**ТЕМА 8: Поведение людей в чрезвычайных ситуациях и боевых условиях. Боевой стресс.**

Литература:

1. Психология и нейропсихиатрия [сборник клинических рекомендаций, учредитель Иванченко И.Д.] .- Киев: Нейроньюс, 2009. - 217 с.

2. посттравматические стрессовые расстройства: диагностика, лечение, реабилитация / методические рекомендации [уклад .: Волошин П.В. и др.] - Харьков, 2002. -47 с.

3. Bisson, JI & Lewis, C. (2009), Systematic Review of Psychological First Aid, Commissioned by the World Health Organization. (available upon request).

4. International Federation of the Red Cross (2009) Module 5: PsychologicalFirst Aid and Supportive Communication. In: Community-Based PsychosocialSupport, A Training Kit (Participant's Book and Trainers Book). Denmark: International Federation Reference Centre for Psychosocial Support. Availableat: www.ifrc.org/psychosocial.

5. Pynoos, R, Steinberg, A, Layne, C, Briggs, E, Ostrowski, S and Fairbank, J. (2009). DSM-V PTSD Diagnostic Criteria for Children and Adolescents: Adevelopmental perspective and recommendations. Journal of Traumatic Stress22 (5): 391-8.

6. The Sphere Project (2011) Humanitarian Charter and Minimum Standards inDisaster Response. Geneva: The Sphere Project. http://www.sphereproject.org.

7. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). PsychologicalFirst Aid Anthology of Resources. Downloadable from: www.interventionjournal.com/ and www.psychosocialnetwork.net/

8. World Health Organization (2010). mhGAP Intervention Guide for MentalHealth, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme. http://www.who.int/mental\_health/mhgap

9. Общие принципы разработки плана реагирования и взаимодействия учреждений здравоохранения при возникновении чрезвычайных ситуаций и ликвидации их последствий: Метод. рекоменд. / МОЗУкраины, Укр. центр наук. мед.инф.-й и пат.-лицензий. работы; Сост. Рощин Г. и др. - М., 2013. - 30 с.Шифр 610.8 / С-14.

10. Михайлов Б.В. Состояние и стратегические направления развития психотерапии и медицинской психологии // Медицинская психология. - 2011. - № 3. - С. 44-48.

11. ГриневичЕ.Г. Психотерапия, психопрофилактика и коррекция пострадавших с психическими расстройствами в результате чрезвычайных ситуаций: Автореф. дис.д мед. наук: 14.01.16 / Е.Г. Гриневич; Укр. НДИсоц. и суда. психиатрии и наркологии. -К., 2008. - 44 с. Диссертация.

12. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / [Фоа Э.Б., Кин Т. М., Фридман М. Дж. И др.]; под ред. Э. Б. Фоа, Т. М. Кин, М. Дж. Фридман. М .: Когито-Центр, 2005. - 467 с.

13. Инновационные подходы к организации медико-психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве // Мусий А.С., Пинчук И.Я., Хаустова А.А., Бабов К.Д., Золотарева Т.А, Шафран Л.М., Бар Б.В., Псядло Е.М, Горбань А.Е. / Методические рекомендации. - Киев, 2014. - 32 с

14. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкосты. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения.- М .: Смысл, 2006. С. 3-63.

15. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. - СПб .: Речь, 2004. - 256 с.

16. Напреенко О.К., Марчук Т.Е. Клиническая характеристика вариантов перебигупосттравматичного стрессового расстройства // Архив психиатрии. - 2002. - №1 (28) .- С. 117- 119.

17. Селье Г. «Стресс без дистресса», М. 1979 г., - 89 с.

18. Л.Н. Юрьева «Профессиональное выгорания в медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция» К., «Сфера», 272 с.

19. Ронгинская Т.И. (2002) Синдром выгорания в социальных профессиях.Психологический журнал, 23 (3): 85-95.

20. Лечение и реабилитация комбатантов - миротворцев из посттравматическим стрессовым расстройством / [А. Г. Сиропятов, А. К. Напреенко, Н. А. Дзеружинська и др]. - М .: А. Т. Ростунов, 2012. - 76 с.

 Основные вопросы, подлежащие изучению на данном занятии

• Особенности поведения людей в чрезвычайных ситуациях.

• Типичные реакции медицинских работников на различные травматические события.

• Механизмы формирования стрессоустойчивости у медицинских работников.

• Технологии профилактики посттравматических стрессовых расстройств.

• Дебрифинг как метод психологической коррекции посттравматических стрессовых расстройств.

• Боевой стресс и боевая усталость: признаки, профилактика и основные принципы оказания домедицинской помощи в боевых (секторе укрытия и эвакуации) и небоевых условиях.

**ВВЕДЕНИЕ**

К сожалению, чрезвычайные ситуации являются частью нашей повседневной жизни. В мире происходят различные трагические события: войны, стихийные бедствия, аварии, пожары и межличностное насилие. Перемещенными могут быть отдельные люди, семьи и целые сообщества. Люди теряют дома, близких, оказываются оторванными от семьи и привычного окружения или становятся свидетелями насилия, разрушений и смерти.

Согласно оценкам исследователей, например в США у 60% лиц в жизни было по меньшей мере одно такое событие, три травматических события и более - у 17% мужчин и 13% женщин (Friedman, 2006). Конечно, в «горячих точках» земного шара частота таких событий значительно выше - в таких странах, как Алжир, Камбоджа, Ирак она оценивается в 92%. Украинская статистика на сегодня отсутствует - можно себе только представить, сколько событий, носивших «массово травматический характер», выпало на историю Украины хотя бы за последнее столетие и вызванные ими психосоциальные травмы: голодомор, война, репрессии, Чернобыль, Майдан, вооруженные конфликты, перемещение населения.

Такие события в той либо другой степени влияют на каждого, однако спектр возможных реакций и эмоций весьма широк. Многие чувствуют себя пораженными, выбитыми из колеи или не понимает, что происходит. Люди испытывают страх или тревогу, могут впасть в оцепенение или апатию. Некоторые проявляют слабые реакции, другие - тяжелее. Однако возможности приспособления (психологические, физиологические, социальные) в таких условиях рано или поздно исчерпываются, что способствует росту посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). На то, как реагирует человек, влияет множество факторов, в том числе: характер и тяжесть пережитого события; перенесенные травмирующие события в прошлом; наличие посторонней поддержки в жизни; физическое здоровье; наличие у человека или в его семье расстройств психического здоровья (в том числе в прошлом), культурные корни и традиции; возраст. У каждого есть свои силы и возможности, которые помогают справиться с жизненными проблемами. Вместе с тем, как показывает опыт, люди, которые считают, что им предоставили хорошую социальную поддержку, после кризиса лучше справляются с трудностями, чем те, кто считает, что им помогли недостаточно. Поэтому так важно предоставление корректной первой помощи в чрезвычайных ситуациях.

Людям важно больше знать о психологической травме, посттравматическом синдроме и об оказании первой помощи, так как, к сожалению, травма является частью жизни.

Печальные события нашей жизни также пробуждают лучшие человеческие ресурсы, в частности ресурсы сострадания, поддержки, взаимопомощи. Усиление общественного, волонтерского движения является тому подтверждением.

**1. Психофизиологические аспекты состояния людей в очагах ЧС.**

Развитие психики - это результат эволюции нервной системы: под влиянием окружающей среды усложняется нервная система.

Психика - это способность мозга отображать объективную действительность в форме ощущений, представлений, мыслей и других субъективных образов объективного мира. Психика человека проявляется в таких трех видах психических явлений: психические процессы, психические состояния, психические свойства.

**Психические процессы** - это кратковременные процессы получения, переработки информации и обмена ею (например, ощущение, восприятие, память и мышление, эмоции, воля и т.д.).

**Психические состояния** отражают сравнительно длительные душевные переживания, которые влияют на жизнедеятельность человека (настроение, депрессия, стресс).

**Психические свойства** - душевные качества, образующиеся в процессе жизнедеятельности человека и характеризующие его способность отвечать на определенные действия адекватными психическими действиями (темперамент, опыт, характер, способности, интеллект и т.д.).

Всем живым существам присуща первая сигнальная система - реакция на раздражение органов чувств (осязание, обоняние, вкус, зрение, слух). И только человек имеет вторую сигнальную систему, такую ​​как реакция на слова, словосочетания, он слышит, видит или говорит. Именно эти уровни развития нервной системы и определяют типы поведения человека. Человеку присущи такие виды поведения: инстинкт, навыки, сознательное поведение.

Инстинктивное поведение - это действия, поступки, которые наследуются видом "Homo sapiens". На этом уровне концентрируется вся информация, накопленная в ходе эволюции человечества. К известным действиям и поступкам инстинктивного поведения человека относятся те, которые связаны с самосохранением, продолжением рода и т.д.

Навыки - это действия, которые сложились и применяются в обучении до автоматизма или путем проб и ошибок, или путем тренировок. Как следствие, человек вырабатывает навыки, у него формируются привычки и под контролем сознания (тренировки), и без него (попытки и ошибки).

Сознательное поведение - самый высокий уровень психического отражения действительности и взаимодействия человека с окружающим миром, что характеризует его духовную активность в конкретных исторических условиях.

Инстинкты и навыки могут определенным образом влиять и на сознательное поведение, но последнее, ​​безусловно, может управлять и навыками, и тормозить инстинкты. Следовательно, поведение, действия, поступки человека являются производными от его психики.

Влияние конкретной ситуации на поведение человека определяется тем, как человек переживает эту ситуацию. Переживания ситуации, разнообразные реакции человека на нее понимают как эмоции.

**Эмоции**- это психические процессы, отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека в форме переживания.

Проявление эмоциональной жизни человека происходит в таких состояниях, как аффекты, собственно эмоции, чувства, настроение и стресс.

**Аффект** - это самая сильная эмоциональная реакция. Аффект полностью захватывает человека и подчиняет его мысли и движения. Он всегда ситуационный, интенсивный и относительно короткий. Аффект возникает как следствие какого-то сильного потрясения. В аффекте меняется внимание: снижается возможность переключения, забывается все, что происходило до события, которое вызвало аффективное реакцию (состояние эйфории после освобождения от опасности, ступор при сообщении о смерти).

Чувства - устойчивые эмоциональные состояния, которые имеют четко определенный предметный характер и выражают отношение как к конкретному событию или людям, так и к представлению.

Настроение - стойкое эмоциональное состояние. Настроение отражает общее отношение к восприятию или неприятие человеком мира. Настроение может быть производным от темперамента.

**СТРЕСС**

Стресс - психоэмоциональное состояние человека, обусловленное возникновением слишком сильного напряжения, вызванного реальной угрозой жизни, страхом, тревогой, гневом, необходимостью неотложного принятия ответственного решения (И.С.Витенко, 1994).

Это состояние психического напряжения (от англ. Stress- напряжение), возникающее у человека в сложных условиях повседневной жизни и при особых экстремальных обстоятельствах.

Стресс - физиологическая реакция, мобилизует резервы организма и готовит его к физической активности типа сопротивления, борьбы, к бегству. Во время стресса выделяются гормоны, изменяется режим работы многих органов и систем (ритм сердца, частота пульса и т.д.) .Таким образом, в нормальном здоровом организме человека существует механизм, направленный на борьбу с неблагоприятным фактором, действие которого может привести к гибели организма. Этот механизм и получил название стресс-реакции, или общего адаптационного синдрома.

