

В.К. Шамрей, А.А. Марченко, В.В. Юсупов, Ю.Л. Старенченко, Е.А. Чернявский

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Актуальность проблемы совершенствования системы психолого-психиатрической помощи военнослужащим в условиях боевых действий обусловлена высоким уровнем психогенных потерь, достигающим в ряде случаев 80 % личного состава. При этом недостаточность теоретической разработки проблемы реактивных состояний боевой обстановки, неочерченность их границ, выраженные различия в терминологии, классификационных и методологических подходах, используемых разными специалистами, создают значительные трудности в организации специализированной помощи.

Цель – на основе анализа актуальных представлений о стресс-индуцированных психических расстройствах у военнослужащих в условиях ведения боевых действий сформулировать предложения по организации этапной системы оказания психолого-психиатрической помощи с позиций современной военно-медицинской доктрины.

Методология. Эвристическим методом проанализированы подходы к систематизации стресс-индуцированных расстройств и связанной с ними системе организации психолого-психиатрической помощи.

Результаты и их анализ. На базе анализа таксономических и уровневых характеристик стресс-индуцированных расстройств выделено 2 подгруппы – кратковременные и затяжные, а также 4 организационных категории (уровня) в соответствии с типом оказываемой помощи: психологический, доклинический, пограничный и психотический. Предложено рассматривать первую категорию как не нуждающуюся в медико-психологических мероприятиях, вторую – как относящуюся к числу кратковременно выбывших из строя (психогенные потери), третью – преимущественно к санитарным потерям психиатрического профиля, а четвертую – в основном к «безвозвратным» потерям. Раскрывается содержание мероприятий психолого-психиатрической помощи на этапах медицинской эвакуации применительно к выделенным категориям пораженных. Дано представление о психолого-психиатрической разведке, вероятных факторах, требующих учета при прогнозных расчетах психогенных потерь, и приведен пример такого расчета.

Заключение. Констатируется, что существующие подходы к прогнозированию психогенных потерь не учитывают организационно-штатных изменений в войсках и современных форм и методов вооруженного противоборства. Постулируется необходимость разработки объективных методов прогнозирования индивидуальной устойчивости к негативным факторам боевой обстановки, дистанционного мониторинга психического состояния военнослужащих, а также совершенствования методов лечения и экспресс-коррекции стресс-индуцированных расстройств, в том числе, и на базе мобильного психопрофилактического комплекса.

Ключевые слова: военная медицина, психиатрия, невротические расстройства, боевые стресс-индуцированные психические расстройства, психолого-психиатрическая разведка, прогноз психогенных потерь, эвакуация, психолого-психиатрическая помощь.

Введение

История войн и военного искусства убедительно доказывает, что объектом противоборства в бою выступают не только территория, вооружение и боевая техника или

личный состав противоборствующих сторон, но и личностная сфера военнослужащих, их готовность и способность к активным боевым действиям. Каждая война, несмотря на отличия от остальных по масштабу, причинам

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-1165-6465, e-mail: prof.shamrey@yandex.ru;

✉ Марченко Андрей Александрович – д-р мед. наук проф., каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-2906-5946, e-mail: andrew.marchenko1995@yandex.ru;

Юсупов Владислав Викторович – д-р мед. наук проф., нач. науч.-исслед. отд. (мед.-психол. сопровождения), Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-5236-8419, e-mail: vmed_37@mil.ru;

Старенченко Юрий Леонидович – канд. истор. наук доц., ст. науч. сотр., науч.-исслед. отд. (мед.-психол. сопровождения), Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: star113@yandex.ru;

Чернявский Евгений Александрович – адъюнкт, нач. науч.-исслед. отд. (мед.-психол. сопровождения), Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-1097-2749, e-mail: cherskij@list.ru

возникновения, общественному резонансу и историческим последствиям, неизменно демонстрировала военную и общественную значимость проблемы психической травмы вследствие боевых действий. Если в мирное время заболеваемость психическими расстройствами варьирует в пределах единиц–десятков промилле [19], то, например, в период Второй мировой войны психогенные потери оценивались в 38% участников боевых действий, в локальных войнах XX столетия – в 24–28%, а в XXI в., по данным анализа боевых действий на Украине, они достигли 80% личного состава, при этом 30–40% из них составляли санитарные потери психиатрического профиля [8]. Несмотря на это, недостаточность теоретической разработки проблемы стресс-индуцированных психических расстройств (СИПР) боевой обстановки, неочерченность их границ, отсутствие четких диагностических и прогностических критериев, наряду с выраженными различиями в терминологии и методологических подходах, используемых разными специалистами, создают значительные трудности в организации специализированной медицинской помощи [4].

Между тем, первые упоминания о СИПР вследствие боевых действий приведены еще у Геродота и Гомера, которые описывали признаки конверсионных расстройств и «душевного истощения». В начале XIX в. активно изучали «цереброспинальный шок», «контузию воздушным потоком» и т. д. Позже появились труды о «пальпитации», «истощении сердечной мышцы», «кардиальном неврозе», «нейроциркуляторной астении». Изменение способов ведения боевых действий в период Первой мировой войны привело к описанию «новых» видов СИПР: «снарядного шока», «траншейного невроза», «контузии», которые в дальнейшем были объединены в термин «военный невроз». В период Второй мировой войны в армии США стали выделять понятия «боевое истощение» (combat exhaustion) и «боевая усталость» (combat fatigue). Причем, данные понятия, исходя из концепции функциональных пределов выносливости, базировались на представлениях о том, что психические нарушения в условиях боевой обстановки могут возникнуть независимо от преморбидных личностных качеств и даже при отсутствии серьезной психической травмы, являясь следствием продолжительного комплексного влияния большого числа подпороговых раздражителей, суммарное дей-

ствие которых может приводить к истощению индивидуальных ресурсов [5].

