расстройства. Необходимы дополнительные исследования для подтверждения эффективности LSN терапии в комплексе мероприятий профилактики и помощи при боевом стрессе.

Существует отечественный аналог зарубежных LSN аппаратов – приставка светозвуковая Лингвостим (http://lingvostim.com/)

Рисунок 19. Приставка светозвуковая Лингвостим для LSN терапии.

3.8 Рефлексотерапия.

Применение иглоукалывания способствует улучшению состояния больных при посттравматических стрессовых расстройствах, особенно в части облегчения симптомов связанных с хроническими болями, депрессией, бессонницей, тревожностью и алкогольными или наркотическими зависимостями [11, P. 175-176]. Традиционная рефлексотерапия методом иглоукалывания в отдельных исследованиях показывала лучшие результаты в лечении PTSD по сравнению со стандартным методом когнитивно-бихейворальной терапии [29].

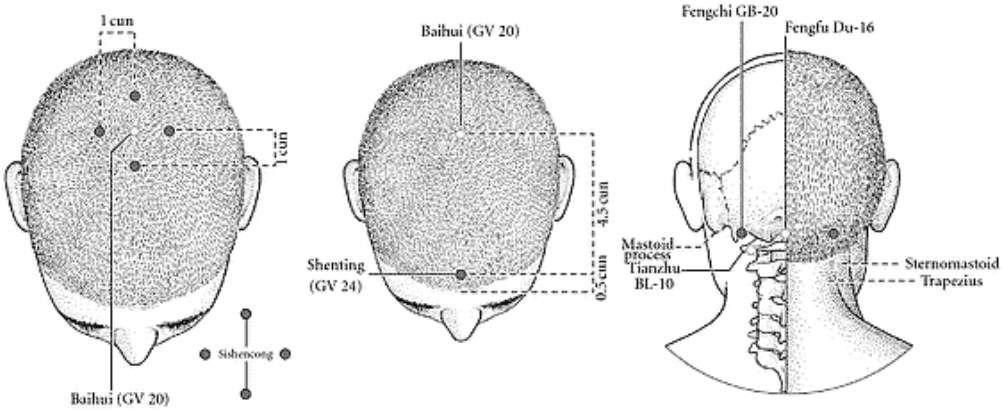


Рисунок 20. Схема расположения акупункутрных точек, используемых для электропунктурной рефлексотерпии при PTSD.

В полевых условиях из-за ограниченных запасов одноразовых стерильных акупунктурных игл и ограниченных возможностей для стерилизации многоразовых игл целесообразно использование аппаратов для электропунктуры. При лечении PTSD у жертв землетрясения с помощью электропунктуры (Протокол: зона скальпа – акупунктурные точки Бай-хуэй (VG 20), Си-шен-кун (EX-HN 1), Шен-тин (VG 24), and Фэн-чи (GB 20). Курс лечения – 12 недель) оказалось, что курс электропунктуры позволил снизить выраженность симптомов PTSD значительнее, чем применение антидепрессантов (Праксетин) в контрольной группе [30].

3.9 Анималотерапия (Animal-assisted therapy –AAT).

При восстановительных мероприятиях в комплексе оказания помощи при боевом стрессе и для лечения PTSD в качестве вспомогательной терапии проводится анималотерапия (AAT) с использованием служебных собак, лошадей и кошек [4]. AAT является целенаправленным терапевтическим вмешательством, в котором животное, отвечающее определенным критериям, является неотъемлемой частью лечебного процесса. AAT нацелена на улучшение социальных, физических, эмоциональных и когнитивных функций пострадавших. AAT может проводится как для группы военнослужащих, так и в индивидуальном порядке. Терапия с использованием животных достаточно распространена в США как для помощи военнослужащим, так и для помощи ветеранам боевых действий, страдающих посттравматическими стрессовыми расстройствами [11, P. 182]. Применяется два основных подхода к терапевтическому использованию животных к AAT. В первом варианте предлагается неструктурированное общение человека и животного. В другом варианте предлагается построить отношения с животным и научится взаимодействовать с ним, например, провести собаку по полосе препятствий, пользуясь лишь средствами невербальной коммуникации с животным, что требует построения взаимопонимания и доверительных отношений, модель которых может быть использована в дальнейшем при социальном общении.

Восстановительные курсы с использованием позволяют улучшить взаимоотношения военнослужащих, возвращающихся после боевых действий в семьи, снизить вероятность возникновения семейных проблем, случаи домашнего физического или психологического насилия, разводов.

4. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Острые реакции боевого и служебного стресса у военнослужащих и его отдаленные последствия в виде посттравматического стрессового расстройства является самыми распространенными психическими расстройствами у военнослужащих, оказывающими критическое влияние на боеспособность как отдельных подразделений, так и всех вооруженных сил в целом.