**Стрессор** - это фактор, интерпретация которого в мозгу вызывает формирование негативной эмоциональной реакции. С этих позиций, очень важный характер оценки событий и различных действий человеком. Поэтому профилактика стресса во многом связана с научением человека правильной оценке ситуации.

Организм способен адаптироваться к действию стрессоров. При этом возрастает мощность стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем, одновременно повышается устойчивость организма к ионизирующей радиации, гипоксии, химическим факторам (повреждающим клетку), возникает положительная перекрестная адаптация. В то же время тормозится функция половых желез как результат блокады продукции тестостерона (отрицательная перекрестная адаптация).

Стрессовая реакция имеет разное проявление у разных людей: у одних реакция активная - при стрессе эффективность их деятельности продолжает расти до определенного предела («стресс льва»), а у других реакция пассивная, эффективность их деятельности падает сразу («стресс кролика»).

**Стадии стресса**

 Известный зарубежный психолог Ганс Селье, (1907-1982р.р.), основоположник западного учения о стрессах и нервных расстройствах, определил следующие стадии стресса как процесса:

1) Стадия тревоги (стадия боевой тревоги, или стадия Аларм) является «призывом к оружию», мобилизацией всех защитных механизмов организма. Эта стадия длится примерно 6-48 часов.

 2) Стадия резистентности (синонимы: стадия сопротивления, или устойчивости) возникает в случае длительного действия стрессора. В этот период возрастает устойчивость организма к данному стрессору, одновременно возрастает устойчивость к другим агентам (перекрестная резистентность). Эту стадию отличает максимально высокий уровень сопротивляемости организма к действию вредных факторов. Наличие этой стадии означает существенный рост возможности организма поддерживать состояние гомеостаза (равновесия внутренней среды) в изменившихся условиях. Эта стадия может длиться очень долго - месяцами и даже годами. И только когда резервные, приспособительные возможности систем внутренних равновесий будут исчерпаны, наступит истощение.

 3) Стадия истощения является финальной стадией стресс-реакции. Она возникает при воздействии стрессора продолжающегося в условиях, при которых «энергия адаптации», то есть адаптивные механизмы, участвующие в поддержке стадии резистентности, исчерпывают себя. В стадию истощения резко снижается вероятность выживания организма.

 В широком смысле эти стадии характерны для любого адаптационного процесса.

Г. Селье подчеркивал, что ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если агент настолько силен, что значительное воздействие его становится несовместимой с жизнью, организм погибает еще на стадии тревоги, в течение первых часов или дней. Если организм выживает, то после первоначальной реакции обязательно наступает стадия резистентности, при которой имеет место сбалансированное расходование адаптационных резервов. Но поскольку адаптационная энергия не беспредельна, то при действии стрессора, которое продолжается, наступает третья стадия - истощение.

Если бы не было стресса, жизнь превратилась бы в абсолютное равновесие, замерла бы. Именно стресс поддерживает активность систем организма на уровне нормы. Если угодно, уровень стресса - это "температура жизни". Не надо повышать ее до лихорадочных величин, но нельзя и снижать до теплового равновесия с окружающей средой, в котором покоится мертвое тело. Вот почему через 40 лет после открытия стресса основатель его теории Ганс Селье пишет книгу "Стресс без дистресса" как раз о том, как поддерживать правильный уровень стресса.

**Эустресс** (дословно - хороший стресс; синоним - конструктивный стресс) является защитной реакцией организма, которая протекает без существенных «потерь» для него, то есть с минимальными затратами. В определенной степени, стрессовая активация нередко является положительной силой, обогатит человека осознанием своих реальных возможностей. **Дистресс** (дословно чрезмерный стресс; синоним - деструктивный стресс, пребывание в состоянии ограничения или ущемления) обозначает защитную реакцию организма, которая происходит с ущербом для организма, с ослаблением его возможностей. Слово "дистресс" - в переводе с английского "страдание" - Селье применил для того, чтобы разделить между собой неблагоприятное развитие стрессовой реакции и обычный, нормальный, необходимый уровень напряжения систем и равновесий человеческого организма.

Различают следующие виды стресса:

• стресс острый, или кратковременный,

• хронический (длительный).

В связи с особенностями раздражителя, вызывающего стресс, различают также:

• физический стресс,

• эмоциональный стресс.

При наличии физического стресса (синонимы - физиологический, первосигнальний) имеет место защита организма от действия физических факторов (ожог, травма, сверхсильный шум). Эмоциональный стресс (синонимы: психоэмоциональный, психогенный, психический, психологический, психофизиологический, или психическая, нервно-психическая, эмоциональная напряженность) является защитой от психогенных факторов, вызывающих негативные эмоции.

Ю.М.Забродин и др. (1985) на основе исследования напряжения функционального состояния людей при стрессе приводят **четыре вида его субсиндрома:**

• когнитивный субсиндром стресса (изменение восприятия и осознания лицом информации в экстремальной ситуации);

• эмоционально-поведенческий субсиндром (возникновение эмоционально-чувственных реакций на экстремальные условия)

• социально-психологический субсиндром (изменение общения людей и самоизоляция или сплоченность в стрессогенных ситуациях);

• вегетативный субсиндром (возникновение болезней стресса или адаптация к его элементам).

Крепко сформированные навыки и устоявшиеся привычки могут остаться без изменений или проснуться /растормозиться/. Только уравновешенные, спокойные люди, специалисты-профессионалы с чувством гражданского долга, как правило, могут регулировать и контролировать свое поведение в стрессовой ситуации: способны уменьшить влияние стрессового фактора, даже обнаружить при этом высокую профессиональную трудоспособность и героизм.

Нервно-психические нарушения, которые имеют место при чрезвычайных ситуациях наряду с травматическими телесными повреждениями, занимают важное место в оказании медицинской помощи пострадавшим. Разрушительное действие стихийных бедствий, технологических и экологических катастроф в ряде случаев сравнивается с таковыми в районе военных действий.

Поведение многих людей в таких экстремальных ситуациях существенно меняется и в ряде случаев требуется помощь медицинских работников.

Практически у каждого человека в тяжелых условиях возникает перенапряжение психоэмоциональной сферы. Возникают непроизвольные реакции организма, как ответ на необычную ситуацию.

Различают несколько форм психического напряжения:

интеллектуальная; эмоциональная; волевая; мотивационная и др.

Последствия психоэмоционального напряжения могут быть оценены как мужество и стойкость. Однако такая реакция отмечается не у всех людей. Чаще наблюдаются такие состояния, как возбуждение, торможение, страх, который у отдельных людей переходит в панику, чувство усталости, фрустрацию.

У всех участников экстремальной ситуации включаются механизмы психологической защиты, проявляется в различных типах реагирования.

*В первые часы и сутки после катастрофы у людей, в том числе и тех, которые не пострадали, возникают следующие состояния:*

*Возбуждение*, которое проявляется настороженностью, уязвимостью, тревогой, которая у части людей перерастает в страх, ужас и паническое состояние.

*Торможение,* которое проявляется снижением умственной и двигательной активности, отчуждением, у отдельных людей - ступором.

*Переходные состояния* - растерянность, удивление, непонимание, истерика.

У части людей появляется ощущение усталости в результате истощения нервно-психических процессов. В других возникает состояние фрустрации, то есть угнетение и напряжение, связанные с восприятием препятствий, как непреодолимых. В таком состоянии люди чувствуют гнетущую напряжение, тревогу, могут стать агрессивными, злыми.

Поведение становится упрощенным - примитивным и нелогичным. Наблюдается попытка избежать всякой ситуации и как следствие, немотивированные проступки и действия.

Выражение и продолжительность таких состояний зависит от характера личного восприятия экстремальной ситуации, а также степени подготовленности человека к чрезвычайным действий и типа его реагирования на стресс.

У отдельных людей или групп лиц возникает психический шок, который проявляется в двух формах - эректильной и ступорозной. Эректильная форма шока характеризуется возбуждением, нецеленаправленной деятельностью, суетливостью; реакциями бегства, в том числе и навстречу опасности; ступорозная форма - апатией, безразличием, бездействием.

**2. Периоды развития психогенных расстройств**

Можно выделить, как правило, три периода развития ситуации, при которых наблюдаются разнообразные психогенные расстройства.

**Первый - острый период (фаза изоляции)** - характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и жизни близких людей. Он продолжается от начала воздействия поражающих факторов до организации спасательных работ (минуты, часы). Экстремальная ситуация в этот период главным образом соотносится с инстинктами (самосохранения) и приводит к развитию неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет *страх* различной интенсивности.

У всех участников экстремальной ситуации включаются механизмы психологической защиты. Способ реагирования чаще всего основывается на предыдущем опыте преодоления трудных жизненных ситуаций.

По данным Д.А. Джонсона (1989), у около 70% лиц с психоэмоциональными расстройствами наблюдались нарушения сознания в виде синдрома деперсонализации (отчужденность от самого себя, потеря индивидуальности). Такое состояние возникает в момент понимания смертельной опасности и исчезает, как только устраняется угроза жизни (наиболее ярко проявляется при первом прыжке с парашютом, аварийной ситуации на автомобиле или другом транспорте и т.д.). Это проявляется в сильном потоке чувств, ощущений, мыслей. Чувства и ощущения могут быть взаимопротиворечащими, а мысли "работают" на двух различных уровнях сознания: на одном уровне сознания пострадавший пытается оценить и овладеть критической ситуацией, а на другом (он как "раздваивается"), наблюдает себя и аварию отстранено: несчастный случай происходит не с ним, а с кем-то другим. В настоящее время отмечается замедление хода времени - он удлиняется, а в сознании проносится ряд прошлых событий. Чувствуя себя обреченными, они находятся в состоянии покоя и умиротворенности. Деперсонализация, как и страх, очень распространены среди тяжелопостраждавших.

Во время землетрясения и первые сутки после него у 90% пострадавших отмечаются выраженные реактивные психические расстройства. Короткими по продолжительности являются внезапно возникшие четкие реакции, в виде ступорозных состояний, продолжающиеся от нескольких секунд до нескольких минут. Более длительным оказывается своеобразное состояние ***"психической анестезии".*** Оно характеризуется резким снижением остроты зрительных и слуховых ощущений. Нередко, особенно среди лиц молодого возраста, в этот период проявляются кратковременные аффективные сужения сознания, оказываются существенными двигательные расстройства, рыдание, причитание, заламывание рук, иногда грубая брань.

Более массовый характер в очаге поражения имеют более легкие, не всегда опасные для жизни психоневрологические реакции (дрожание конечностей, всего тела, бледность или покраснение отдельных участков кожи и др.), Психосоматические синдромы и заболевания: тахикардия или брадикардия, повышение артериального давления, обморочные состояния, озноб, судорожное подергивание отдельных групп мышц, кожная сыпь. Возможны гипертонические кризы, инфаркты миокарда, приступы бронхиальной астмы, нарушение мозгового кровообращения, обострение эндокринных заболеваний, преждевременные роды и др. У лиц с отклонениями в психической сфере возможны острые и подострые психические расстройства: реактивные депрессии, галлюцинозы, бред, эпилептические приступы.

К другим проявлениям неправильного поведения могут быть отнесены неадекватная эйфория, примитивные действия и неупорядоченная деятельность.

У отдельных лиц возможно появление истерических реакций - слепоты, глухонемоты, рассуждения на уровне детского возраста, потеря чувствительности, псевдопаралич и т.п.

