

**ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ**

Д.А. Іванов¹, О.В. Ричка¹, А.М. Галушка¹, І.М. Льовкін²

¹ НДІ проблем військової медицини УВМА

² Військово-медичний клінічний центр
професійної патології особового складу ЗС України

Резюме. *Стаття має проблемний характер і охоплює деякі окремі питання військової психіатрії, і за думкою авторів, лише закликає до дискусії. Окреслені особливості організації військово-психіатричної служби на всіх рівнях медичної допомоги. Показані можливі недоліки на етапі сортування і, як наслідок – діагностична та облікова плутанина по відношенню до деяких категорій психічно хворих, запропоновані шляхи їх усунення. Здійснена спроба щодо систематизації вільного трактування ряду понять, застарілої і сучасної термінології психічних розладів в умовах збройного конфлікту.*

Ключові слова: *військова психіатрія, військовослужбовці, бойові умови, психічні розлади, реактивні стани, гостра реакція на стрес, розлади адаптації, ПТСР, медична рота, госпітальна ланка, рівні медичної допомоги, психіатрична допомога.*

Вступ. Як відомо, не може бути конфліктних ситуацій самих різних масштабів поза реагування психічної діяльності (усвідомленого або неусвідомленого). Образно кажучи, психіка людини, породжуючи протистояння (війну), сама стає однією з її мішеней для ворогуючих сторін [8].

У пострадянський період в Україні розвиток військової психіатрії дещо сповільнився, накопилось багато питань, потребуючих невідкладного урегулювання. Досвід проведення військових операцій на сході країни переконливо підкреслює важливість приділення більш ретельної уваги удосконаленню військово-психіатричної служби і організації її роботи.

Об'єкт дослідження: організація надання психіатричної допомоги військовослужбовцям у воєнний час.

Предмет дослідження: особливості надання психіатричної допомоги на етапах медичної евакуації.

Методи дослідження: системний аналіз, статистичний, історичний.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед психічних розладів воєнного часу провідними є реактивні стани (або психогенні розлади). У зв'язку з існуванням цілого ряду класифікацій цих станів (класифікація ВООЗ, класифікації цивільних і військових спеціалістів, класифікації з використанням застарілої і сучасної термінології та ін.) і з метою уникнення плутанини приведемо систематизовану нами класифікацію психогенних (реактивних) розладів, які можуть виникати в бойових умовах (табл. 1). Це допоможе

уточнити місце бойових стресових розладів на межі МКХ-10 і фундаментальних основ вітчизняної військової психіатрії. При цьому, доцільно використовувати весь спектр психогенних (реактивних) розладів, а не зводити їх до мінімуму: гострі реакції на стрес, розлади адаптації та посттравматичні стресові розлади (далі – ПТСР) [11].

Прийнято вважати (за “правилом трьох п’ятирок”), що за першу добу бойових дій психогенні втрати можуть скласти у % від усіх військовослужбовців, які безпосередньо беруть участь в бойових діях [3]:

- розлади “психологічного” рівня – 20%;
- розлади невротичного (пограничного) рівня – 4%;
- розлади психотичного рівня: реактивні психози – 0,8%.

За радянських часів вважалось, що середньодобові санітарні втрати за рахунок гострих реактивних психозів можуть становити 0,15% від загальної чисельності військ. При цьому, необхідно відзначити, що проблема прогнозування санітарних втрат за рахунок гострих реактивних психозів є найбільш складною, що пов’язано зі специфікою обліку та обмеженням публічності цієї інформації [1].

Структуру санітарних втрат психіатричного профілю прийнято вважати наступною [3]:

- психологічний рівень – 80%;
- пограничний рівень – 15%;
- психотичний рівень – 5%.

За статистичними даними Головного Військово-медичного клінічного центру “ГВКГ” [11] військовослужбовці з гострою реакцією на стрес (гострим реактивним психозом) склали 55% від усіх військовослужбовців-учасників антитерористичної операції з бойовою психічною травмою, які були направлені на лікування до психіатричних стаціонарів (при загальноприйнятому для таких розладів діапазоні – до 5% [3]).