В мирные годы накапливались так же данные и о СИПР вследствие различных катастроф, стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций. Первые описания СИПР после катастрофического пожара появились в Лондоне в XVII в. Позже были опубликованы данные о СИПР у лиц, переживших железнодорожные катастрофы, а в 1911 г. описаны «специфические» симптомы у жертв землетрясения в Мессине. Активное изучение данной проблемы в 70-х годах XX в. (среди различных категорий пострадавших) привело к появлению новой нозологической формы – посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [1–3].

Наконец, опыт локальных войн современности изменил взгляды ученых на качественные и количественные характеристики СИПР, показав, в частности, что данная патология носит весьма разнородный характер [как по глубине (тяжести) поражения, так и по длительности течения], требуя своевременной помощи более широкого спектра специалистов – от непосредственных командиров до военных психологов и психиатров.

Цель – на основе анализа актуальных представлений о стресс-индуцированных психических расстройствах у военнослужащих в условиях ведения боевых действий сформулировать предложения по организации этапной системы оказания психолого-психиатрической помощи с позиций современной военно-медицинской доктрины.

Классификация стресс-индуцированных психических расстройств у военнослужащих

В соответствии с современными представлениями СИПР по длительности течения разделяют на кратковременные и затяжные. К кратковременным СИПР относят, прежде всего, острые реакции на стресс (ОРС), составляющее ядро нарушений, обуславливающих у военнослужащих временную утрату боеспособности от нескольких минут (в легких случаях) до 1 сут и более. ОРС (F43.0), согласно исследовательским диагностическим критериям Международной классификации болезней, травм и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10), различают по степени тяжести: от легкой и средней до тяжелой (табл. 1).

ОРС средней и тяжелой степени могут быть сведены к двум соответствующим клиническим прототипам формам – фугиформным

Таблица 1

Степени тяжести и симптомы острой стрессовой реакции

Степени ОРС	Легкая степень	Умеренная степень	Тяжелая степень
Критерии определения степени ОРС	Наличие четырех симптомов из списка группы А, при этом 1 симптом из пунктов 1–4	Наличие симптомов из списка группы А и любых 2 симптомов из списка группы Б	Наличие симптомов из списка группы А и 4 любых симптомов из списка группы Б или симптомов диссоциативного ступора (группа В)
Симптомы ОРС	Список группы А: 1) учащенное сердцебиение; 2) повышенная потливость; 3) тремор конечностей, дрожь; 4) сухость во рту; 5) затруднения дыхания; 6) чувство удушья; 7) боль в груди; 8) тошнота или жжение в желудке; 9) чувство головокружения или обморочности; 10) чувство нереальности предметов или отсутствия собственного «Я» в актуальной ситуации; 11) страх потери контроля, сумасшествия; 12) страх смерти; 13) приливы жара или озноба; 14) онемение тела, конечностей; 15) мышечное напряжение, боли; 16) неспособность к релаксации, мышечное напряжение; 17) чувство нервозности, психическое напряжение; 18) ощущение комка в горле, затруднения при глотании; 19) усиленные реакции испуга; 20) затруднения в сосредоточении внимания; 21) высокая раздражительность; 22) затруднения при засыпании	Список группы Б: 1) уклонение от социального взаимодействия; 2) сужение поля внимания; 3) проявления дезориентации в пространстве и времени; 4) вербальная агрессия, вспышки гнева; 5) проявления отчаянья, уверенности в безнадежности ситуации; 6) неадекватная (бесцельная) гиперактивность; 7) неконтролируемое (чрезмерное) переживание горя	Список группы В: 1) резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи; 2) отсутствие нормального реагирования на свет, шум, прикосновения; 3) невозможность поддержания нормального мышечного тонуса, статической позы; 4) расстройство походки и движений

реакциям (двигательное возбуждение с изменениями сознания по типу «сумерек») и реактивному ступору (состояние психической и двигательной заторможенности, нередко с сурдомутизмом). И в том, и в другом случае их психопатологическая структура определяется выраженными аффективными нарушениями в виде страха, ужаса, растерянности и снижения когнитивной деятельности, вплоть до инкогеренции [16]. Фактически в данных случаях наблюдается соответствие болезненных проявлений описанной К. Ясперсом тетраде признаков помраченного сознания: дезориентировка (в месте, времени, окружающих людях, собственной личности), отрешённость от окружающей действительности (нарушение восприятия окружающего), расстройство мышления (ограниченность в формировании суждений, вплоть до полной бесвязности), амнезия (частичная или полная) периода помрачения сознания [20].

Клиническая симптоматика ОРС, как правило, редуцируется в течение 1–3 сут, однако,

выход из ОРС может заключаться и в переходе в затяжные формы СИПР, в связи с чем до определившегося исхода пораженные должны находиться под наблюдением медицинского персонала.

Следует отметить, что в проекте МКБ-11 категория ОРС была неожиданным образом «депатологизирована»: перенесена из группы стресс-ассоциированных расстройств (L1–6B4) в рубрику «факторов, влияющих на состояние здоровья» (QE84). При этом единственным основанием для такого решения было стремление следовать общей установке, реализовавшейся при разработке данной систематики, – снижению «общего бремени болезни», т. е. уменьшению показаний к оказанию помощи и, следовательно, урезанию расходов на здравоохранение [21]. В то же время, в DSM-V, как правило, служащей прототипом для международных классификаций, данная таксономическая единица сохранила свое положение в группе стресс-ассоциированных расстройств, поскольку предполагается, что

организация помощи пострадавшим с подобными расстройствами (особенно в условиях чрезвычайных ситуаций) будет определяться использованием значительных сил, средств и принятия заблаговременных решений [22].