Все перечисленные отклонения в поведении наблюдаются в первые часы экстремальной ситуации и у многих прекращаются в течение нескольких суток.

Паника, как крайнее состояние напряженности, может включать одного человека или группу людей. Она проявляется несдержанной, неконтролируемой попыткой сознания избежать опасности. При этом разум уступает место инстинктам. В некоторых ситуациях состояние паники имеет "эпидемические" свойства. Это так называемое ***психическое заражение***. Оно может быть эмоционально положительным и емоционально негативным. Важно отметить, что опасность, которая вызвала у людей психическое паническое настроение может быть не только реальной, а также мнимой. Последняя чаще возникает при недостаточной информации о ситуации. В таких случаях появляются слухи и домыслы, которые способствуют развитию панических настроений. В такой атмосфере достаточно только одному выразить или изъявить желание убежать из района чрезвычайного происшествия, как человеческая масса начинает слепо подражать ему.

Как показывает опыт ликвидации последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф - это результат не только неосведомленности, но и плохой подготовки людей к действиям в чрезвычайных ситуациях, отсутствие психологической закалки. Среди людей всегда найдется слабая личность-паникер. Ему даже незначительная опасность представляется преувеличенной, огромной. Реальность вытесняется плодами воображения. Поводом для паники может служить крайнее утомление людей, когда они долгое время остаются в бездействии, неведении, напряженном ожидании, угрозе личной жизни. Немалую роль играет сильно снижен тонус сознательной активности. Он делает человека неспособным к правильному поведению в критической ситуации. Повышенная же эмоциональная возбудимость и активизация воображения стимулируют импульсивные, нерациональные действия. Чаще это случается при неожиданном и внезапном наступлении опасности.

*В ряде случаев последствия паники могут быть значительно тяжелее, чем последствия бедствия..* Например, при оказании помощи аварийному маломерному судну экипаж и пассажиры, охваченные паникой, бросившись на один борт, могут вызвать его опрокидывание, хотя явной неизбежности гибели судна при этом могло и не быть. Анализ причин травм, сделанный по результатам землетрясений, свидетельствует о том, что в 55% - причинами была неверное поведение самих пострадавших, бессознательные их действия, обусловленные стрессом (выпрыгивания из окон, травмирование при суете).

**Действия при возникновении паники**

Лучший способ борьбы с паническими настроениями - это достоверная, убедительная и достаточно полная информация населения о том, что случилось, напоминание о правилах поведения и периодические рассказы о мерах, которые начинают производить, какие ожидаются. Надо с самого начала чрезвычайной ситуации рассказать людям всю правду о том, что произошло. Информация должна периодически повторяться, наращиваться.

Необходимо не только рассказывать о ходе спасательных работ и давать разъяснения, а обязательно обращаться к ним с просьбами, втягивать их в общее дело ликвидации последствий стихийного бедствия или аварии. Каждый человек должен чувствовать себя причастным к этим важным событиям.

Если паника возникла, то ее нужно немедленно и решительно прекратить, чем раньше, тем лучше, пока она носит еще поверхностный характер и не охватила большие массы людей и может подвергнуться ликвидации. Для этого в первую очередь следует отвернуть, хотя бы на непродолжительное время внимание людей от источника страха или возбудителя паники. Дать возможность людям хоть на миг избавиться от страха и попытаться взять управление на себя. Постараться переключить внимание людей от действий "лидера" паникеров на человека, который "трезво" и реально мыслит, которая ведет себя хладнокровно. Здесь должны найти место властные и громкие команды людей с волевым характером. Как только это произойдет, надо всех немедленно втянуть в борьбу с опасностью, ее последствиями. Конечно, когда проходит первое чувство страха, у большинства людей в такой ситуации наблюдается повышенная активность, стремление как бы загладить свою вину. Это и следует использовать для привлечения всех к спасательным работам, поручив каждому конкретный участок.

Когда паника охватила значительное количество людей, тогда их необходимо как можно раньше разделить на более мелкие группы, с каждой из которых справиться будет значительно легче.

И еще одна важная деталь - это постоянное общение руководителей всех рангов местной администрации, руководства, известных и уважаемых людей с населением того района, города, коллектива, где произошли стихийные бедствия, аварии или катастрофы.

Беседы с людьми, разъяснения обстановки, грамотные распоряжения, поддержание порядка и, наконец, личные примеры мужества в критических ситуациях оказывают решающее влияние на поведение людей, на их активность и устойчивость в чрезвычайных ситуациях.

**Во втором периоде при развертывании спасательных работ**, по образному выражению, начинается "нормальная жизнь в экстремальных условиях". В это время в формировании состояния психической дезадаптации и психогенных расстройств большое значение имеют особенности личности пострадавших, осознание ими того, что сложившаяся обстановка является для их жизни безопасной. Возникают новые стрессовые ситуации, связанные с потерей или смертью родных, разъединением семьи, потерей жилья, имущества и тому подобное. Важным элементом пролонгированного стресса в этот период является ожидание вторичных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, заменяется с его завершением, как правило, повышенной утомляемостью и "демобилизацией" с астенодепрессивного проявлениями. Люди выглядят безвластными, вялыми и уставшими, в основном малоподвижные, ничем не занимаются. Когда речь заходит о стихийном бедствии, выражение лиц становится печальным, появляются слезы на глазах. Появляются сонливость днем ​​и бессонница ночью. Двигательная активность, произвольная деятельность - минимальны. Они могут подолгу сидеть в жилом палатке, не меняя положения тела, на то, что происходит вокруг, почти не реагируют (по их словам, "все приходится делать, преодолевая себя»).

Особое место занимают психические расстройства у лиц, получивших травмы и ранения.

**В третьем периоде, начинающемся после эвакуации пострадавших** в безопасные районы, у многих происходит сложное переосмысление ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная "калькуляция" потерь. При этом приобретают актуальность факторы, психогенно травмирующие, обусловленные изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, указанные факторы способствуют формированию устойчивых психогенных расстройств. В этих случаях наблюдается "соматизация" многих невротических состояний, "невротизация" и "психопатизация", связанные с осознанием тяжести последствий имеющихся травматических повреждений и соматических заболеваний.

В третьем периоде преобладают разнообразные, оформленные клинически, устойчивые предельные формы психических расстройств и психосоматических расстройств. При этом развивались различные невротические и неврозоподобные состояния. В ходе обследования 300 жителей сельских районов Беларуси, которые постраждали в результате аварии на Чернобыльской АЕC, выявлено, что лишь у 5% из них отсутствовали психогенные расстройства.

*В динамике состояния лиц, подвергшихся воздействию ЧС, можно выделить 5 последовательных фаз или стадий.*

1 стадия витальных реакций (до 15 мин, когда поведение подвергалось императивному сохранению собственной жизни), что может выглядеть как состояния кратковременного оцепенения или психомоторного возбуждения (потерпевший убегает с места происшествия).

2 стадия состояния психомоторного возбуждения с явлениями надмобилизации. Развивается вслед за состоянием оцепенения, длится 3-5 ч. Характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями бессмысленной смелости, особенно при спасении близких, при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целенаправленной деятельности. В эмоциональном состоянии преобладают чувства отчаяния, сопровождающихся головокружением и головной болью, сухостью во рту, жаждой, затрудненным дыханием. Поведение подчинено императивному спасению семьи. Возможны психические реакции. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечали увеличение физических сил и работоспособности в 1,5-2 раза и более.

3-я стадия психофизиологической демобилизации - неизменный характер поведения - пострадавший остается в очаге чрезвычайной ситуации и реально оценивает окружающие события (примером могут быть пожарные, спасатели, обстреляные солдаты во время боевых действий). Длится до 3 ч. Большинство обследованных отмечало, что эта стадия наступила при первых контактах с пострадавшими, которые получили травмы, и телами погибших, осознании масштабов трагедии (стресс осознания). Характеризуется ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладающим чувством растерянности, панических реакций, нередко иррационально направлениях, снижением морально нормативного поведения, эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, нарушением функции внимания и памяти. Как правило, обследуемые не могли достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни. По жалобам потерпевших, ведущими в эти дни были тошнота, "тяжесть" в голове, ощущение дискомфорта со стороны ЖКТ, снижение, вплоть до отсутствия, аппетита. К этому периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных работ, особенно связанных с вытягиванием тел погибших, и значительное увеличение ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до аварийных ситуаций.

4 стадия продолжается 3-12 суток после ЧП. По разным данным настроение и самочувствие постепенно стабилизировались. Однако по результатам наблюдений, у большинства обследуемых эмоциональный фон был снижен, контакты с окружающими ограничены, наблюдалась гипомимия (маскообразное лицо), движения замедлялись, до конца этой стадии возникало желание "выговориться". Оно реализовывалось избирательно и было направлено преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, сопровождалось некоторой ажитацией. Одновременно восстанавливался сон, который отсутствовал в двух предыдущих стадиях, в том числе тревожного и ужасного содержания, в разных вариантах трансформированных впечатлений от события. Например, какая-то драка или перестрелка с покойниками. И не только теми, что погибли здесь, но и умершими раньше.

5 стадия восстановления - начинается с 12-го дня после ЧП. Четко проявлялась в поведенческих реакциях: активизировалось межличностное общение, нормализовалась эмоциональная окраска речи и мимических реакций. Обследование пострадавших и ликвидаторов позволило выявить преходящие психопатологические синдромы. Нарушение сна, немотивированные страхи, повторные кошмарные сновидения, навязчивые состояния, бред-галлюцинаторные реакции, признаки астеноневротических реакций в сочетании с психосоматическими нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем отмечались у 75% пострадавших.

В клиническом плане сложными являются пострадавшие с сочетанной травмой. В частности повреждения позвоночника, спинного мозга, особенно в сочетании с СТС. Психические нарушения имеют тенденцию к отрицательной динамике.

**На основе анализа прошлых землетрясений и других катастроф установлено, что в течение 2-24 часов отклонения в поведении отмеченны у всех людей, включая тех, которые прибыли для оказания помощи.**

Практически все население, участвовующее в катастрофе требует приема успокаивающих лекарств.

В районе ЧП большое значение имеет медицинская сортировка.

В последующем, из-за психической дестабилизации - развития фобий, депрессий, психоэмоциональных нарушений - большинство людей, которые находились в чрезвычайной ситуации, требуют в течение 1-5 лет надзора психиатра.

По динамике психоэмоциональных и психогенных расстройств при жизнеопасных ситуациях, по данным Национального института психического здоровья в США, эти расстройства делятся на четыре фазы:

• фаза героизма (продолжается несколько часов, характерна героическое (часто без оснований) поведение)

• фаза "медового месяца" (3-6 месяцев, те, кто выжил, довольны и надеются на лучшее)

• фаза разочарования (до 1-2 лет, надежды быстрого восстановления того, что было, еще не реализованы)

• фаза восстановления (те, кто выжил, уже понимают, что надо самим решать проблемы, которые возникли).

После паники начинается **первая фаза - это так называемая героическая фаза,** в которую особенно включаются люди, оказывающие помощь, люди очень сильно объединяются, начинают помогать друг другу, при этом проявляются лучшие черты, которые есть у человека. Минимальная внимание уделяется себе и происходит его максимальная концентрация на тех людях, которые нуждаются в помощи. Во время стихийного бедствия эта фаза длится около 2 часов, во время боевых действий она может продолжаться в течение нескольких дней и месяцев.