Структура і тяжкість психогенних розладів залежать від багатьох обставин: недостатня психологічна підготовка до екстремальних умов, преморбід військовослужбовця, соматична ослабленість та ін. Але ці фактори не можуть кардинально змінити статистику.

За рахунок чого такий значний відсоток гострих реакцій на стрес (що перевищує очікуваний результат, згідно усіх норм, більш, ніж у 10 разів)?

Виникає питання, перш за все, у лікарів – не психіатрів: “Що таке “гостра реакція на стрес”? Якого рівня цей розлад (психотичного або непсихотичного)? Може це – непсихотичний розлад, а природній фізіологічний страх...? – Ні, це короткочасний психогенний розлад, саме психотичного рівня [3, 5, 13, 14, 20].

Таблиця 1

Класифікація психогенних (реактивних) розладів

Психогенні розлади		Форма	Варіант	Тривалість	МКХ-10
Невротичні розлади	Невротичні стани	Істеричний невроз (дисоціативний, конверсійний розлад)	Істеричний невроз (дисоціативний, конверсійний розлад)		F 44
		Неврастенія			F 48.0
		Невроз нав'язливих станів (обсесивно-компульсивний розлад)	Невроз нав'язливих станів (обсесивно-компульсивний розлад)	до 2-3 місяців і більше	F 42
Невротичні розлади	Невротичні реакції	Розлади адаптації (депресивний епізод)	Розлади адаптації (депресивний епізод)	до 2-х тижнів	F 43.2 (F 32.0, F 32.1, F 32.2)
		Розлади адаптації з переважанням порушення емоцій (невротичні реакції) [3]	Інші невротичні реакції	від 10 хвилин до 10 діб	
		Гостра реакція на стрес, гострий кризовий стан, психічний шок (афективно-шокова реакція [14])	ФуIFORMна реакція або гіперкінетична форма [5] (реакція втечі) Афектогенний ступор або гіпокінетична форма [5] (дисоціативний ступор)	від 15 до 25 хвилин (але астенія може затягуватися на 2-3 тижня і більше) від декількох годин до 2-3, а інколи і до 15-20 діб	F 43.0 (близько до дисоціативної fugи – F 44.1 [5]) F 44.2
Реактивні психози	Затяжні реактивні психози [2]	Реактивна депресія (депресивний епізод тяжкого ступеня з психотичною симптоматикою)	від 20-30 діб до 2-3 місяців і більше (глібока реактивна депресія) 10-20 діб (помірна реактивна депресія)	F 32.3	
Істеричні психози (дисоціативні розлади)		Істеричне сутінкове потьмарення свідомості Псевдодеменція (псуерилізм) Синдром Ганзера	від декількох годин до 5-6 діб, інколи до декількох тижнів	F 44.8	
Реактивний (психогенний) параноїд (інші гострі розлади марення)		Синдром Ганзера	від 10-15 до 30-40 діб від 10-15 діб до 1-2 місяця і більше	F 23.3	
ПТСР (посттравматичний стресовий розлад, "воєнний невроз", "гостре горе")				6 міс. (інколи рік і більше)	F 43.1

Тоді у чому причина такої завищеної кількості військовослужбовців з гострою реакцією на стрес (гострим реактивним психозом) в умовах збройного конфлікту на сході країни? Бойові уражаючі фактори фактично ті ж, що і півстоліття назад, люди такі ж.

На нашу думку, таке стає можливим у випадках, коли в поняття “гостра реакція на стрес” (гострий реактивний психоз) включають наступні стани:

1). психологічна дизадаптація або психологічна (доклінічна) стресова реакція, що є крайнім варіантом в межах фізіологічної норми, і не розцінюється, як хвороба;

2). гостра невротична реакція.

Це по-перше. Другою причиною (враховуючи, що “гострі реакції на стрес” – це не що інше, як істеричні реакції) може бути “психічне зараження” – одна з основних проблем воєнного часу.

І ще одне – “гострої реакції на стрес” в такій кількості в стаціонарах тилу країни не повинно бути.