К затяжным СИПР относятся острые и переходящие психотические расстройства, диссоциативные и конверсионные расстройства, депрессивный эпизод, посттравматическое стрессовое расстройство, специфические фобии и генерализованное тревожное расстройство.

Опыт оказания психолого-психиатрической помощи в условиях современных вооруженных конфликтов показал, что для организации быстрой и адекватной помощи пораженным с СИПР целесообразно разделять ее на 4 уровня в соответствии с типом оказания: психологическим, доклиническим, пограничным и психотическим. Для первого уровня характерна кратковременная (до 1 ч) парциальная ОРС с потерей боеспособности, для восста-

новления которой достаточно психологической поддержки командиров и сослуживцев; для доклинического уровня характерна пролонгированная (часы) развернутая (средней, тяжелой степени) клиника ОРС с утратой боеспособности на весь период боя, для восстановления которой целесообразно проведение медико-психологических мероприятий в течение 1 сут непосредственно в районе боевых действий; для пограничного (невротического) и психотического уровней – длительная (дни–недели и недели–месяцы соответственно) утрата боеспособности с необходимостью медицинской эвакуации по предназначению в военно-полевые и тыловые госпитали (учреждения Минздрава России).

В организационном плане первую категорию следует рассматривать (табл. 2) как не нуждающихся в специальных медико-психологических мероприятиях, вторая – относится к числу кратковременно выбывших из строя (психогенные потери), третья – по большей

Таблица 2

Соотношение уровней, клинических и организационных характеристик пораженных с СИПР

Уровень нарушений	Клиническая квалификация нарушений	Утрата боеспособности	Этап оказания помощи	Преобладающий вид потерь (прогностическая сортировка)
Психологический	Кратковременные реакции испуга с аффективным сужением сознания, кратковременная – до 1 ч – парциальная ОРС (F43.00)	Кратковременная – до 1 ч, для восстановления достаточно психологической поддержки командиров и сослуживцев	Войсковой	Кратковременно выбывшие из строя
Доклинический	Пролонгированная (часы), развернутая (средней, тяжелой степени) клиника ОРС (F43.01, F43.02)	Пролонгированная (часы) на весь период боя, для восстановления необходимо проведение медико-психологических мероприятий в течение 1 сут непосредственно в районе боевых действий	Догоспитальный	
Пограничный	Паническое расстройство (F40.0), специфические фобии (F40.2), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1), конверсионные расстройства (F44.4–F44.7), а также нарушения, соответствующие диагностическим критериям генерализованного тревожного расстройства (F41.1) и депрессивного эпизода легкой и умеренной тяжести (F32.0–F32.2) без учета временных рамок, приведенных в диагностических указаниях	Длительная (недели) потеря боеспособности с необходимостью медицинской эвакуации по предназначению в военно-полевые госпитали и сроком лечения до 30 сут	Госпитальный (мобильная госпитальная база)	Санитарные потери психиатрического профиля
Психотический	Острые транзиторные психотические расстройства (F23), депрессивный эпизод тяжелой степени с/без психотических симптомов, диссоциативные расстройства (F44.0–F44.3, F44.8)	Длительная (недели, месяцы) потеря боеспособности с необходимостью медицинской эвакуации по предназначению в тыловые госпитали или лечебные учреждения Минздрава России) и сроком лечения свыше 30 сут	Госпитальный (тыловые госпитали и учреждения Минздрава России)	Безвозвратные потери

части к санитарным потерям психиатрического профиля, а четвертая – в основном к «безвозвратным» потерям [6, 10].

Система оказания психолого-психиатрической помощи военнослужащим в условиях вооруженных конфликтов

Создание и эффективное функционирование научно обоснованной системы оказания психиатрической помощи в боевых условиях относится к периоду Русско-японской войны, когда по инициативе Красного Креста (организация психиатрической помощи не была предусмотрена планом военного времени) при непосредственном участии целого ряда видных ученых-психиатров (В.М. Бехтерев, М.Н. Нижегородцев, А.И. Озерецковский, М.Н. Реформатский, П.М. Добротворский, П.М. Автократов, Е.С. Боришпольский, С.Д. Владычко, А.П. Розен, Г.Е. Шумков, Л.Ф. Якубович и др.) отечественная психиатрия впервые в мировой практике выступила в незнакомой для нее организационной сфере деятельности [5].

Психиатрическая помощь оказывалась не только в тыловых районах, но и непосредственно на фронте (в «полевых психиатрических приемных покоях» Международной организации Красного Креста и Красного Полумесяца). Характер современных локальных войн и вооруженных конфликтов подтвердил необходимость использования незаслуженно забытого опыта Русско-японской войны. Так, локальные войны XX в. в Корее, Вьетнаме, на Ближнем Востоке, Афганистане и вооруженные конфликты последних лет убедительно доказали целесообразность приближения психолого-психиатрической помощи к передовому этапу. Определенное влияние на пересмотр ряда организационных аспектов такой помощи оказал опыт, полученный при ликвидации последствий крупномасштабных катастроф и чрезвычайных ситуаций мирного времени. В связи с этим проблема совершенствования организации психолого-психиатрической помощи в условиях современных вооруженных конфликтов на основе выработки единых критериев оценки и сортировки пострадавших с психогенными расстройствами, а также определения «зон ответственности» специалистов психологической и медицинской служб Минобороны России является крайне актуальной.

С медицинской точки зрения, любой вооруженный конфликт (крупномасштабная чрезвычайная ситуация) характеризуется

массовым, внезапным поступлением пострадавших, многообразием возникающих организационных проблем, дефицитом времени, сил, средств и, как правило, несоответствием между потребностью в медицинской помощи и имеющимися в данный момент возможностями ее оказания. Своевременность и эффективность мероприятий психолого-психиатрической помощи при массовых поражениях во многом будут зависеть от качества медицинской сортировки пострадавших.