Поэтому лицам, которые оказывают помощь, важно четко различать, в какой фазе находятся они, и в какой - общество, в котором они работают.

После героической фазы наступает так называемая **фаза медового месяца.** В эту фазу общество очень сильно объединяется, начинают работать волонтерские организации, и создается впечатление, что все идет хорошо.

**Третья - фаза разочарования,** характерна тем, что люди начинают проявлять самые негативные черты поведения, и к этому также необходимо быть готовым, ведь это проявление состояния болезни. Люди в этом состоянии не критичны, происходит потеря всех иллюзий. Американские специалисты называют эту фазу «покажи мне свои деньги». Застревание на какой-то из стадий приводит к возникновению или «синдрома героя», или возникновению «синдрома жертвы».

**Четвертая фаза - фаза реконструкции**, когда происходит развитие нового фундамента в обществе. Эта фаза может длиться годами. Если стресс повторяется, так как это происходит в Украине, - сначала Майдан, потом АТО - стадии реакции на стресс повторяются и могут накладываться друг на друга, они будут удлиняться, особенно фазы разочарования и реконструкции. Поэтому специалистам, оказывающим психологическую помощь пострадавшим, важно отследить, в какой стадии они сами находятся. Следует отметить, что специалисты проходят все фазы значительно быстрее.

**3. Первая медицинская и доврачебная помощь пострадавшим с расстройствами психики, невротическими состояниями.**

Опыт ликвидации последствий различного рода стихийных бедствий и катастроф свидетельствует о том, что наибольшие трудности возникают при организации первой медицинской и доврачебной помощи пострадавшим с расстройствами психики, невротическими состояниями.

Первоочередной задачей при ЧС является выявление пострадавших с психомоторным расстройствами, обеспечение их безопасности и окружающих, ликвидация обстановки растерянности, исключение возможности возникновения массовой паники. Спокойные, уверенные действия лиц, оказывающих помощь, имеют особенно большое "успокоительное" значение для той части населения, у которой будут иметь место субшоковые (субаффективные) психогенные реакции. Эффективность первой медицинской и доврачебной помощи обусловлены степенью подготовленности мед.персонала и наличием необходимых медикаментозных средств.

Стоит помнить ряд важных особенностей поведения с пораженными, имеющих нарушения психической деятельности. В первую очередь необходимо обеспечить безопасность для самого больного и окружающих его лиц. В связи с этим необходимо ликвидировать обстановку растерянности, паники, нездорового любопытства. Необходимо убрать от больного острые предметы, которыми можно поколоться или порезаться. Не следует привлекать к оказанию помощи большое количество людей - это приводит к суете, чувству тревоги, дискомфорта у больного. Каждый помощник должен быть проинструктирован и четко знать свои обязанности. Медицинские работники не должны проявлять страха к этой категории больных; отношение к ним должно быть бережным, спокойным и в то же время решительным и твердым. Подойти к больному нужно вплотную, лучше сбоку, посадить его и во избежание неожиданного удара как бы невзначай положить свои руки на его кисти. Нужно мягко и с проявлениями участия успокоить больного. При резком возбуждении попытки словесного успокоения больного могут не дать должного результата. В этом случае ему следует как можно быстрее ввести успокаивающие препараты (транквилизаторы, нейролептики). Конечно, такого больного необходимо прежде всего тактично уговорить принять лекарства (таблетки, инъекции). Если больной не подпускает к себе, вооружившись каким-либо предметом, к нему следует подходить с нескольких сторон одновременно, держа перед собой одеяла, подушки и т.п. Чтобы удержать больного, ему прижимают ноги и руки, причем ноги удерживают давлением на бедра, а руки - на участок плечевого сустава.

Серьезную ошибку допускают медработники, которые временное успокоение больного воспринимают как улучшение состояния, выздоровление - такое успокоение не должно усыплять бдительность медперсонала. Необходимо помнить основное правило наблюдения за больными с расстройствами психики, - это круглосуточный, непрерывный, тщательный и эффективный надзор за ними.

На догоспитальном этапе при оказании первой врачебной помощи в очагах чрезвычайных ситуаций больных с расстройствами поведения и психики разделяют на две основные группы - пострадавшие с психомоторным возбуждением и с депрессивным синдромом.

Больным с легкой формой возбуждения, то есть при отсутствии галлюцинаций, агрессивности, суицидальных попыток, назначают общеуспокаивающие средства: экстракт валерианы, настойку пустырника, валокордин, новопасит и др.), Транквилизаторы (сибазон, фенозепам и др.) внутрь или парентерально.

При выраженных формах психомоторного возбуждения назначают нейролептики, а при их отсутствии - транквилизаторы. В этих случаях медикаментозные средства желательно вводить в / мышечно или в / венно. Поэтому в первую очередь медицинским работникам необходимо наладить с больным вербальный контакт и уговорить его принять назначенный препарат или, лучше, согласиться на инъекцию. При этом доза препарата должна быть адекватной состоянию больного. Если больной с вышеуказанным психомоторным возбуждением не соглашается на прием препарата, тогда необходимо ввести принудительно и желательно - перентерально.

Можно предложить следующие комбинации седативных препаратов при психомоторных возбуждениях: 2,5% аминазин 2-3мл 2,5% тизерцина 2-3мл, 0,1% феназепам 2-4мл, 0,5% диазепам (реланиум, сибазон) 2-4мл . Лучше назначать указанные препараты в различных комбинациях, например: 2,5% 3,0 мл аминазина + 1% 1,0 мл димедрола (димедрол потенцирует нейролептические действие аминазина) 2,5% 3,0 мл аминазина + 25% 10,0 мл магния сульфата (магния сульфат наряду с седативным эффектом обладает дегидратационными свойствами, что немаловажно при закрытой травме головного мозга). Инъекции седативных препаратов при необходимости повторяют 2-3 раза в сутки и обязательно делают за 20-30 минут перед эвакуацией возбужденных больных в психоневрологический стационар.

Важно помнить, что введение нейролептиков может привести к различным осложнениям: так как они имеют адренолитическое действие, может возникнуть коллаптоидное состояние. Следует помнить - если у больного сохраняется возбуждение после введения нейролептика, то бояться коллапса не стоит и можно смело повторно вводить препарат в половинной дозе.

**4. ПТСР - «посттравматическое стрессовое расстройство» (Posttraumatic Stress Disorder).**

Комплекс симптомов, наблюдавшийся у тех, кто пережил травматический стресс, получил название «посттравматическое стрессовое расстройство» - ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder). Критерии диагностики этого расстройства были включены в Американского национального диагностического психиатрического стандарта (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders) и хранятся там по сей день. С 1994 г.. эти критерии включены и в европейский диагностический стандарт МКБ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death - ICD-10).

Распространенность этих расстройств напрямую зависит от частоты стрессовых ситуаций. В 50-80% лиц, перенесших тяжелый стресс, развиваются клинически оформленные расстройства и нарушения адаптации. В мирное время случаи ПТСР отмечают в 0,5% случаев у женщин и в 1,2% - у мужчин. Наиболее уязвимая группа - это дети, подростки и люди пожилого возраста. Кроме специфических биологических и психологических особенностей, у этой группы лиц не сформированы (у детей) или ригидные (у пожилых людей) компенсаторные механизмы.

ПТСР возникает как отсроченная ​​и / или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, способная вызвать дистресс. Обычно дистресс является относительно кратковременным психическим состоянием, однако под влиянием мощных стресс-факторов (смерть близкого человека, тяжелая травма, болезнь и т.п.) он может длиться месяцы почти у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм и т.д.). ПТСР - это расстройство, которое может развиться только после того, как человек почувствует опасность для собственной жизни. В течение жизни ПТСР переносит 1% населения, а в 15% могут возникнуть отдельные симптомы.

К факторам, которые приводят к риску развития ПТСР, относятся:

 характерологические особенности личности;

 зависимое поведение;

 наличие предварительной психотравмы в анамнезе

 подростковый возраст;

 пожилой возраст;

 наличие соматического заболевания.

ПТСР характеризуется тремя категориями симптомов:

а) навязчивые переживания травматического события, которые эпизодически повторяются;

б) избегание любых напоминаний о событиях с онемением общей эмоциональной чувствительности. Дети начинают закрывать голову руками и прятаться. Характерная потеря интереса к жизни, психологическая амнезия на обычные вещи. Общество начинает отвергать людей, не понимая, что это болезнь. Такого человека необходимо, как ребенка, водить за руку, брать на себя ответственность за нее и все время об этом ей говорить. Для людей, которые пережили травмирующее событие, характерное очень сильное отчуждение, ведь они понимают, что будущего нет, и им необходимо выстроить его, дать минимальный план действий на ближайший период - час, день, несколько дней - в зависимости от состояния пострадавшего. Если человек находится в состоянии отчуждения, даже если он несколько агрессивен, не следует оставлять его одного;

в) повышенная возбудимость, которая проявляется в комплексе гипертрофированных психофизиологических реакций.

Продолжительность проявления этих симптомов должно составлять не менее 1 мес с момента травматического события, для того чтобы подтвердить диагноз.

Диагностические критерии:

 значимое травмирующее событие в анамнезе

 начало расстройств после латентного периода (от нескольких недель до 6 мес после психотравмирующей ситуации, но иногда и позже);

 вспышки воспоминаний («flashbacks»), отражающие психотравмирующие события. Они могут появиться через десятилетия;

 актуализация психотравмы в представлениях, снах, кошмарных сновидениях;

 социальное избегание, дистанциирование и отчуждение от друзей, включая близких родственников;

 изменение поведения, эксплозивные вспышки, склонность к агрессии. Возможны антисоциальное поведение или противоправные действия;

 злоупотребления алкоголем и наркотиками, особенно для устранения остроты болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;

 депрессия, суицидальные мысли или попытки;

 острые приступы страха, паники;

 вегетативные нарушения и неспецифические соматические жалобы (например головная боль).

У значительной части лиц ПТСР хронизируется и часто сочетается с аффективными расстройствами и наркологическими заболеваниями.

Следует отметить, что людей с ПТСР время не лечит. Могут понемногу стираться реакции, за исключением рестимуляции. ПТСР может постепенно затухать, но «выстрелить» он может и через 10-15 лет. Поэтому при подозрении на ПТСР необходимо обращаться к специалистам-психиатрам.

В случае легкого случае ПТСР хорошо действует психотерапия. Примирить человека с его прошлым - смысл большинства методов психотерапии при ПТСР. Для успешного лечения психотерапевт должен умело реагировать на «сильные аффекты», которые столь часто обнаруживают больные: эмоциональную лабильность, взрывчатость, уязвимость.

Психотерапия помогает больному справиться с чувством вины, найти потерянное чувство контроля над окружающим, справиться с состоянием беспомощности и бессилия.

Очень важные группы поддержки, в которых пациенту помогут глубже разобраться в значении травматического события.

В США функционируют группы поддержки ветеранов, жертв военных действий и военнопленных, в Нидерландах - приют для женщин-жертв домашнего насилия.

На определенных этапах развития ПТСР целесообразно применение фармакотерапии. Показаниями для назначения медикаментозного лечения являются:

 психомоторное возбуждение;

 панические атаки, приступы страха

 депрессия, аутоагрессивное поведение;

 агрессивное и деструктивное поведение;

 соматовегетативные нарушения;

 стойкие нарушения сна.