Неусвідомленість в умовах війни цих тенденцій, образно кажучи, може призвести до “втрати армії”.

Наявність в медичній службі механізованих бригад, військових мобільних госпіталях лікарів-психіатрів, штатних або приданих, дозволило б уникнути помилок в діагностиці і сортуванні військовослужбовців з психічними розладами в зоні бойових дій, що допускаються через необізнаність лікарів – не психіатрів з питань даного профілю.

При правильній організації психіатричної допомоги, наявності необхідної кількості військових психіатрів і грамотному сортуванню, осіб з гострими реакціями на стрес (з їх тривалістю від декількох хвилин до декількох днів) на долю Військово-медичних клінічних центрів і цивільних закладів охорони здоров’я в тилу країни повинно приходиться набагато менше (у будь-якому випадку, не перевищувати усереднені норми більш, ніж у 10 разів).

Що ж необхідно робити в ситуації, що склалася? Необхідно чітко розуміти, що:

1). гострі реактивні психози – це, перш за все, короткочасні істеричні реакції [3].

2). істеричні реакції в умовах бойових дій можуть стрімко поширюватися і призводити до “психічної чуми”!

Відновлення військовослужбовців з психологічною стресовою реакцією і гострою невротичною реакцією повинно здійснюватися не в тилу, а, наприклад, на рівні медичної роти бригади (військового мобільного госпіталю), а осіб з гострою реакцією на стрес – в стаціонарах районних і міських лікарень або госпіталів поблизу зони проведення бойових дій.

Інша справа, коли в стаціонарах ВМКЦ, далеко за межами лінії зіткнення, опиняються особи:

з реактивними депресіями (з тривалістю лікування – від 10–30 днів до 2–3 місяців);

з посттравматичними стресовими розладами – ПТСР (з тривалістю лікування – до 3-6 місяців і більше). Ось ПТСР серед комбатантів, дійсно нараховується немало [4, 7].

Але дуже важливо навчитися диференціювати осіб з гострими невротичними реакціями і осіб з істеричними реакціями (гострою реакцією на стрес). Для осіб з невротичними реакціями найкращими ліками може виявитися адекватний відпочинок, сон, гарячий обід, зміна одягу, можливість помитися у лазні, легка психотерапія, ласкаве слово. А для осіб з істеричними реакціями (гострими реакціями на стрес) після ізоляції і купування психотичної симптоматики необхідний владний імператив, твердий, жорстокий тон.

Важливо пам'ятати, що підвищена увага для осіб з істеричними реакціями згубні. Тому що, якщо розпочати бігати навколо істерика, заспокоювати, ублажати його, то він як боєць буде втрачений; і просто увійде у зтяжну форму хвороби.

Істерія має тенденцію до “ланцюгової реакції”. Один істерик може вивести зі строю цілий підрозділ.

Такі особи повинні бути ізольовані якомога швидше. Вилучається зброя та гострі предмети, встановлюється суворий нагляд, усувається дія психотравмуючого фактору. Не дивлячись на гостроту і психотичний рівень розладів, такі хворі в переважній більшості випадків повністю виходять із хворобливого стану. Евакуація їх в тиліві райони, як правило, недоцільна [19].

При підгострих або зтяжних станах (істеричні психози, реактивний параноїд та ін.) робиться усе можливе, щоб вивести хворого із психотичного стану і тільки після цього приймається рішення щодо евакуації. Виділяються два супроводжуючих, які під час евакуації здійснюють суворий нагляд.

Сортування психічно хворих повинно проводитись досвідченими спеціалістами-психіатрами. Але в медичній службі бригади лікарів-психіатрів немає. Також там відсутні і спеціалісти, які мають хоч будь-яку уяву про основи військової психіатрії. І, навіть, у штаті військових мобільних госпіталів (які відносно віддалені від лінії зіткнення, до 30 км) військових психіатрів немає. А де взяти досвідчених психіатрів, якщо їх в останні роки значно скоротили?