В настоящее время основные принципы оказания помощи пораженным с ОПС в большинстве стран основываются на алгоритме «BICEPS»: кратковременность (*brevity*), неотложность (*immediacy*), централизованность или контактность (*centrality or contact*), направленность (*expectancy*), приближенность (*proximity*), простота (*simplicity*) [22]. В пользу такого подхода свидетельствуют, например, данные Ливанской войны 1982 г., согласно которым из числа лиц, получавших помощь в передовых районах, в строй было возвращено 90%, тогда как из тыловых учреждений – только 40% [19]. Впрочем, в научной литературе отсутствует анализ эффективности данных принципов с точки зрения отсроченных психических нарушений. Хотя частично эти принципы (по упрощенному варианту – PIE: приближенность, простота и направленность) широко использовались во время войны во Вьетнаме, частота посттравматических стрессовых расстройств среди ветеранов составила 30% в американском исследовании 1989 г. и 21% – в австралийском исследовании 1996 г. В исследовании израильских ветеранов войны Судного дня 1973 г. у 37% во время боевых действий была диагностирована ОРС, позже – ПТСР по сравнению с 14% ветеранов контрольной группы [23].

Отечественный опыт оказания психолого-психиатрической помощи в условиях современных локальных войн и вооруженных конфликтов показал, что основными организационными принципами такой помощи должны являться [5]:

- соответствие сил и средств психолого-психиатрической помощи задачам по ее оказанию (распространенности и структуре психических расстройств, категорий нуждающихся, этапа оказания помощи и т. д.);
- своевременное их развертывание (взаимодополняющий, а не дублирующий характер развертывания на различных этапах);
- рациональное использование имеющихся сил и средств;

- возможность маневра силами и средствами, а также объемом и видом помощи в зависимости от характера и особенностей медицинской обстановки;

- возможность своевременного усиления отдельных этапов оказания психолого-психиатрической помощи;

- примат адекватной сортировки и быстрой эвакуации пострадавших с выраженными психическими расстройствами при минимальном объеме лечебных мероприятий военнослужащим с легкой психической травмой (кратковременными ОПС) непосредственно в передовом районе и с последующим возвратом их в строй;

- раннее рассредоточение эвакуационных потоков, исходя из тяжести (уровня) психических расстройств;

- преемственность и последовательность в оказании психолого-психиатрической помощи;

- сочетание лечебных и реабилитационных мероприятий на всех этапах оказания психолого-психиатрической помощи.

Организационно система оказания психолого-психиатрической помощи в контексте данных принципов предполагает следующие этапы.

I – войсковой – силами медицинских служб воинских частей осуществляются выявление пораженных с психогенными расстройствами, их изоляция, оказание, при необходимости, неотложной помощи, после чего при наличии показаний транспортировка с поля боя на передовой этап медицинской эвакуации.

II – догоспитальный – силами войскового психиатрического звена медицинской службы в передовом районе развертываются подразделения для оказания медицинской помощи пораженным с СИПР: на базе отдельного медицинского отряда – силами приданного кабинета медико-психологической коррекции, на базе медицинского отряда специального назначения – врачом-психиатром данного отряда. На данном этапе проводятся медицинская сортировка пораженных, их временная изоляция (при наличии показаний), оказание необходимого объема специализированной медицинской помощи, оформление медицинской документации, проведение мероприятий медико-психологической коррекции, организация транспортировки пораженных с затяжными формами СИПР на последующие этапы медицинской эвакуации.

Пораженных психотического уровня (лица с тяжелыми формами депрессивного эпизода,

диссоциативными, грубыми конверсионными и острыми транзиторными психотическими расстройствами), нуждающихся в неотложной психиатрической помощи с вероятной последующей эвакуацией на последующие этапы, направляют в психоизолятор. Объем медицинской помощи данной категории пораженных включает в себя парентеральное введение седативных и противосудорожных препаратов, инфузионную и симптоматическую терапию, направленную на поддержание функционирования сердечно-сосудистой и дыхательной системы, подготовку к эвакуации, в случае психомоторного возбуждения – обеспечение надзора и фиксация к носилкам.

Пораженных пограничного уровня, нуждающихся во временной госпитализации до 3 сут, направляют в палату госпитального отделения для лиц с психическими (ОПС тяжелой степени тяжести, острое ПТСР, умеренный и легкий депрессивный эпизод, прочие невротические расстройства) и неврологическими (легкие закрытые травмы головного мозга без выраженной клинической симптоматики, заболевания периферической нервной системы) расстройствами. Медицинская помощь включает в себя также введение седативных препаратов и подготовку к эвакуации (утоление жажды, оформление медицинской документации: регистрация в книге учета раненых и больных; заполнение первичной медицинской карточки; включение в ведомость на эвакуируемых раненых).

Пораженных доклинического уровня, нуждающихся во временной госпитализации не более 1 сут, направляют в палату эмоциональной разгрузки (лица с ОПС умеренной и тяжелой степени, состояниями перенапряжения, переутомления).

Большая часть пораженных данного этапа будут относиться к именно к этому уровню нарушений и порой не нуждаются в психофармакотерапии, которая ограничивается пероральным назначением транквилизаторов. Восстановление боеспособности проводится в течение 1 сут в медицинских подразделениях в непосредственной близости от передовой и ограничивается простейшими медико-психологическими мероприятиями: предоставлением кратковременного отдыха или сна, полноценным питанием, употреблением восстановительных и успокоительных смесей, психотерапевтическими беседами, трудотерапией.