2. Социальные и экономические последствия невыявленных и невылеченных посттравматических стрессовых расстройств у демобилизовавшихся военнослужащих оказывают существенное негативное влияние на общий психосоциальный климат в обществе, уровень преступности и удельный вес тяжких преступлений, производительность и эффективность труда, заболеваемость и затраты на оказание медицинской помощи, сохранность семей, общую продолжительность жизни мужского населения в активном возрасте.

3. Анализ имеющихся литературных данных о системе и практике сложившейся в армии США системы оказания помощи военнослужащим при острых реакциях боевого и служебного стресса и его последствий позволяет сделать вывод о вероятной целесообразности создания эшелонированной модульной системы обучения, подготовки, профилактики и оказания помощи при явлениях боевого и служебного стресса:
   - Уровень обучения, тренировки и оказания первой помощи со стороны специально подготовленных командиров, сослуживцев, войсковых священников и педагогов-психологов.
   - Уровень обучения, тренировки и оказания помощи специализированными группами медико-психологической помощи войскового звена на дивизионном и бригадном уровне. На этом уровне целесообразно создание системы краткосрочной (24-72 часа) реабилитации военнослужащих с симптомами дезадаптивных стрессовых реакций рядом с расположением их подразделения

и системы реабилитации военнослужащих непосредственно в их подразделениях без отрыва от выполнения служебных обязанностей. Для специального оснащения групп войскового звена может быть использованы системы EMDR и LSN стимуляции, компьютерные игры «Тетрис», так как они могут быть использованы для краткосрочной терапии реакций боевого стресса даже в условиях передовой. Кроме того методика EMDR может проводиться врачами или психологами и без специального оборудования с помощью движений руками. Также для групп войскового звена может быть использована служебная собака, которая сможет нести охранную службу и участвовать в мероприятиях ААТ.

- Уровень обучения, тренировки и оказания помощи высококвалифицированными мобильными группами медико-психологической помощи и усиления групп войскового звена . На этом уровне целесообразно создание системы долгосрочной (до 30 суток) реабилитации военнослужащих группами до 40 человек с наиболее тяжелыми симптомами дезадаптивных стрессовых реакций в отдельном полевом лечебно-реабилитационном лагере, располагающимся рядом с полевыми лечебными учреждениями. Оснащение специальным оборудованием мобильных групп может быть идентично оснащению групп войскового звена дополнительным использованием аппаратуры биологической обратной связи и (при наличии разработок) специальных компьютерных игр-тренажеров для восстановления боевых профессиональных навыков и умений . Также на этом уровне оснащения один из специалистов группы может быть подготовлен для проведения рефлексотерапии с помощью аппаратов электропунктуры или методом традиционного иглоукалывания. Для полевого лечебно-реабилитационного лагеря потребуется оснащение мобильными спортивными тренажерами, виртуальными боевыми симуляторами и лечебно-тренировочными системами виртуальной реальности. Также целесообразно наличие при лечебно-реабилитационном лагере полевой часовни и специально подготовленного по программе профилактики и поморщи при боевом стрессе войскового священника.

4. Имеющиеся в вооруженных силах кадры педагогов-психологов и войсковых священников и должны пройти переподготовку по вопросам обучения, подготовки, профилактики, выявления пострадавших и оказания помощи при явлениях боевого и служебного стресса.

5. Командирам и педагогам-психологам следует обратить самое серьезное внимание на радикальное искоренение дезорганизующих криминальных систем «дедовщины» и «годковщины», как подрывающей основы сплоченности воинских коллективов и приводящих к высокой вероятности проявления дезадаптивных реакций боевого стресса у военнослужащих таких подразделений в условиях боевых действий. Разработать для командиров и псхологов-воспитателей методические рекомендации по реальному сплачиванию воинских подразделений и поддержанию атмосферы взаимовыручки и взаимоподержки.

6. В программу подготовки военнослужащих всех уровней целесообразно ввести занятия по основам теории боевого и служебного стресса, его причин, признаков возникновения и основ оказания первой помощи. Учебная информация для рядового и сержантского состава должна подаваться простым и понятным языком, без использования специальных терминов и должна быть понятна лицам с неполным средним образованием. Целесообразно издание лаконичных карточек-листовок для самодиагностики и выявления у сослуживцев дезадаптивных признаков боевого стресса.