Очень важное лечение симптоматического алкоголизма или наркомании, которые нередки у этих больных.

**5. Синдром эмоционального выгорания у медиков (СЭВ)**

 Недаром в древности свечу считали символом медицины. Трудовая деятельность медиков связана с постоянной ответственностью за жизнь и здоровье других, требует немалых душевных и энергетических затрат. Поэтому неудивительно, что профессия медика - первая в списке среди категорий, которые подвергаются синдрому эмоционального (профессионального) выгорания (СЭВ). Это состояние, когда и работа, и сама жизнь перестают приносить удовольствие.

На сегодняшний день «профессиональное выгорание» это долговременная стрессовая ситуация, которая возникает в результате длительных профессиональных стрессов средней интенсивности. Профессиональное выгорание - это дистресс или третья стадия общего адаптационного синдрома - стадия истощения. В 1981 г.. Е. Морроу предложил яркий эмоциональный образ, которой отражает, по его мнению, внутреннее состояние работника, которой испытывает дистресс профессионального выгорания: «Запах психологической проволоки, которая выгорает». Далеко не каждый может осуществлять свою профессиональную деятельность в неблагоприятном психическом состоянии.

СЭВ у медиков Украины досконально изучила и описала психиатр, профессор, д.м.н. Людмила Юрьева. СЭВ различной степени встречается у 79% врачей, чаще у врачей со стажем работы 10 - 14 лет. У женщин - врачей эмоциональное истощение развивается чаще. Личности сочувствующие, гуманные, мягкие - это психологический портрет тех, кто рискует «сгореть» на работе. Часто СЭВ возникает у медицинских сестер, которые сталкиваясь с отрицательными эмоциями, сами начинают испытывать повышенное напряжение. Похожее положение переживают психотерапевты, психиатры, работники «тяжелых» отделений.

*Профилактика профессионального выгорания медицинских работников, оказывающих психологическую помощь*

Т.И. Рогинская справедливо замечает, что в основу исследований психологического феномена - синдрома профессионального выгорания - может быть предложена метафора: «ничто не является для человека такой большой нагрузкой, как второй человек». Важное место занимает профилактика профессионального выгорания специалистов, оказывающих помощь пострадавшим.

К числу психологических стресс-факторов, эффект которых влияет на медицинский персонал, относятся:

- Большое количество контактов с больными и их родственниками, постоянное соприкосновение с чужими проблемами и чужой болью, с негативными эмоциями.

- Повышенные условия для профессиональной компетенции врача и к служению другим, самоотдачи.

- Ответственность за жизнь и здоровье человека.

- Производственная среда с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, беспризорность и др.

Поэтому психологическую помощь и медицинским работникам необходимо оказывать постоянно (независимо от стажа работы), формировать психологическую устойчивость к стрессу, обучать взаимодействию в коллективе, умению принимать решения и брать на себя ответственность за их выполнение. Особенность этой работы заключается в том, чтобы не было заметно, что в настоящее время с человеком работает психолог и оказывает ему психологическую помощь. Это достаточно большая проблема, так как специалисту достаточно сложно полностью довериться воле своего коллеги.

Первичная профилактика.

- Улучшение навыков борьбы со стрессом (обсуждение после критического события, физические упражнения, адекватный сон, регулярный отдых и др.).

- Обучение техникам релаксации - прогрессивная мышечная релаксация, аутогенное самовнушение, медитация.

- Умение разделить с пациентом ответственность за результат, умение говорить «НЕТ».

- Хобби (спорт, культура, природа).

- Попытка поддержания стабильных партнерских, социальных отношений.

- Фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий).

Если ожидания реалистичны, ситуация более предсказуема и лучше управляема.

Одним из первых и важнейших мероприятий собственной безопасности является самоконтроль и саморегуляция. При работе с пострадавшими в зоне АТО или внутренне перемещенными лицами можно выгореть за 5-6 ч. После этого восстановление будет очень длительным и, возможно, психологам и волонтерам понадобится помощь врачей-психиатров. Ведь при работе с пострадавшими на себя берутся эмоции, и этих эмоций очень много.

Поэтому после рабочего дня необходимо обязательно поделиться со своими коллегами тем, что видели, чувствовали, слышали, какие запахи присутствовали, не нести эти эмоции домой, в семью. Коллега должен поделиться с другим, а тот - еще с другим. И так постепенно эмоция угаснет и потеряет негативную силу.

Если не делиться своими эмоциями, то выгорание происходит очень быстро. Люди, которые выгорают, теряют критическую самооценку и не понимают, что нуждаются в помощи. Они пытаются помогать дальше и дальше, в конце концов теряется сон, аппетит, может развиться апатико-абулический синдром, депрессивное расстройство.

Когда человек, который оказывает психологическую помощь, идет работать с пациентом, он должен находиться в центрированном состоянии, то есть состоянии гармонии и душевного покоя, душевного равновесия. Это не состояние эйфории и не состояние апатии. Если человеку плохо, он не может помочь другому человеку психологически. В стадии активных действий имеет место страх: «я делаю что-то не так», «я делаю очень мало». Именно после этого люди выгорают очень быстро, поэтому очень важно делать только то, что знаете, и разграничить время работы и время отдыха. Очень важно - правильно отдыхать, от реагирования профессионалов зависит реагирование людей вокруг, ведь специалисты - пример для подражания.

Для того чтобы правильно работать, необходимо, чтобы оба полушария головного мозга хорошо кровоснабжались и для этого можно использовать дыхательные практики, в частности квадратное дыхание (когда вдох - пауза - выдох - пауза длится по 3 или 4 счета). Эту терапию необходимо проводить каждый вечер.

**6. Психологический дебрифинг**

Одним из эффективных средств психологической поддержки и восстановления психического здоровья и психологического равновесия после пребывания в экстремальной ситуации является психологический дебрифинг. Отечественные специалисты по коррекции кризисных состояний адаптировали методику психологического дебрифинга, которая оправдала себя в работе с ветеранами вьетнамской войны и работниками полицейских подразделений США и ряда европейских стран.

Психологический дебрифинг (англ. Debriefing - доклад по возвращении задания) представляет собой групповое обсуждение пережитой экстремальной ситуации способствует пониманию причин, вызывающих стресс, и осознанию действий, необходимых для устранения этих причин. Данное средство позволяет решать следующие задачи:

- Снижение уровня эмоционального восприятия экстремальной ситуации;

- Снижение уровня индивидуального и группового психологического напряжения;

- Регулирование морального и психологического состояния участников.

Наиболее оптимальное время для проведения дебрифинга - по истечении двух суток после происшествия.

Практика показывает, что психологический дебрифинг должен проводиться с соблюдением следующих условий:

- Наличие отдельной комнаты, изолированной от любых шумовых воздействий;

- Количество участников не должно превышать 10 человек (оптимально 5-7 ч). При большем количестве участников группа разбивается на подгруппы со своим «ведущим». Присутствие работников, ранее попадавшим в подобные экстремальные ситуации, способствует пониманию причин, вызывающих стресс, и осознанию действий, необходимых для устранения этих причин.

 Психологический дебрифинг осуществляется по методике «круглого стола». Можно использовать аудио- и видеозаписи ситуаций и событий. Перед проведением дебрифинга целесообразно провести у участников экспресс-диагностику постстрессовых состояний, поможет выяснить ситуацию в группе и определить тактику работы с отдельными ее членами.

Процесс дебрифинга состоит из трех частей:

а) «вентиляция» чувств в группе и оценка стресса ведущими;

б) обсуждение «симптоматики» и оказания психологической поддержки;

в) мобилизация ресурсов, предоставление информации и планирования дальнейшей помощи.

В общем выделяют от 5 до 7 обязательных фаз в работе группы:

 1. Вступительная фаза предусматривает разъяснение ведущим цели, задач и правил; снятия тревоги у участников по поводу новизны и «необычности» процедуры.

Затем ведущий определяет правила дебрифинга для того, чтобы минимизировать тревогу, которая может возникнуть у участников.

К основным правилам, которых следует придерживаться относят следующие:

а) представиться и выразить свое отношение к обсуждаемому событию; если участник не хочет обсуждать определенный факт, не нужно его принуждать к этому; все остальные внимательно слушают то, что говорит каждый из присутствующих;

б) соблюдать конфиденциальность: то, что происходит или обсуждается в группе не выносится наружу;

в) не критиковать других;

г) каждый говорит от своего имени, о своих переживаниях, поступках (от первого лица), а не о чужих;

д) психолог предупреждает участников, что они могут вновь пережить негативные чувства, но это и есть задача дебрифинга - научиться преодолевать реальные негативные эмоциональные состояния.

2. Фаза фактов направлена ​​на рассказ каждого участника о том, что происходило с ним: что он видел, где находился и что делал. Именно таким образом можно восстановить полную картину и хронологию событий.

Продолжительность фазы факторов может варьировать. Но чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть данная фаза.

Одна из главных задач дебрифинга - дать работникам возможность более объективно увидеть ситуацию, чтобы блокировать тревогу и дискомфорт, вызванные искривлением реальной картины происходящего.

3. В фазе мыслей, эмоций и чувств ведущий просит перейти от описания событий к рассказу о внутренних переживаниях и психологических реакциях на них. Очень важно вспомнить первые впечатления, которые промелькнули в голове, мысли, импульсивные поступки и эмоциональные реакции. Вопросы, открывающие эту фазу, могут быть, например, типа «Какими были ваши первые мысли, когда это произошло?».

В конце этой фазы могут быть обсуждены впечатления участников на месте происшествия. Вопросы, которые, возможно, будут заданы, следующие: «Ваши впечатления о том, что происходило вокруг вас, когда события только начинались и в ходе их развития?», «Что вы думали и чувствовали?».

4. Фаза симптомов предусматривает обсуждение проявлений стрессового психического состояния, которые наблюдались участниками как изменения своего поведения. В результате составляется перечень симптомов, описывает спектр психологических последствий критического инцидента в данной конкретной группе. Каждый участник имеет возможность понять и осознать свое состояние, а также рассказать о тех симптомах, которые раньше никому не рассказывал.

Стоит отметить, что постсрессовое состояние работников рано или поздно создает определенное влияние на семейную жизнь, при этом работник может чувствовать, что его родные не в состоянии понять, что он пережил. Как результат, поиски понимания приводят к коллегам, которые пережили те же события.

5. Фаза информирования направлена ​​на разъяснение участникам природы постстрессовых состояний как «нормальных реакций на экстремальную ситуацию»; обсуждение вариантов и средств их преодоления и возможных в будущем негативных психологических последствий. Психолог в форме мини-лекции сообщает о видах, признаках и последствиях, вызванных стрессами. Полезно в таких случаях предоставленную информацию зафиксировать на открытках и предоставить участникам дебрифинга как раздаточный материал.

6. Фаза «закрытия прошлого» и «новое начало» направлена ​​на подведение итогов пережитого. Ритуалы «закрытия прошлого» существуют в каждой культуре (поминки, годовщины, посещение мест, связанных с определенными событиями и т.д.), однако они предполагают и собственное творческое участие, например, многие из тех, кто пережил катастрофу, позже посвящают свою жизнь, чтобы помочь избежать новых катастроф или уменьшить их травматические последствия, используют свой опыт при оказании помощи, участвуют в деятельности добровольных спасательных бригад и др.