Мероприятия психологической помощи на этом этапе заключаются в организации и решении бытовых и служебных проблем пора-

женных (например, восстановление утраченных документов, личного оружия, снабжение обмундированием взамен пришедшего в негодность и т.п.). На психологическую коррекцию военнослужащих направляют после повторного осмотра врача-психиатра после купирования тревоги и аффективного сужения сознания и восстановления психотерапевтической доступности. Психологическая коррекция также может основываться на простейших мероприятиях по аналогии с пунктами 4, 5, 7 программы «7R», принятой в вооруженных силах Великобритании: воспоминание (обеспечение возможности вспомнить и обсудить переживания боевого стресса), убеждение (в том, что реакция военнослужащего – нормальная для создавшихся условий), возвращение (ориентация на возвращение в подразделение по окончании отдыха) [24].

В этой связи представляется целесообразным развертывание функциональных подразделений психологической службы в непосредственной близости от палаты эмоциональной разгрузки.

Важно подчеркнуть, что именно на данном этапе особое значение придается выработке у данных лиц положительной установки на возвращение в строй. Критерием для возврата в строй следует считать степень боеготовности, а не полное отсутствие психопатологических симптомов. Реализация этого положения будет способствовать быстрейшему восстановлению боеспособности пораженных психологического профиля, существенному увеличению числа военнослужащих, возвращаемых в строй из передового района, высвобождению этапов медицинской эвакуации от пораженных с легкой боевой психической травмой и предупреждению хронизации психических расстройств.

Как уже отмечалось, большая часть случаев легких ОПС, носящих кратковременный (минуты) характер, купируются непосредственно на поле боя командирами подразделений и сослуживцами пораженного. Вместе с тем, организация такой допсихологической помощи командирами и военнослужащими не имеет четкой регламентации, а внятные руководства в этой сфере не разработаны. Также отсутствует и система учета таких пораженных, вследствие чего у психологической службы утрачивается обратная связь, позволяющая контролировать эффективность ее работы по профилактике боевого стресса и прогнозированию психогенных потерь психологического и доклинического уровня.

В рамках медико-статистического учета санитарных потерь необходим и пересмотр действующих классификационных принципов в «Указаниях по медицинскому учету в Вооруженных Силах на военное время» и соответствующих форм индивидуального (персонального) медицинского учета – первичной медицинской карточки (форма № 100) и карты оказания медицинской помощи (форма № 50), которые должны отражать, в том числе, психогенные санитарные потери.

III этап – госпитальный. Он предусматривает оказание специализированной психиатрической помощи до 45–60 сут в госпиталях мобильной госпитальной базы, в штат которой включены психоневрологический госпиталь, госпитали для легкораненых, военно-полевые терапевтические госпитали. Объем помощи включает в себя лечебно-диагностические, психотерапевтические и реабилитационные мероприятия для военнослужащих с любыми формами психических расстройств и заболеваний. На психиатров этих госпиталей также возлагается военно-врачебная и судебно-психиатрическая экспертиза. На более существенное значение с учетом необходимости возврата в строй военнослужащих с легкой боевой патологией приобретает госпиталь для легкораненых, так как возвратные санитарные потери будут формироваться из двух основных категорий пораженных: легкораненых и больных (первичный контингент), а также раненых и больных со сроками лечения до 45–60 сут (вторичный контингент). Небольшое число пострадавших (до 1–5%) с затяжными психическими расстройствами (неперспективные для возвращения в строй) подлежат эвакуации в тыловые лечебные учреждения Минздрава России.

Вместе с тем, опыт оказания психолого-психиатрической помощи в условиях современных вооруженных конфликтов показал, что для организации своевременной и адекватной психолого-психиатрической помощи пораженным с психогенными расстройствами целесообразно на основе медико-психологической («психолого-психиатрической») разведки проводить предварительный расчет прогноза величины и структуры санитарных потерь, определения необходимых сил и средств медицинской службы для оказания различных видов медицинской помощи, основных лечебно-эвакуационных мероприятий и т.д. Соответствующий план медицинского обеспечения в последующем уточняется в условиях конкретной боевой обстановки.

Психолого-психиатрическая разведка

Подготовка медицинской службы к выполнению боевых задач начинается с разработки плана медицинского обеспечения боевой операции, который основывается на расчетном прогнозе величины и структуры санитарных потерь на основе медицинской разведки. В соответствии с планом определяются силы и средства медицинской службы, необходимые для оказания различных видов медицинской помощи, основные лечебно-эвакуационные мероприятия. План медицинского обеспечения боевых действий в последующем уточняется в условиях конкретной боевой обстановки [7, 11, 12].

Психолого-психиатрическая разведка включает [15]:

- сбор информации о состоянии психического здоровья целевого контингента, анализ и объективную оценку оперативной обстановки, а также прогнозный расчет психогенных и санитарных потерь;
- оценку состояния существующих сил и средств медицинской и психологической служб;
- определение объема работ по оказанию помощи пораженным с расчетом необходимых для этого сил и средств;
- установление маршрутов и путей эвакуации пораженных, относящихся к числу психогенных потерь и санитарным потерям психиатрического профиля.

Психолого-психиатрическая разведка должна быть целенаправленной, непрерывной, активной, своевременной, оперативной, достоверной и преемственной. Точность прогноза психогенных поражений позволяет своевременно и обоснованно принимать решения, эффективно осуществлять мероприятия психолого-психиатрической помощи по восстановлению боеспособности личного состава. Полученный опыт по организации психиатрической помощи в современных военных конфликтах показал, что отсутствие к началу боевых действий психиатров в войсковом звене и, как следствие этого, поздняя выявляемость психических расстройств привели к возрастанию частоты отсроченных форм СИПР и массивному распространению различных форм девиантного поведения [14].