На рівні сортування, в умовах наших реалій, лікарський склад військових мобільних госпіталів з причини некомпетентності, з одного боку боїться військовослужбовців з психічними розладами, а з іншого боку – побоюється

приймати рішення щодо повернення осіб з гострими психогенними реакціями до строю. Чому?

- 1). "А якщо вони там, що-небудь накоять".
- 2). "Це негуманно".
- 3). Просто не знають, як необхідно з ними поступати і направляють більшість військовослужбовців з такими розладами "під одну гребінку" в госпітальну ланку.

Таким чином, на етапі сортування, лікар (у т.ч. не психіатр) повинний вміти диференціювати, як мінімум, наступні психічні стани і розлади (табл. 2).

Таблиця 2

Деякі психічні стани і розлади, що потребують диференціації між собою

№ за/п	Психічний стан або розлад, який необхідно диференціювати	Психічний стан або розлад, з яким необхідна диференціація
1	Гостра реакція на стрес	Гостра невротична реакція
2	Гостра невротична реакція	Психологічна (доклінічна) стресова реакція
3	Симулятивна поведінка у здорової людини	Симуляція у психічно нездорової людини (коли симулятивна симптоматика не співпадає з симптоматикою хвороби)
		Агравція (коли хворий підсилює наявну у нього симптоматику)
		Істерична поведінка
6	Істеричний припадок	Епілептичний припадок
7	Істеричні психози (істеричне сутінкове потьмарення свідомості і т.ін.)	Істеричний невроз
8	Інтоксикаційні психози	Психози ендогенного походження, які розвинулись (загострилися) в умовах бойових дій і т.ін.

До чого призводить відсутність фільтру військовослужбовців з психічними розладами?

- 1). До перевантаження лікувальних психіатричних стаціонарів, у тому числі за рахунок осіб, яких можливо було б через декілька годин (дів) повернути до строю, і у яких в тилу наступає хронічний перебіг хворобливого процесу і вони втрачаються для військ.
- 2). До можливого виникнення "епідемії" істеричних реакцій (що знову незаслужено збільшить санітарні втрати психіатричного профілю).
- 3). До передумов для симуляцій.
- 4). До опосередкованого підриву бойового духу військовослужбовців.

Під час сортування враховують: клінічний стан пацієнта, невідкладність надання медичної допомоги, можливість подальшої евакуації (спосіб і засоби транспортування, евакуаційне призначення), необхідність спеціальної обробки або ізоляції тощо.

При «грубому» сортуванні, для первинного відділення уражених психіатричного профілю від інших категорій уражених і поранених можна оперувати поняттям "Бойова психічна травма", яке об'єднує (групує) всі

розлади, як психологічного, так і психіатричного рівня (з причинною прив'язкою до бойових умов).

Необхідно зазначити, що відповідно до наших досліджень [9], перебування військовослужбовців в екстремальних (бойових) умовах більше 6 місяців може призводити до формування тих чи інших психічних розладів.

В перспективі у Збройних Силах України повинна бути прийнята система лікувально-евакуаційних заходів, що адаптована до міжнародних стандартів (відповідно вимог ООН, НАТО), і мати рівневий характер надання медичної допомоги [18].

Базовий рівень передбачає першу медичну допомогу, що надається на полі бою санітаром (санітарним інструктором) з базовими навиками психіатричної допомоги (припинення істеричних приступів тощо).

Перший рівень – це долікарська медична допомога з елементами першої лікарської допомоги, що надається фельдшером (або лікарем) з досвідом у галузі військової психіатрії (короткочасна ізоляція, купування психомоторного збудження, попередження суїциду тощо).

Другий рівень охоплює першу лікарську з елементами кваліфікованої медичної допомоги в медичній роті бригади (ізоляція осіб з психотичним станом, купування психомоторного збудження, попередження суїциду, сортування, відпочинок і лікування осіб, перспективних для повернення до строю протягом 10 днів з моменту надходження).

Третій рівень передбачає надання кваліфікованої медичної допомоги в мобільних або стаціонарних госпіталях (психофармакотерапія невиражених реактивних станів та інших психічних розладів з нетривалими термінами лікування для повернення до строю).