 7. Фаза реадаптации способствует обсуждению и планированию будущего. Одной из главных целей дебрифинга является создание ощущения внутреннего психологического комфорта. Полезно обсудить также, в каких случаях, участник должен обращаться за дальнейшей помощью. Решающими могут быть следующие показатели: если симптомы не уменьшились через 6 недель, если симптомы увеличились со временем, если работники не в состоянии адекватно выполнять свои функциональные обязанности, или возникают конфликты и недоразумения в семье.

Психолог должен акцентировать внимание на окончании дебрифинга, что, в свою очередь, придает процессу завершенность и логическую согласованность.

Однако, стоит отметить, что сам по себе дебрифинг не исчерпывает необходимости в оказании индивидуальной профессиональной психологической помощи работникам.

**7. Боевой стресс и боевая усталость**

Измененные психические состояния, возникающие у военнослужащих в период ведения боевых действий, включают боевую стрессовую реакцию (начальное проявление дезадаптационных расстройств), боевую усталость и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), а также реактивные состояния как тяжелые формы боевой психиатрической патологии. Опыт показывает, что психологически неадаптивные реакции на боевые обстоятельства составляют от 10 до 50% всех санитарных потерь в современных локальных войнах.

Боевая и оперативная стрессовая реакция (combat and operational stress reaction) и боевая усталость (combat (battle) fatigue) - *это первичная нормальная реакция на ненормальный стресс боевых действий***.** Во время войны люди находятся под постоянным физиологическим (например, плохое питание, перепад температур, отсутствие надлежащей личной гигиены и т.п.) и психологическим стрессом (например, постоянная опасность, чрезмерная осторожность от возможных самодельных взрывных устройств или снайперов, ранения или смерть товарищей) и, очевидно, что у большинства из них будут возникать те или иные реакции. Эти реакции часто проявляются как гиперпугливость (сильная реакция, например, на громкий звук), чрезмерная бдительность (боец всегда на страже и готов действовать), плохие сны / ужасы, раздражительность, проблемы со сном, и т.д/. Хотя все это и звучит довольно негативно, однако некоторые из этих реакций считаются адаптивными, в частности, гиперпугливость и чрезмерная бдительность и другие реакции боевого стресса, такие как рост физической силы, увеличение выносливости, ощущение собственной компетентности и т.д. (то есть не все стрессовые реакции являются отрицательными ).

«Боевая и оперативная стрессовая реакция» (БСР) - общие термины, охватывающих все возможные реакции военнослужащих на боевые условия. Термин «боевая усталость» (БУ) используется для описания любой связанной с боем стрессовой реакции, нуждается в помощи. Большинство военнослужащих у которых проявляются признаки и симптомы эмоциональных или психологических расстройств не имеют психических проблем, они, скорее, пытаются преодолеть аномальный стресс военных операций. В МКБ-10 диагностические рубрики F 43.0 Острая реакция на стресс и F 43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство находятся в разделе F 43 "Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации". Это разграничение с психиатрическими расстройствами позволяет определять БУ **как нормальное состояние, развивающееся у нормальных людей под влиянием ненормальных обстоятельств**. Важную роль играет способность самих военных и их ближайшего окружения (прежде всего командиров, врачей, психологов) адекватно оценивать состояние человека, выявлять те симптомы, которые свидетельствуют о развитии стресса.

БСР сначала проявляется как индивидуальная неспособность человека выполнять свои прямые служебные обязанности. Среди наиболее характерных признаков необходимо отметить покидание поля боя, невыясненное отсутствие и др. У тех комбатантов, которые испытывают боевую усталость, существует большая вероятность повторения симптомов, поэтому чем неотложнее будет оказана помощь, тем больше шансов на быстрое восстановление. Психологические факторы (личностные особенности человека) могут задержать или усложнить реабилитацию после таких состояний. Любое поведение военного, долгое время отличающееся от привычного для него по-прежнему может быть ранним признаком и симптомом боевого стресса. Для своевременной диагностики не обязательно держать в памяти все возможные признаки и симптомы БСР, гораздо полезнее будет запомнить одно простое правило: Знайте своих собратьев и будьте готовы заметить любые внезапные, длительные или прогрессирующие изменения в их поведении, которые несут потенциальную угрозу безопасности и функционированию вашего подразделения.

Процесс отделения военных с БУ от относительно небольшого количества тех, которые имеют реальные психические расстройства, называется НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ сортировкой. Основной показатель того, что наблюдаемая симптоматика отражает непсихотический уровень травматизации - сохранение военнослужащим в достаточной мере критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности. Осуществляя оценку состояния бойца в тактических условиях всегда думайте о БЕЗОПАСНОСТИ. Если возникают сомнения в безопасности самого военного или его окружения - убедитесь, что у него изъято оружие и он находится под постоянным присмотром. Не используйте военнослужащих с признаками БСР для эвакуации раненых - это может повысить уровень травматизации.

Боевую усталость можно классифицировать как легкую или тяжелую. Оказание помощи будет зависеть от сложности симптомов и тактической ситуации. Легкая БУ - минимальное, незначительное нарушение функциональности, симптомы присутствуют, однако значительно не влияют на выполнение прямых обязанностей; жалобы больше субъективные, чем объективные, тактическая ситуация позволяет оставить бойца. Тяжелая БУ - очевидные нарушения, влияющие на выполнение прямых обязанностей или тактическая ситуация не позволяет оставить его в подразделении.

Основные принципы работы с боевым и оперативным стрессом

I. Убедитесь, что не была пропущена какая-то скрытая физическая травма или повреждение. Некоторые заболевания и травмы могут вызвать эмоциональные и поведенческие изменения и их симптоматика может напоминать реакцию на боевой стресс (травма головы, контузии, вдыхание газов, гипогликемия, лихорадка, синдром отмены, отравления, гипер- и гипотермия, обезвоживания и т.д.).

 II. Воспринимайте эмоциональные расстройства так же серьезно, как и физические травмы. Если военнослужащий при падении серьезно вывихнул лодыжку, то никто не будет ожидать, что он сразу встанет и побежит. Эмоции бойца также могут быть временно напряженными из-за чрезмерного стресса боевых действий или других травматических событий. Не требуйте, чтобы он немедленно взял себя в руки и продолжал нести службу. Некоторые люди могут собраться сразу, в то время как другие - нет. Военнослужащий, чья эмоциональная стабильность была нарушена, получил такую ​​же реальную травму как и тот, кто вывихнул лодыжку. К сожалению, многие люди считают реальным лишь то, что они могут видеть, например, рану или кровотечение, они склонны считать, что эмоциональные и психические расстройства - это нечто вымышленное, что человек с боевым стрессом на самом деле не является больным или раненым и что он может справиться со своим состоянием, используя только силу воли.

 III. Разделите пострадавших по степени тяжести стрессовых реакций.

♦ Легкий стресс:

Физические проявления - дрожь, нервозность, холодный пот, сухость во рту, бессонница, учащенное сердцебиение, головокружение, тошнота, рвота или диарея, истощение, взгляд в никуда, «на тысячу ярдов», трудности мышления, речи и в общении.

Эмоциональные проявления - тревога, нерешительность, раздражительность, жалобы на забывчивость, неспособность сосредоточиться, ужасы (легко вздрагивает от шума, движений, вспышек), слезы, плач, гнев, потеря доверия к себе и товарищам.

Самопомощь и помощь товарищей:

1. Продолжайте выполнение миссии, сосредоточьтесь на выполнении неотложных важных задач.

2. Ожидайте, что военнослужащий с признаками легкого боевого стресса будет выполнять порученные обязанности.

3. Постоянно сохраняйте спокойствие; давайте указания и контролируйте их выполнение.

4. Сообщите военному, что его реакция нормальная и ничего чрезвычайно неправильного с ним не происходит.

5. Сообщайте ему необходимую информацию о тактической ситуации, целей, ожиданий, предоставляйте ему поддержку. Контролируйте распространение слухов.

6. Старайтесь восстановить уверенность пострадавшего в себе, говорите об успехах.

7. Привлекайте его к продуктивным видам деятельности (если он не отдыхает) через тренировки, обслуживание оборудования и тому подобное.

8. Возможно временный перевод в небоевой опорной пункт с незначительным ограничением прямых обязанностей и предоставлением отдыха.

9. Убедитесь, что военнослужащий поддерживает личную гигиену.

10. Как только это возможно обеспечьте его едой, питьем и дайте ему возможность поспать (как можно скорее!).

11. Позвольте ему выговориться, не умаляйте его переживания, горя или тревоги. Дайте практические рекомендации и послушайте его.

♦ Тяжелый стресс: при возможности отправить в место, где военный сможет реабилитироваться на срок до 3 дней.

Физические проявления: постоянно движется вокруг, вздрагивает на любой внезапный звук или движение, дрожит, трясется, не может двигать рукой, ногой без видимых физ. причин, потеря зрения, слуха или ощущений. Физически истощен; плачет, цепенеет при обстреле или становится полностью неподвижным, покачивается, колеблется, паника, бежит под обстрелом.

Эмоциональные проявления: говорит быстро и / или странно, спорит, действует опрометчиво, не реагирует на опасность, потеря памяти, сильно заикается, бормочет или не может говорить вообще, бессонница, тяжелые кошмары, видит или слышит то, чего не существует, резкие эмоциональные перепади. Социальная изоляция, апатия, истерические взрывы, безумное, странное поведение.

 Тяжелые стрессовые реакции (кроме самопомощи и помощи товарищей)

1. Если поведение военнослужащего ставит под угрозу выполнение миссии, несет угрозу ему самому или другим, сделайте все необходимое, чтобы контролировать его.

2. Если боец ​​расстроен, спокойно поговорите с ним, уговорите его на сотрудничество.

3. Если вы не уверены его надежности: • разрядите его оружие; • если есть серьезные подозрения, заберите у него оружие; • применяйте физическое ограничение только когда это необходимо для обеспечения безопасности или транспортировки;

4. Уверьте всех, что его симптомы, скорее всего, реакция на стресс и ему станет лучше;

5. Если стрессовые реакции продолжаются: • переместите военнослужащего в безопасное место. • не оставляйте его одного, пусть с ним постоянно находится кто-то, кого он знает. • сообщите старшему офицеру. • убедитесь, что его осмотрит кто-то из медицинского персонала.

6. Дайте ему выполнять какие-то легкие задачи, когда он не спит, ест или отдыхает.

7. Убедите военнослужащего, ему станет лучше и верните его к исполнению служебных обязанностей как только ему станет лучше и он будет готов к этому.

IV. Следуйте следующим принципам реабилитации комбатантов с признаками реакций на боевой стресс. В странах НАТО они составлены в акроним BICEPS. BICEPS - аббревиатура из английских слов

Brevity (краткость) - первая помощь (отдых и восстановление) не должны длиться больше, чем 1-3 дня (морская пехота и на флоте 3-4 дня).

Immediacy (неотложность) - очень важно, чтобы помощь оказывалась как можно скорее, как только появляются симптомы (при условии, что тактическая ситуация позволяет). Не медлите!

Centrality или Contact. Centrality (централизованность) - обеспечьте пребывание комбатантов с реакциями боевого стресса вместе для взаимной поддержки и идентифицируйте их как солдат. Contact (контакт) - военнослужащего поощряют думать о себе как бойце, а не о пациенте или больном. При любой возможности представители подразделения сообщают солдата, что его ждут и желают его возвращения.