7. Для командиров всех уровней разработать и ввести систему подготовки, включающую отработку действий при наличии факторов риска развития дезадаптивных реакций боевого им служебного стресса и наличия факторов снижающих устойчивость подразделения к воздействию потенциально травматических событий и факторов. Разработать стандартные методические рекомендации по сохранению боеготовности и боеспособности отдельных военнослужащих и подразделения в целом в следующих случаях:
   - Домашние проблемы у военнослужащего.

- Появление новобранца (-ев) в подразделении.
- Дедовщина и годковщина.
- Первый боевой опыт.
- Раненые и убитые в подразделении.
- Случаи самоубийств, убийств и насилия (в том числе сексуального) в подразделении.
- Жестокость, насилие и убийства военнопленных и гражданских лиц.
- Вынужденное бездействие.
- Разгром при атаке врага.
- Поражение огнем своих войск или союзников.
- Окружение.
- Отступление.
- Отсутствие информации и поддержки.
- Применение оружия массового поражения.
- Длительное отсутствие сна, еды, питья, нормальной гигиены.
- Нервно-психическое и физическое истощение.
- Неадекватная и недостаточная подготовка, экипировка, снабжение.
- Отказ выполнять приказы.
- Дезертирство.
- Употребление алкоголя и наркотиков.

8. Военнослужащие, принимавшие участие в боевых действиях или подверженные воздействию РТЕ, перед убытием в отпуск или при демобилизации должны проходить обследование специалистами групп по боевому стрессу войскового звена и получать разрешение на отбытие. При демобилизации военнослужащих из критической группы по рискам возникновения PTSD они должны проходить специальный краткосрочный курса адаптации к мирной жизни, либо направляться на длительный курс реабилитации в полевой лечебно-реабилитационный лагерь.

9. В системе профессионально-психологического отбора Министерства обороны могут быть разработаны, валидизированы и внедрены методики психологической диагностики для выявления уязвимостей и предрасположенностей к острым дезадаптивным реакциям боевого и служебного стресса, экспресс методики выявления дезадаптивных реакций боевого и служебного стресса и степени их выраженности.

10. В рамках медицинской службы МО РФ целесообразно создание профильных научно-исследовательских центров по вопросам боевого и служебного стресса по родам войск с лечебно-восстановительными отделениями.

11. В рамках Минсоцразвития РФ целесообразно создание сети региональных специализированных социально-медико-психологических центров поддержки и консультации ветеранов ВС РФ, для оказания социально-психологической поддержки и лечения ветеранов с PTSD, адаптации демобилизованных военнослужащих к мирной жизни профилактики противоправного, криминального поведения и развития алкогольной или наркотической зависимости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Dictionary of Military and Associated Terms / Department of Defense. – Joint Publication 1-02 8, 2010. – November.
2. Combat and Operational Stress Control / Field Manual Headquarters No. 4-02.51 (8-51) – Washington, DC: Department of the Army, 2006. – July 6.
3. Albright, D. Thyer,B. Becker,B. Rubin, A. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Combat Veterans / Albright, D. Thyer,B. Becker, B. Rubin, A. – Campbell Systematic Reviews: The Campbell Collaboration, 2011 - November.
4. Renson, S. Treating Veterans using Animal-Assisted Therapy: A Social Learning Theory / Renson, S. – Based Proposal. Winona State University, 2010. – P.7.
5. Russell, M.C. Figley, Ch.R. Treating Traumatic Stress Injuries in Military Personnel / Russell, M.C. Figley Ch.R. //An EMDR Practitioner's Guide – NY, 2013.
6. Martin, J.A. Sparacino, L.R. Belenky, G. The Gulf War and Mental Health: A Comprehensive Guide / Martin, J.A. Sparacino, L.R. Belenky, G. – Westport: Greenwood, 1996 – P.28.
7. Vaughan,Ch. Farmer,C. et al. Evaluation of the Opertaional Stress Control and Readiness (OSCAR) Program./ Vaughan,Ch. Farmer,C. et al. – RAND Corporation: Santa Monica, CA, 2015.
8. Field Manual (FM) 22-51 Leaders' Manual for Combat Stress Control – Headquaters, Department of the Army: Washington, DC, 1994. – September, 29.
9. Park, N. Peterson, Ch. Character Strengths: Research and Practice / Park, N. Peterson, Ch. // J. of College & Character. – 2009. – Vol. X, № 4.
10. Harms, P.D. The Comprehensive Soldier and Family Fitness Program Evaluation. Report #4: Evaluation of Resilience Training and Mental and Behavioral Health Outcomes / Harms, P.D. – Office of the Deputy Under Secretary of the Army: Monterey, CA, 2013. – April.
11. VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress // The Department of Veterans Affairs (VA) and The Department of Defense (DoD), Version 2.0. – 2010. – P.35, Table A.
12. Covello, V.T. Milligan, P.A. RIC 2010. Risk Communication Risk Communication – Principles, Tools, & Techniques / Covello, V.T. Milligan, P.A. – U.S. Office of Nuclear Security & Incident Response, 2010. – March 11.
13. Seery, M. D. et al. Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: Immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample / Seery, M. D. et al. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2008. – Vol 76(4). – P. 657-667.