В основу прогнозных расчетов при психолого-психиатрической разведке могут приниматься следующие факторы:

1) характеристики воинского контингента (личного состава):

- степень подготовленности;

- укомплектованность частей и подразделений;
 - длительность развертывания и степень накопленной усталости в предбоевой период;
 - профессиональное мастерство командного состава;
 - соотношение долей военнослужащих по призыву/по контракту;
 - структура по воинским званиям и специальностям;
 - средний образовательный ценз;
 - этнический состав;
 - структура распределения по группам нервно-психической устойчивости (дифференцированно по контракту/по призыву);
 - морально-психологическое состояние;
- 2) особенности оперативной обстановки:
- вид ведения боевых действий (оборона/наступление);
 - виды кинетических средств поражения и формы его применения противником;
 - интенсивность боевых действий;
 - степень внезапности нанесения ударов;
 - время года, суток, природно-географические условия, климат, место в тактическом порядке;
 - вероятность применения противником оружия массового поражения;
 - уровень общих потерь;
 - специфика информационной кампании, освещения боевых действий в отечественных средствах массовой информации;
 - интенсивность психологических операций и информационно-психологического воздействия противника.

Для приблизительного прогнозного расчета психогенных потерь С.В. Чермяниным предложено использовать методику «Линейка» [18].

Методика предполагает выполнение четырех процедур:

- 1) определение уровня психотравматизации, исходя из интенсивности боевых действий;
- 2) определение количества личного состава, принимающего непосредственное участие в боевых действиях;
- 3) вычисление психогенных потерь и их классификация;
- 4) определение объемов необходимой медико-психологической помощи.

Уровни психотравматизации в боевых действиях различной интенсивности предлагается считать равными для боевых действий низкой интенсивности (бой в обычных условиях с применением обычных средств военного проти-

вооружения) 5%; для боевых действий средней интенсивности (бой с применением обычных средств, но ведущийся в условиях окружения, отрыва от главных сил, на сложной местности, с формированием водной преграды, ночью) – до 6%; для боевых действий высокой интенсивности (бой с применением авиации, крылатых ракет, крупнокалиберной артиллерии, высокоточного оружия, дистанционного минирования) – до 7% от общего числа военнослужащих анализируемых частей и соединений.

В боевые действия высокой и средней интенсивности в число непосредственных участников включаются все (100%) военнослужащие части, соединения. В боевые действия низкой интенсивности – военнослужащие мотострелковых, танковых, артиллерийских, минометных, противотанковых, разведывательных подразделений.

Расчет психогенных потерь по методике «Линейка» на примере мотострелкового полка, который ведет боевые действия низкой интенсивности, будет следующим: для боя средней интенсивности психогенные потери могут составить порядка 5% от числа непосредственных участников; количество личного состава в боевых подразделениях равно 460 человек, 5% от этого числа составит 23 военнослужащих, у которых могут наблюдаться психические нарушения различной тяжести. У 80% из них (18 человек) они будут скоротечны и могут остаться незамеченными для командиров, психологов и медицинских работников. У 20% (5 человек) психические расстройства продлятся более 1–2 ч. Эти военнослужащие могут попасть в медицинский пункт, где 65% из них (3 человека) пробудут здесь менее 1 сут, и после оказания медико-психологической помощи отправятся в свои подразделения. Оставшиеся на срок более 1 сут пораженные (2 человека) составят санитарные психогенные потери.

Следует, однако, отметить, что данная методика прогнозного расчета психогенных потерь основана на устаревших подходах к комплектованию подразделений Вооруженных сил и их применению по назначению и не учитывает изменившуюся организационно-штатную структуру войск (включая медицинскую службу), а также современные формы и методы вооруженного противоборства.

Заключение

Приведенная схема оказания психолого-психиатрической помощи в условиях вооруженных конфликтов, несмотря на свою

относительную адаптированность к организационно-штатной структуре войск, требует дальнейшего усовершенствования с учетом появления новых подразделений, а также форм и методов ведения вооруженной борьбы. В частности, необходимы разработки объективных методов прогнозирования устойчивости к негативным факторам боевой обстановки, а также простых и эффективных скрининговых методов диагностики стрессовых реакций и/или дистанционного мониторинга психического состояния военнослужащих на базе физиологических показателей. Нуждаются в совершенствовании методы лечения и особенно экспресс-коррекции СИПР, способные более эффективно воздействовать на психическое состояние пораженных с учетом конкретных особенностей течения процесса реагирования на психическую травму [13].

В полевом руководстве по профилактике боевого стресса армии США констатируется: «Сражения и войны выигрывают скорее за счет контроля над волей к победе, чем за счет уничтожения всех вражеских солдат. Неконтролируемый боевой стресс приводит к необдуманному или опасному поведению, препятствует выполнению миссии и может закончиться катастрофой или поражением». Современные условия ведения боевых действий и проведения специальных операций характеризуются скоротечностью, внезапностью, необходимостью четкого и слаженного взаимодействия всех участников. Эти обстоятельства диктуют потребность в разработке методов непрерывного онлайн-мониторинга соматического и психического состояния военнослужащих. При этом уже недостаточно знать только о физиологическом состоянии каждого из них – жив, ранен или погиб. Необходимо иметь и текущие сведения о его готовности к выполнению определенных действий, что невозможно без динамической оценки его психического состояния. В упрощенном виде данная технология представляет собой программное приложение, устанавливаемое на мобильное коммуникационное устройство военнослужащего, которое имеет связь с соответствующим сервисом и позволяет военнослужащему самостоятельно произвести оценку выраженности симптомов боевого стресса, на основании которой программа выдает рекомендации по самостоятельной коррекции своего состояния. При наличии показаний мобильное приложение предлагает возможность воспользоваться модулем экспресс-коррекции, например, на основе

технологий транскраниальной магнитной или электростимуляции постоянным током (tDCS).