Expectancy (ожидание, надежда) – комбатантам необходимо недвусмысленно сообщить, что у него нормальная реакция на чрезвычайный стресс и это пройдет, и он сможет вернуться к исполнению обязанностей через несколько часов, возможно дней. Военный командир чрезвычайно важен на этой фазе помощи. Из всего, что говорится солдату, который страдает от боевого стресса, слова его непосредственного командира скорее всего будут иметь наибольшее влияние. Простое утверждение из уст командира, что реакции военнослужащего являются нормальными и что ему скоро станет лучше, будет иметь положительные последствия. Также стоит сказать, что он нужен своим товарищам и они ждут его возвращения. По возвращении с ним обращаются как и с любым другим солдатом и ожидают, что он должным образом будет выполнять свои обязанности. Многочисленные исследования показали, что если пострадавший лечится в качестве пациента и его направляют в тыл, то его симптомы длятся дольше и он реже возвращается к исполнению служебных обязанностей, либо не возвращается совсем.

Proximity (близость) - этот принцип предполагает максимальную близость относительно безопасного места оказания помощи к театру военных действий, что позволяет пациенту получать дружескую поддержку своих сослуживцев и значительно повышает общую эффективность реабилитационных мероприятий. Желательно, чтобы солдат, требующих ухода с тяжелым боевым стрессом, не помещали в медицинские учреждения вместе с ранеными и больными военными.

Simplicity (простота) - этот принцип указывает на необходимость использования коротких и простых методов для восстановления физического состояния и уверенности в себе. Не проводите психотерапии.

Действия, которые выполняются для контроля реакций боевого стресса, следующие:

1. Убеждение (убедите пострадавшего в нормальности реакций)

2. Отдых (отсрочка от боя или отдых от работы);

3. Удовлетворение телесных потребностей (например, согреть, дать пищу и питье, обеспечить гигиену и сон);

4. Восстановление уверенности (дать военному возможность выполнять целенаправленную деятельность и контактировать со своим подразделением)

5. Возвращение (в свое подразделение и выполнение своих прямых обязанностей)

СТАТУС НЕ ПАЦИЕНТА Чтобы комбатанты с боевым стрессом не вошли в роль пациента, необходимо придерживаться следующих принципов:

- Оставить военным их форму и они должны соблюдать военную этику и дисциплину; - Обеспечить пребывание военных с реакциями боевого стресса отдельно от тяжелобольных или раненых пациентов;

- Максимально ограничить прием лекарств за исключением серьезного нарушения сна;

- Не эвакуировать и не госпитализировать военного за исключением крайней необходимости;

- Не ставить преждевременных диагнозов;

- Транспортировать военных автотранспортными средствами общего назначения, а не машинами скорой помощи.

Так же, как и оказание первой помощи при физических травмах и заболеваниях, первая помощь при стрессе имеет три основные цели: сохранить жизнь, предотвратить дальнейшие осложнения и способствовать восстановлению. Ни первая медицинская, ни первая психологическая помощь не заменят медицинское или хирургическое длительное лечение, если в том будет необходимость. На самом деле, они служат временными мерами и увеличивают вероятность успеха в будущем, когда такое лечение будет доступным. Однако, во многих случаях, когда травма или заболевание не слишком серьезны, первой медицинской или психологической помощи может быть достаточно, чтобы сохранить жизнь, предотвратить дальнейшие осложнения и способствовать выздоровлению.

Одним из основных принципов первой помощи при признаках боевого стресса - это то, что непосредственное военное командование и сплоченность подразделения являются потенциально мощной доступной силой для исцеления и восстановления военнослужащих, часто мощнее, чем клинические навыки консультантов и терапевтов, или лекарств, предписанных врачами. И поэтому очень важно научиться делать быструю и точную оценку состояния собратьев, найти лучший способ помощи именно в данной ситуации (потому, что каждый случай является уникальным), а также понять, когда нужно обратиться к специалистам.

Первая помощь при боевом стрессе состоит из семи шагов и организуется на трех уровнях. На английском языке это звучит как «правило семи C оказания первой помощи при стрессе» (Seven Cs of Stress First Aid):

Непрерывная помощь (Continuous Aid)

Проверка (Check) - Оценка: наблюдайте и слушайте

Координация (Coordination) - получение помощи, при необходимости перенаправление

Первичная помощь (Primary Aid)

Укрытие (Cover) - как можно быстрое обеспечение безопасности

Успокоения (Calm) - расслабление, успокоение, перефокусировка

Вторичная помощь (Secondary Aid)

Связь (Connect) - Получение помощи от других

Компетентность (Competence) - Восстановление эффективности

Уверенность (Confidence) - Восстановление самоуважения и надежды

**Профилактика боевого стресса**

Боевая усталость неизбежна во время боя, но можно предотвратить большое количество пострадавших от нее. Исследования показывают, что в хорошо подготовленных и сплоченных подразделениях, только один из десяти страдает от боевого стресса даже в условиях тяжелых боев. Это значительно меньше, чем обычно: в среднем один из четырех или пяти в боях умеренной интенсивности и один из двух - трех военных во время интенсивных боевых действий.

Военнослужащие должны уметь распознавать признаки стресса друг у друга. Одним из важных способов, который может уменьшить напряжение - выговориться. То есть необходимо подбадривать и поощрять солдата в стрессе к разговорам. Успокоения полезны, тогда как споры, критика и унизительные замечания обычно ничем не помогут.

Общие встречи ("обсуждения") - это короткие встречи, которые проводятся только тогда, когда подразделение возвращается из боя или после выполнения боевых задач. Также они проводятся после тяжелых / интенсивных боев с противником или дежурства, во время которого произошло нечто серьезное. Такие встречи особенно важны после критических событий. Это – неофициальное мероприятие. Компоненты встречи "обсуждение":

Собрать всех членов подразделения в безопасном и относительно удобном месте на короткий период времени (около 15 минут). Дать им возможность получить напитки (не стимулирующие) и привычные продукты.

Дать им возможность пообщаться между собой. Предоставить признание и похвалу за сложную миссию, которую они завершили.

Дать информацию о других членах подразделения, которые были ранены или погибли, чтобы предупредить сплетни. Предоставить информацию команде о том, где и как они будут отдыхать и восстанавливаться. Дать краткий обзор дальнейших планов.

При необходимости, можно предоставить очень краткий обзор нормальных стрессовых реакций, которые могут проявиться.

Что может делать сам военнослужащий для профилактики возникновения боевого стресса?

Военнослужащий должен пить достаточное количество жидкости (даже если не хочется), есть достаточно пищи и стараться отдыхать / спать так часто, как это возможно.

Каждый должен научиться простым техникам релаксации, которые могут быть использованы тогда, когда выполнение физических упражнений невозможно. Техники управления стрессом включают: глубокое дыхание, расслабление мышц и умственные упражнения. Глубокое дыхание легче освоить и практиковать, другие техники требуют более длительного обучения и большого времени для практики.

Техники дыхания. Дыхание животом. Дышите медленно и глубоко, используя мышцы живота (не мускулы грудной клетки), чтобы "впускать и выпускать воздух". Даже один глубокий вдох, когда вы вдыхаете, удерживаете воздух в течение 2-3 секунд, а затем медленно выдыхаете через рот (около 5 секунд) может стабилизировать состояние и переключить внимание. Брюшное или диафрагмальное дыхание особенно эффективно для контроля напряжения и, с практикой, может выполняться одновременно с выполнением задач, которые требуют полного внимания.

Растяжения. Растяните мышцы и суставы, покрутите ими и "стряхните" напряжение.

Телесные упражнения. Если есть постоянное напряжение тела, которое мешает заснуть, произвольно напрягите максимально мышцы тела на 15-20 секунд, затем расслабьте. Повторяйте упражнение 10-15 раз до появления чувства глубокого расслабления.

Если напряжение локализуется в определенной части тела, можно выполнять следующие упражнения: 1) согнуть пальцы в кулак и удерживать максимальное напряжение; 2) согнуть руки перед собой, сжать кулаки и максимально напрячь бицепсы; 3) согнуть руки перед грудью, развести локти в стороны, отвести их максимально назад, зафиксировать это положение, напрягая мышцы плечевого пояса и спины; 4) в положении "ноги на ширине плеч" напрячь мышцы ног и спины. Произвольные мышечные напряжения можно выполнять с любых исходных положений, следуя общему правилу: содержание максимального напряжения в течение 15-20 секунд с последующим расслаблением. Повторять упражнение нужно 10-15 раз.

Самомассаж. Упражнение эффективно при онемении мышц тела. Даже в течение напряженного дня всегда можно найти время для отдыха и расслабиться. Можно помассировать определенные точки тела, нажатием средней интенсивности, закрыв глаза: межбровная зона (потрите медленными круговыми движениями), задняя часть шеи (мягко сожмите несколько раз одной рукой), челюсть (потрите с обеих сторон область суставов нижней челюсти); плечи (помассируйте верхнюю часть плеч всеми пятью пальцами), ступни ног (если вы много ходите, отдохните немного и потрите ноющие ступни перед тем, как идти дальше).

Умственные упражнения. Включают в себя создание позитивных мысленных образов, которые перенаправляя внимание, уменьшают влияние стрессоров окружающей среды.

Положительное самовнушение, самоубеждение. Говорите себе: "Легче - легче", "Не спеши", "Я спокоен", "Я могу сделать это", "А теперь сделай это!" Или любые другие короткие слова-ободрения.

Визуализация собственного расслабления. Представьте, что вы в спокойной ситуации. Выберите свою расслабляющую ситуацию, а потом почувствуйте ее, используя всеми ощущениями: цвета, формы, текстуры, звуки, запахи, температуру и прикосновения.

При наличии навязчивых мыслей, которые внушают страх и переживания, а также зацикленности на негативных образах, страхах хорошо помогает техника "Рубильник". Представьте эту мысль, что истощает вас, в виде большого рубильника, мысленно потянитесь к нему и резко дерните вниз. Раз - и все, тишина. Вы выключили эту мысль.

Вышеуказанные методики должны выполняться часто, пока они не будут доведены до автоматизма.

**Военно-травматический стресс (ПТСР)**

Все больше врачей различных специальностей по всей Украине среди своих пациентов встречают вынужденных переселенцев и участников боевых действий из восточных областей Украины. Несмотря на то, что такие события на территории Украины разворачиваются впервые за все годы независимости, они являются необычными, нетипичными, выходящими за пределы обыденности. Это, в свою очередь, накладывает значительный отпечаток на психическую жизнь украинцев - как находящихся в областях, где продолжается противостояние, так и у тех, кто ведет мирный образ жизни.

Диагноз ПТСР появился в клинических руководствах относительно недавно. В США в DSM III - в 1980 году, в Международной классификации болезней - в 1995 году. Однако ПТСР нельзя назвать молодым заболеванием. ПТСР существовал столько же, сколько существовали люди, сколько велись войны, сколько были убийства и природные катаклизмы. Эти события вызывали стрессовые расстройства в человеке. В медицинской истории известно несколько названий ПТСР: «окопный синдром», синдром «сердце солдата», «снарядный шок», «вьетнамский синдром», «афганский синдром». Как термин «посттравматическое стрессовое расстройство» появился в 1960-1970 годах в США. Причиной актуализации внимания вокруг данной проблемы возникли последствия войн в Корее и Вьетнаме. Большое количество людей, которые имели общие симптомы и общую предпосылку их появления побудила к объединению их в единую нозологию.