Четвертий рівень складає спеціалізована медична допомога в профільних відділеннях госпіталів, військово-медичних клінічних центрів (повний спектр психіатричної допомоги тяжким хворим психіатричного профілю).

Концепція надання медичної допомоги особам психіатричного профілю передбачає зважені сортувальні рішення в кожному конкретному випадку:

особам з ендогенними психотичними розладами, вкрай вираженими невротичними станами, реактивною депресією і тяжкими травмами мозку з психічними відхиленнями стабілізують стан і негайно евакуюють до лікувальних закладів за межами зони бойових дій;

осіб з психомоторним збудженням (істеричні реакції і психози, інтоксикаційні психози) ізолюють, направляють до психоізолятору і встановлюють за ними нагляд за рахунок медичного персоналу і видужуючих, які повинні не допустити втечі або інших соціально небезпечних дій з боку хворих. Передбачають способи та засоби фіксації таких військовослужбовців.

При цьому допомога, що надається, направлена на максимальне клінічно обгрунтоване повернення до строю військовослужбовців з передових етапів медичної евакуації.

Приміщення психоізолятора встановлюється на рівні медичної роти механізованої (танкової) бригади, у військовому мобільному госпіталі. Психоізолятор повинний бути обладнаний дверима із залізним каркасом, засовами і прикрученими до підлоги ліжками; забезпечений необхідними психотропними та іншими лікувальними засобами, у т.ч. для купування збудження, і сейфом (для зберігання лікарських засобів), з унеможливленням вільного доступу до нього.

Медична допомога за невідкладними показаннями повинна надаватись, за можливістю, на більш ранніх рівнях [19].

За наявності психомоторного збудження, тривоги доцільно фізичне обмеження, введення літичної суміші: 2–3 мл 2,5% розчину аміназину, 2–3 мл 1% розчину дімедрола, 7–10 мл 25% розчину сірнокислої магнезії в одному шприці внутрішньом'язово 3 рази на день (під контролем АТ).

Реактивний параноїд купується аміназином (50–75 мг внутрішньом'язово) і трифтазином (15–30 мг внутрішньом'язово). При псевдодеменції, пуерилізмі та інших психотичних станах показано застосування нейролептиків: аміназин в драже і в ін'єкціях в дозі 75–100 мг за добу (під контролем АТ), галоперідол до 10 мг за добу в поєднанні з циклодолом (для упередження екстрапірамідних розладів, спричинених нейролептиками): 0,002 г до 4–6 таблеток за добу.

Повний спектр очікуваних психічних розладів у післявоєнний час наведено у табл. 3.

При цьому, особи із затяжними ПТСР, комбатантним патохарактерологічним розвитком особистості та ін. повинні опікуватися психіатрами військових комісаріатів для того, щоб зменшити ризик криміналізації комбатантів. Введення до штату військкоматів “дільничних психіатрів” (але не психологів!) скоро може стати актуальним питанням.

Необхідно зазначити, що реформування Збройних Сил України здійснюється для підвищення їх якості. Але без підсилення військово-психіатричної служби ця мета не може бути досягнута в повній мірі.

Стає очевидним, що в наших умовах в певних медичних підрозділах (закладах) військової ланки також доцільна присутність військового психіатра (з досвідом роботи в стаціонарі), який добре розбирається в реактивних станах, поширених в бойових умовах.