Необходимость осуществлять психолого-психиатрическое обеспечение боевых действий в масштабе крупных объединений обострила проблему разработки мобильного психопрофилактического комплекса. Апробация прототипа такого комплекса проводилась в период второй контртеррористической операции в Чеченской Республике [10]. Дальнейшие разработки должны быть направлены на

создание современного компактного передвижного модуля, оснащенного передовыми технологиями психофизиологической и психологической диагностики и коррекции. При этом данный комплекс должен иметь двойное назначение: в мирное время – проведение специалистами кабинета медико-психологической коррекции массовых скрининговых обследований военнослужащих, а в военное – раннее выявление и коррекция боевой психической патологии [18].

Литература

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М. : Медицина, 1991. 93 с.
2. Александровский Ю.А. Психогенные расстройства, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций. М., 2001. 28 с.
3. Гиляровский В.А. Старые и новые проблемы психиатрии. М. : Медгиз, 1946. 194 с.
4. Заковряшин А.С. Острые психогенные расстройства у военнослужащих по призыву, проходящих службу в зоне локального вооруженного конфликта (клиника, динамика, патогенетические особенности) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 22 с.
5. Избранные лекции по клинической, экстремальной и военной психиатрии: учеб. пособие / под ред. В.К. Шамрея. СПб., 2007. 544 с.
6. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. СПб., 2006. 480 с.
7. Кученко Д. Медицинская разведка // Малая медицинская энциклопедия / под. ред. В.И. Покровского. М., 1992. С. 607.
8. Мартыненко В.О., Капуста А.В. Современный взгляд на проблему психических потерь при боевых действиях // Материалы 55-й научной конференции аспирантов, магистрантов и студентов БГУИР. Минск, 2019. С. 66–69.
9. Марченко А.А., Шамрей В.К. Психогении военного времени (острые реактивные состояния). СПб.: ВМедА, 2018. 47 с.
10. Матюхов А.В. Опытная эксплуатация мобильного комплекса психофизиологической коррекции военнослужащих в ходе контртеррористической операции, совершенной на Кавказе // Опыт профилактической медицины в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов. СПб. : ВМедА, 2009. С. 65–69.
11. Медицинская разведка // Большая медицинская энциклопедия М., 1980. Т. 14. С. 163–164.
12. Пантюхов А.П. Прогнозирование санитарных потерь // Военная медицина. 2007. № 4 (5). С. 14–17.
13. Психиатрия чрезвычайных ситуаций : руководство / А.С. Аведисова, Т.Б. Дмитриева [и др.] ; Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского. М., 2004. Т. 1. 361 с. ; Т. 2. 415 с.
14. Сахно И.И., Смирнов И.А. О медицинской разведке службы медицины катастроф // Воен.-мед. журн. 2001. Т. 322, № 5. С. 19.
15. Смирнов В.К., Нечипоренко В.В., Рудой И.С. [и др.]. Психиатрия катастроф // Воен.-мед. журн. 1990. Т. 311, № 4. С. 49–56.
16. Указания по военно-полевой терапии. СПб. : Медиздат-СПб, 2019. 464 с.
17. Хайруллин Т. Р. Иран: укрепление позиций в Ливане и временное сближение с ХАМАС // Азия и Африка сегодня. 2019. № 2. С. 23–29. DOI: 10.31857/S032150750003731-6.
18. Чермянин С.В. Психология чрезвычайных и экстремальных ситуаций: хрестоматия (для клинических психологов). СПб. : Айсинг, 2015. 208 с.
19. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г. [и др.]. Обобщенные показатели психических расстройств у личного состава Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2016 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2017. № 2. С. 50–65. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-2-50-65.
20. Ясперс К. Общая психопатология. М. : Практика, 1997. 1056 с.
21. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. [et al.]. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // World Psychiatry. 2013. Vol. 12, N 3. P. 198–206. DOI: 10.1002/wps.20057.
22. Combat stress. Distribution restriction : FM 6-22.5, MCRP 6-11C, NTTP 1-15M / Department of the Navy Headquarters United States Marine Corps. Washington, D.C. 2000. 94 p.
23. Solomon Z., Shklar R., Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study // The American Journal of Psychiatry. 2005. Vol. 162, N 12. P. 2309–2314. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2309.
24. What's the Good of Counselling & Psychotherapy? The Benefits Explained // Counselling Resource / Ed. C. Feltham. London : SAGE Publications Ltd [et al.], 2002. 285 p.

Поступила 21.01.2022 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Вклад авторов: В.К. Шамрей – разработка концепции, методологии и структуры статьи, редактирование окончательного варианта статьи; А.А. Марченко – разработка концепции, методологии и структуры статьи, написание первого и редактирование окончательного варианта статьи; В.В. Юсупов – разработка концепции, методологии и структуры статьи, редактирование окончательного варианта статьи; Ю.Л. Старенченко – разработка концепции, методологии и структуры статьи, написание первого варианта статьи, подготовка списка литературы; Е.А. Чернявский – редактирование окончательного варианта статьи, подготовка списка литературы.

Для цитирования. Шамрей В.К., Марченко А.А., Юсупов В.В., Старенченко Ю.Л., Чернявский Е.А. Особенности оказания психолого-психиатрической помощи военнослужащим в условиях современных вооруженных конфликтов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2022. № 2. С. 60–71. DOI: 10.25016/2541-7487-2022-0-2-60-71.