Военно-травматический стресс является разновидностью ПТСР. Он возникает у непосредственных участников боевых действий. Формированию военно-травматического стресса способствуют определенные условия.

1. Резкое изменение условий мирной гражданской жизни на боевые, к которым необходимо быстро приспосабливаться. В таких условиях человек постоянно находится в опасности, является свидетелем разрушений, пожаров, смертей (как знакомых, так и незнакомых людей).

2. Резкое изменение ситуации боевых действий на мир. К этой ситуации военным необходимо адаптироваться заново. Дезадаптации, возникающих именно в этот период, отличаются своей продолжительностью и называются собственно ПТСР. Возвращаясь к обычной мирной жизни в результате окончания боевых действий или вследствие демобилизации, человек часто остается адаптированной к ситуации боевых действий. Для окружения бойцов ПТСР имеют следующие проявления:

• немотивированная агрессия, направленная на случайных людей, а часто на родных и близких;

• нарушение сна, снижение настроения, общего жизненного тонуса, непонятное чувство вины (не выполнил миссию: не спас; должен сейчас быть там), уход в себя и тому подобное;

• психические расстройства, необходимость психиатрической помощи.

В ряде исследований отмечается, что ПТСР составляют от 10 до 50% медицинских последствий всех боевых событий.

ПТСР не оставляет человека и через много лет. Симптомы ПТСР часто не исчезают даже через 15-20 лет после окончания войны. Это известно на примере многочисленных исследований последствий Вьетнамской войны. ПТСР страдали почти полмиллиона ветеранов Вьетнама - мужчин (15,2%). Аналогичные результаты (17%) было получено в России при обследовании экспериментальной выборки участников боевых действий в Афганистане. Симптомы ПТСР имели 29-45% (по разным источникам) ветеранов Второй мировой войны, 25-30% американских ветеранов Вьетнамской войны. Страшные социальные последствия ПТСР ощутили на себе американцы. К 1975 году в США количество самоубийств среди ветеранов Вьетнамской войны превысило количество погибших собственно на войне, к концу 1990-х годов 58000 бывших американских военных покончили жизнь самоубийством. Уровень разводов среди ветеранов войны составляет около 90%. Эти цифры сегодня должны быть для нас уроком. Они подчеркивают особую актуальность диагностики ПТСР на ранних этапах развития и оказания пациентам надлежащей квалифицированной помощи.

Симптомы ПТСР могут появиться внезапно, постепенно или напоминать о себе время от времени. Они могут возникать как бы «на ровном месте», а могут «запускаться» чем-то, что напоминает человеку о страшном событии или связано с ним. Это может быть место происшествия, шум, запах, слова-якоря, образы. Типичные признаки включают эпизоды навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов (часто с элементами ужасов), которые возникают на фоне хронического чувства «оцепенения» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствии реакций на окружающие события, ангедонии, бегство от деятельности и ситуаций, которые отдаленно напоминают о травмирующих событиях. В отдельных случаях имеют место драматические, острые вспышки страха, паники и агрессии, которые провоцируются стимулами, вызывающими неожиданное напоминание о травме или первую реакцию на нее. Обычно имеет место состояние повышенного вегетативного возбуждения с повышением уровня активности, усилением реакции испуга и бессонница.

С вышеупомянутыми симптомами и признаками часто сочетаются тревога и депрессия, нередко встречается суицидальные тенденции, часто имеют место злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами.

Среди эмоций преобладают гнев и раздражительность; чувство вины, стыда или самообвинения; чувство недоверия и предательства, а также «несправедливости судьбы»; чувство безысходности; ощущение отчужденности.

Влияние длительных, экстраординарных психотравмирующих событий, связанных с угрозой жизни, приводит к определенным личностным изменениям: обостряются одни особенности личности, другие - нивелируются. На фоне таких событий проявляются несвойственные человеку черты. Окружающие могут воспринимать человека с ПТСР как такового, которого подменили.

 Пациенты с ПТСР понимают, что находятся в нездоровом состоянии. Некоторые из них обращаются за помощью к психиатрам и психологам с жалобами на депрессию, агрессивные проявления, расстройства сна. Однако, несмотря на невысокую психологическую культуру украинцев и на страх стигматизации по причине обращения за психиатрической помощью, часто лица, имеющие ПТСР не попадают в поле зрения психологических кризисных служб, стараюсь преодолеть проявления расстройства самостоятельно. К сожалению, часто это происходит с помощью алкогольных напитков и наркотических препаратов. Однако стоит сказать, что под влиянием длительного стресса у людей часто появляются вегетативные дисфункции - сердечная боль, расстройства пищеварения, нарушения сна или обостряются хронические заболевания. С этими жалобами люди обращаются к врачам-терапевтам, кардиологам, гастроэнтерологов. Поэтому врачи должны с особой внимательностью относиться к своим пациентам, которые приехали из тех областей, в которых ведутся боевые действия, или были их участником. В случае малейшего подозрения о наличии ПТСР они должны направить таких пациентов к врачам-психологам, психиатрам. Роль врачей в этом - чрезвычайно велика. Если есть контакт с родственниками или близкими людьми пациента, лучше проинформировать их о важности посещения психиатра или врача-психолога.

Как следует вести себя с человеком, который имеет ПТСР? Если при определенных обстоятельствах вам придется работать или общаться с человеком, который имеет ПТСР, помните, что при взаимодействии важно создать атмосферу доверия и безопасности. Не давите, не пытайтесь любым способом помочь. Наберитесь терпения и попробуйте понять человека. Лица с ПТСР могут часто говорить о психотравмирующих событиях или о других актуальных переживания - слушайте! Разговоры о травме - это путь к выздоровлению. По возможности давайте человеку поддержку, верьте в его силы, будьте искренними. Если вам позволяет формат работы, постепенно направляйте мысли человека на позитивное будущее (семья, привычки, работа, отдых). И самое важное - будьте искренними и откровенными. Не давайте иллюзорных обещаний. Иногда даже просто побыть с человеком молча - это уже маленькая психотерапия.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АЛГОРИТМ ПЕРВЫХ действий в чрезвычайных ситуациях

1. Осмотрите место происшествия и убедитесь, что может угрожать Вам, а потом - что может угрожать потерпевшим.

2. Осмотрите пострадавших и попробуйте понять, есть ли угроза их жизни. Если да, то от чего человек может умереть прямо сейчас.

3. Вызовите специалистов (медиков, сотрудников Государственной службы чрезвычайных ситуаций и т.д.).

4. Оставайтесь с пострадавшим до приезда специалистов, пытаясь сохранить или улучшить его состояние доступными методами.

Не начинайте действовать сразу. Определите, какая помощь (кроме психологической) нужна, кто больше нуждается в помощи. Узнайте имена людей, которые нуждаются в помощи.

Представьтесь, кто Вы и какие функции выполняете («Я - социальный работник», «Я - волонтер», «Я - врач», «Я помогаю пострадавшим»). Человеку может дать надежду уже Ваше присутствие. Скажите, чем Вы можете помочь, объясните что помощь скоро прибудет, что Вы об этом позаботились. Важно восстановить процесс жизнедеятельности человека: попросите подышать в определенном ритме (например: «Вдохните, немного задержите дыхание, выдохните». «Дышите, - Вдох ... выдох ... вдох ... выдох». «Дышите вместе со мной») . Установите контакт глазами, словами (например: «Вы меня слышите?»). Успокоить простыми словами (например: «Я вместе с Вами», «Попробуем вместе», «Здесь уже спокойно»).

Важно восстановить ориентацию в текущей действительности. Спросите о том, что человек слышит, видит, где находится. Если человек не совсем ориентируется, расскажите (кратко, точно) о месте, времени, ситуации (например, «Здесь много народа - это площадь. Был взрыв. Вы испугались» - Ваша речь простая, однозначно, спокойная). Затем восстановите цепочку памяти: спросите, что помнит до, что - после события: «Как все началось? Что вы делали?". Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим: возьмите за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или другим частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и потерпевший. Не поворачивайтесь к потерпевшему спиной. Ребенка можно немного обнять.

Никогда не обвиняйте людей. Избегайте любых слов, которые могут вызвать чувство вины.

Не давайте ложных надежд и ложных обещаний. Расскажите, какие меры нужно принять человеку для получения помощи в его случае.

Дайте человеку поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится (например, одеть куртку, сложить вещи в сумку). Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у него возникло чувство самоконтроля: «Вам уже приходилось преодолевать трудности, правда? Вот и сейчас преодолеете ». Дайте человеку выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Акцентируйтесь на положительном.

Скажите человеку, что Вы останетесь с ним. В случае необходимости его оставить, найдите того, кто может заниматься им и проинструктируйте относительно дальнейших действий.

Привлекайте других людей к оказанию помощи. Инструктирует их и давайте им простые поручения.

Старайтесь защитить человека от излишнего внимания и расспросов. Можно оградить от любопытных, например, дав им поручение: «Пройдите, пожалуйста, и посмотрите, нет ли тех, кому нужна помощь, поддержка, помогите им».

В ситуации человек всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Поведение такого человека не должно Вас пугать, раздражать или удивлять. Его состояние, поступки, эмоции - это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Не оказывайте психологическую помощь, если Вы к этому не готовы, не хотите (неприятно или другие причины). Найдите того, кто может это сделать. Придерживайтесь принципа «Не навреди!».Ограничьтесь только сочувствием и быстрее обратитесь за помощью к специалисту (психотерапевту, психиатру, психологу).

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что психологическое состояние, которое развивается вследствие воздействия травматического события, не принадлежит ни к одной из известных в клинической практике классификаций.

**НУЖНО делать и говорить**

* Найти для разговора тихое место, где ничто не будет отвлекать
* Уважать конфиденциальность и по возможности не разглашать сообщения и личные сведения о человеке
* Быть рядом с человеком, но соблюдать необходимую дистанцию ​​с учетом его возраста, пола и культуры
* Показывать, что внимательно слушаете собеседника, например, кивая головой или говоря короткие утверждающие реплики
* Быть терпеливым и спокойным
* Предоставлять фактическую информацию, если она существует. Честно говоря, о чем знаете, а чего не знаете: «Я не знаю, но попробую для вас узнать»
* Предоставлять информацию так, чтобы ее можно было легко понять простыми словами
* Выражать сочувствие, когда люди говорят о своих чувствах, перенесенную потерю или важные события (потеря дома, смерть близкого человека и т.п.): «Какое несчастье! Я понимаю, как вам тяжело»
* Отметить усилия человека, направленные на самостоятельный выход из тяжелой ситуации
* Дать человеку возможность помолчать в случае необходимости

**НЕ нужно делать и говорить**

* Заставлять человека рассказывать, что с ним произошло и происходит
* Перебивать, торопить собеседника (например, не надо смотреть на часы или говорить слишком быстро)
* Касаться человека, если нет уверенности, что это приемлемо в его культурной среде
* Давать оценку действиям человека
* Говорить «Вы не должны себя так чувствовать» или «Вы должны радоваться, что выжили»
* Придумывать то, чего не знаете
* Использовать специальные термины
* Давать обещания или заверения, в исполнении которых Вы не уверены
* Пересказывать собеседнику рассказы, услышанные от других
* Говорить о собственных трудностях
* Думать и действовать так, словно обязаны решить за другого все его проблемы
* Лишать человека веры в собственные силы и способность самостоятельно позаботиться о себе
* Говорить о людях, используя негативные эпитеты (например, называть их «сумасшедшими»)