Психічні розлади, що можуть очікуватися у післявоєнний час

№ за/п	Психічні розлади		Пояснення
	Основне поняття	Тотожне поняття (синонім)	
1	Затяжний перебіг ПТСР (більше 6 мес., 1 року)	Хронічна (затяжна) форма ПТСР “Вторинний ПТСР” [16] “Синдром військовослужбовця АТО” “Східний (донбаський) синдром” “Комбатантна акцентуація” [6] “Комбатантна психопатизація” [3]	До цих розладів відносяться і можливі атрибути цих станів – алкоголізація, наркоманізація, токсикоманізація, агресивна поведінка, високий ризик суїциду і т.ін.
2	Стійка зміна особистості після катастрофи [3,5]	“Крайова” (набута) форма психопатії [12] Психогенний (посттравматичний) патохарактерологічний розвиток особистості [12]	Стійка зміна особистості по психопатичному типу. ПТСР характерно в середньому для 20% осіб з психогенною травмою, в той час як особистісні трансформації зустрічаються серед більшої частини індивідів, що пережили вплив травматичного стресору [6]
3	Пролонгована депресія (більше 2-х років)		Затяжний наслідок розладу адаптації
4	Психосоматичні розлади у учасників бойових дій		Ці розлади можуть фіксуватися на скаргах, пов’язаних із станом серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту або інших органів і систем [16]
5	Віддаленні психічні наслідки черепно-мозкової травми (ЧМТ)		Наслідки ЧМТ можуть розвиватися по психопатичному, астеничному, органічному типу
6	Ендогенні психічні розлади (шизофренія, маніакально-депресивний психоз і т.ін.)		Ці захворювання, перебуваючи в готовності до розвитку або загострення, в латентній фазі, “гліючи” всередині організму, можуть “здетонувати” у бойових умовах. Як правило, їх не так багато, збільшення їх кількості не відбувається, ця величина відносно постійна

Сьогодні виникла потреба невідкладно розширювати військову психіатрію. Екстрено навчати слухачів УВМА основам військової психіатрії. А для цього необхідно створити кафедру військової психіатрії в УВМА.

Висновки і рекомендації

1. Розглянути можливість створення в складі Української військово-медичної академії:

- а). Кафедри військової психіатрії;
- б). Факультету підготовки військових фельдшерів.

2. Поставити питання щодо введення до штату медичної служби деяких бригад і військових мобільних госпіталів лікарів-психіатрів.

3. Необхідно забезпечити медичну службу бригади сучасними психофармакологічними препаратами для надання невідкладної медикаментозної допомоги.

4. Продумати алгоритм освіти командного складу підрозділів і лікарів – не психіатрів основам військової психіатрії для своєчасного розпізнавання факторів ризику суїциду, агресивної поведінки, намірів вбивства інших військовослужбовців та інших надзвичайних подій.

5. Обмежити термін (до 6 місяців), відведений на виконання бойових завдань (своєчасно проводити ротацію військовослужбовців).

6. Невідкладно здійснювати за показаннями амбулаторні або стаціонарні (в залежності від стану здоров'я) реабілітаційні заходи в умовах спеціалізованих відділень цивільних та військових санаторіїв.

7. Ввести до штату військових комісаріатів лікаря-психіатра (“дільничного” психіатра), силами якого здійснювати медичний контроль за станом здоров'я, діяльністю в професійній і побутовій сфері, відновленням попередніх соціально-побутових зв'язків комбатантів.

Література

1. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. [Александровский Ю.А.]. – М.: Медицина, 2000. – 495 с.

2. Военная психиатрия / Под ред. проф. Ф.И. Иванова. – Л.: ВМедА, 1974. – 424 с.

3. Военная психиатрия / Под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. – СПб.: ВМедА, ЭЛБИ. – СПб, 2001. – 236 с.

4. Давидюк Л.К. Медичне забезпечення Збройних Сил США при підготовці та у ході війни у зоні Перської затоки / Л.К. Давидюк, Давидюк Н.П. // Сучасні аспекти військової медицини: Зб. наук. праць. – 2003. – Вип. 8. – С.29–35.

5. Кутько И.И. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение / И.И. Кутько, О.А. Панченко, Г.С. Рачкаускас, А.Н. Линев // Новости медицины и фармации в Украине. – 2014. – № 16 (510). – С. 16–20.

6. Зелянина А.Н. Динамика личностных характеристик у ветеранов с различной тяжестью военной травмы / А.Н. Зелянина // Психологические исследования. – 2012. – №1 (21). С. 3. Электронный ресурс. Способ доступа: <http://psystudy.ru.0421200116/0003>.

7. Зубова Е.А. К вопросу о посттравматических стрессовых расстройствах / Е.А. Зубова // Российский психиатрический журнал. – 1998. – №1. – С. 54–60.