14. Mead, C. War Play: Video Games and the Future of Armed Conflict / Mead, C. – Boston –N.Y.: Houghton Mifflin Harcourt, 2013
15. Rothbaum B., Rizzo A., Difede J. Virtual reality exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder / Rothbaum B., Rizzo A., Difede J. //Ann N Y Acad Sci, 2010. – 1208: – P.126-132.
16. М. Цинберг, реж. «Lie to Me», 2010. – Сезон 2, эпизод 14 «React to Contact».
17. Wiederhold,B.K. Wiederhold, M.D. Virtual Reality for Posttraumatic Sterss Disorder and Stress Inoculation Training / Wiederhold, B.K. Wiederhold, M.D. //Journal of CyberTherapy and Rehabilitation, 2008. – Vol.1 (1). – P.23-36
18. Weltman,G. Lamon,J. Freedy, E. Chartrand, D. Police Department Personnel Stress Resilience Training: An Institutional Case Study / Weltman,G. Lamon,J. Freedy, E. Chartrand, D. //Global Advances in Health and Medicine, 2014 Vol.3, №2.
19. Cohn, J.V. et al. Stress resilience training system (SRTS) / Cohn, J.V. et al. – Proceedings of the 2013 Human-Computer Interaction International Conference: Las Vegas, NV, 2013. – July 22-26.
20. Cohn, J.V. et al. Stress Resilience Training System (SRTS) / Cohn, J.V. et al. // Communications in Computer and Information Science, 2013. – Vol.373. – P.584-588.
21. McCraty R, Atkinson M, Tomasino D, Sundram, F. Impact of the HeartMath self-management skills program on physiological and psychological stress in police officers / McCraty R, Atkinson M, Tomasino D, Sundram, F. – Boulder Creek, CA: Heartmath Research Center, Institute of HeartMath; 1999. Publication No. 99-075.
22. McCraty R, Atkinson M, Tomasino D, Bradley R. The coherent heart: heartbrain interactions, psychophysiological coherence, and the emergence of system-wide order. / McCraty R, Atkinson M, Tomasino D, Bradley R. – Integral Rev., 2009. – Vol.5(2). – P.10-115.
23. Grossman, D. On Combat: The Psychology and Physiology of Deadly Conflict in War and in Peace. / Grossman, D. – Human factor research group, 2012.
24. Russell, M.C. Figley, Ch.R. Treating Traumatic Stress Injuries in Military Personnel / Russell, M.C. Figley, Ch.R.– An EMDR Practitioner's Guide - NY, 2013. – P.33-34
25. Van der Kolk, B. et al. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. / Van der Kolk, B. et al. // J Clin Psychiatry, 2007. – Vol.68(1) –P.37-46.
26. Pigott, Ed. et al. Frequency-Based Light & Sound Neurotherapy (LSN) / Pigott, Ed. et al. – Research: A Review of the Research Neuro Advantage Trainer : Richmond, CA, 2009.
27. Cantor, D. Stevens, S. QEEG correlates of auditory-visual entrainment treatment efficacy of refractory depression. / Cantor, D. Stevens, S. – Journal of Neurotherapy, 2009. – Vol.13. –P. 100-108.

28. McIlveen, J., Weiner, M., Abrams, M., & Pigott, E. Neurotherapy as an adjunctive treatment for substance abuse Disorders: A PTSD pilot study. / McIlveen, J., Weiner, M., Abrams, M., & Pigott, E. – Labor Assistance Professionals Conference, Las Vegas, 2008. – July.
29. Hollifield M et al. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. / Hollifield M et al. //Journal of Nervous & Mental Disease. 2007. – Vol. 95(6). – P.504-513.
30. Yu, W. You-ping, H. Wen-chun, W. Ri-zhao, P. An-ren, Zh. Clinical Studies on Treatment of Earthquake-Caused Posttraumatic Stress Disorder Using Electroacupuncture / Yu, W. You-ping, H. Wen-chun, W. Ri-zhao,P. An-ren, Zh. – Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Vol. 2012(2012), Article ID 431279.
31. James, El.L. et al. Computer Game Play Reduces Intrusive Memories of Experimental Trauma via Reconsolidation-Update Mechanisms / James, El.L. et al. – Psychological Science Online, 2015. – July 1.