8. Иванов Д.А. Особливості психолого-психіатричного супроводу військовослужбовців миротворчих підрозділів // Матеріали IV-ї науково-практичної конференції психіатрів ЗС України “Афективні та граничні психічні розлади у військовослужбовців, військових пенсіонерів, комбатантів війн та локальних воєнних конфліктів. Лікування, експертиза та соціальна реабілітація” (8–9 червня 2011 р.): Тези доповідей. – Харків: ВМКЦ Північного регіону, 2011. – С. 70–80.

9. Иванов Д.А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація. – Чернівці, 2007. – 424 с.

10. Иванов Д.А. Організація надання медико-психологічної допомоги у збройних силах США на театрі воєнних дій / Д.А. Иванов, Г.В. Иванцова, О.В. Ричка // Психічне здоров'я. – 2005. – №2. – С. 72–76.

11. Казмірчук А.П. Роль і місце Головного Військово-медичного клінічного центру “ГВКГ” у наданні медичної допомоги, лікуванні поранених та хворих військовослужбовців Збройних Сил України / Науково-практична конференція “Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції” (18 грудня 2014 р., м. Ірпінь).

12. Психиатрия. Глава 19. Психопатии и патохарактерологические развития [Кербиков, О.В., Коркина, М.В., Наджаров, Р.А., Снежневский А.В.]. – М., 1968. – С. 370–392.

13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клиническое описание и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – К.: Факт, 1999. – 272 с.

14. Психиатрическая пропедевтика [Менделевич В.Д.]. – М.: ТОО “Техлит”; “Медицина”, 1997. – 496 с.

15. Шамрей В.К. Опыт оказания психиатрической помощи в войсках и вооруженных конфликтах XX столетия / В.К. Шамрей, С.Н. Русанов, А.А. Марченко, А.Г. Чудиновских // Воен.мед. журн. – 2008. – №12. – С. 28–33.

16. Психіатрія особливого періоду: навчальний посібник [Рум'янцеv Ю.В., Сироп'ятов О.Г., Иванцова Г.В., Осьодло Г.В., Друзь О.В.] / 2-е вид., перероб. и доп. – К.: “МП Леся”, 2015. – 228 с.

17. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны [Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф.]. – Изд. центр АГМА, 1999. – 384 с.

18. Організація медичного забезпечення збройних сил країн НАТО [О.О. Сохін, О.В. Ричка, О.Ю. Булах]. – К., 2006. – 367 с.

19. Указание по военной неврологии и психиатрии: под. ред. генерал-майора м/с Г.А. Акимова и полковника м/с В.К. Смирнова. – М.: Военное дело, 1992.

20. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012. Электронный ресурс. Способ доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/978/word/ostraja-reakcija-na-stres>.

Резюме. *Статья носит проблемный характер и охватывает некоторые спорные вопросы военной психиатрии и, выражая мнение авторов, лишь призывает к дискуссии. Обозначены особенности организации военно-психиатрической службы на всех уровнях медицинской помощи. Показаны возможные изъяны на этапе сортировки и, как следствие – диагностическая и учетная путаница в отношении некоторых категорий психически больных, предложены пути их устранения. Предпринята попытка систематизировать вольные трактовки ряда понятий, устаревшую и современную терминологию психических расстройств в условиях вооруженного конфликта.*

Ключевые слова: *военная психиатрия, военнослужащие, боевые условия, психические расстройства, реактивные состояния, острая реакция на стресс, расстройства адаптации, ПТСР, медицинская рота, госпитальное звено, уровни медицинской помощи, психиатрическая помощь.*

Summary. *The article is devoted to discussable problems of modern military psychiatry. Peculiarities of organization of military psychiatric service across medical support system have been pointed out. Existing triage shortcomings and ways to improve triage on forward level of medical care have been presented. Attempt to systematize free use of some definitions, outdated and modern psychiatric terminology has been made.*

Key words: *military psychiatry, servicemen, battle environment, mental disorders, reactive states, acute stress response, adaptation disorders, post traumatic stress disorders, medical company, inpatient care, level of medical care, psychiatric care.*