Characteristic features of psychological and psychiatric care for military personnel in modern armed conflicts

V.K. Shamrey, A.A. Marchenko, V.V. Yusupov, Yu.L. Starenchenko, E.A. Cherniavsky

Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

Vladislav Kazimirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-1165-6465, e-mail: prof.shamrey@yandex.ru;

✉ Andrey Aleksandrovich Marchenko – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-2906-5946, e-mail: andrew.marchenko1995@yandex.ru;

Vladislav Viktorovich Yusupov – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Research Department (Medical and Psychological Support) of the Research Center, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-5236-8419, e-mail: vmed_37@mail.ru;

Yury Leonidovich Starenchenko – PhD Historical Sci. Associate Prof., Senior Researcher, Research Laboratory (Professional Psychological Expertise) of the Research Department (Medical and Psychological Support) of the Research Center, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: star113@yandex.ru;

Evgeniy Aleksandrovich Cherniavsky – PhD Student, Research Department (Medical and Psychological Support) of the Research Center, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-1097-2749, e-mail: cherskij@list.ru

Abstract

Relevance. The problem of improving the military personnel psychological and psychiatric care in combat conditions is due to high levels of psychogenic losses, sometimes up to 80 % of the combatants. At the same time, insufficient theoretical development of the problem of reactive states in the combat situation, unclear definitions and boundaries, pronounced differences in terminology, classification and methodological approaches used by different specialists significantly impede specialized care.

Intention. Based on the analysis of current conception about combat related stress-induced mental disorders in military personnel, to develop proposals for organizing a staged system for providing psychological and psychiatric care from the standpoint of modern military medical doctrine.

Methodology. Approaches to systematization of stress-induced disorders and the related system of psychological and psychiatric care organization were analyzed using a heuristic method.

Results and Discussion. Based on the analysis of taxonomic and severity characteristics of stress-induced disorders, 2 subgroups were identified – short-term and prolonged ones, as well as 4 organizational categories (levels) in accordance with the type of required care: psychological, preclinical, borderline (neurotic) and psychotic. It is proposed to consider the first category as not requiring medical and psychological care, the second - as related to short-term casualties (psychogenic losses), the third - mainly to psychiatric sanitary casualties, and the fourth, mainly to irrecoverable casualties. The content of psychological and psychiatric care at the stages of medical evacuation in relation to the selected categories of the casualties is revealed. An idea is given about psychological and psychiatric intelligence, probable factors that need to be taken into account in prediction of psychogenic losses, and an example of such a calculation is given.

Conclusion. It is stated that the existing approaches to psychogenic losses prediction do not take into account organizational and staffing changes in the troops and modern forms and methods of armed confrontation. The necessity of developing objective methods for predicting individual resistance to combat negative factors, remote monitoring of the military personnel mental health, as well as improving methods of treatment and prompt correction of stress-induced disorders, including those based on a mobile psychoprophylactic platform, is postulated.

Keywords: military medicine, psychiatry, neurotic disorders, combat stress-induced mental disorders, psychological and psychiatric intelligence, forecast of psychogenic losses, evacuation, psychological and psychiatric care.

References

1. Aleksandrovskiy Yu.A., Lobastov O.S., Spivak L.I., Shchukin B.P. Psikhogenii v ekstremal'nykh usloviyakh [Psychogeny in extreme conditions]. Moscow. 1991. 93 p. (In Russ.)
2. Aleksandrovskiy Yu.A. Psikhogennyye rasstroistva, nablyudaemye vo vremya i posle ekstremal'nykh situatsii [Psychogenic disorders observed during and after extreme situations]. Moscow. 2001. 28 p. (In Russ.)
3. Gilyarovskii V.A. Starye i novyye problemy psikhiiatrii [Old and new problems of psychiatry]. Moscow. 1946. 194 p. (In Russ.)
4. Zakovryashin A.S. Ostrye psikhogennyye rasstroistva u voennosluzhashchikh po pryzivu, prokhodyashchikh sluzhbu v zone lokal'nogo vooruzhennogo konflikta (klinika, dinamika, patogeneticheskie osobennosti) [Acute psychogenic disorders in military conscripts serving in the zone of local armed conflict (clinic, dynamics, pathogenetic features)] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moscow. 2006. 22 p. (In Russ.)
5. Izbrannyye lektsii po klinicheskoi, ekstremal'noi i voennoi psikhiiatrii [Selected lectures on clinical, extreme and military psychiatry]. Ed. V.K. Shamrey. St. Petersburg. 2007. 544 p. (In Russ.)
6. Karayani A.G., Syromyatnikov I.V. Prikladnaya voennaya psikhologiya [Applied military psychology]. St. Petersburg. 2006. 480 p. (In Russ.)
7. Kuchenko D. Meditsinskaya razvedka [Medical intelligence]. Malaya meditsinskaya entsiklopediya [Small medical encyclopedia]. Ed. V.I. Pokrovskii. Moscow. 1992. P. 607. (In Russ.)
8. Martynenko V.O., Kapusta A.V. Sovremennyy vzglyad na problemu psikhicheskikh poter' pri boevykh deistviyakh [A modern view on the problem of mental losses during combat operations]. *Materialy 55-oi nauchnoi konferentsii aspirantov, magistrantov i studentov BGUIR* [Proceedings of the 55th scientific conference of graduate students, undergraduates and students of BSUIR]. Minsk. 2019. Pp. 66–69. (In Russ.)
9. Marchenko A.A., Shamrey V.K. Psikhogenii voennogo vremeni (ostrye reaktivnyye sostoyaniya) [Wartime psychogenies (acute reactive states)]. St. Petersburg. 2018. 47 p. (In Russ.)
10. Matyukhov A.V. Opytnaya ekspluatatsiya mobil'nogo kompleksa psikhofiziologicheskoi korrektsii voennosluzhashchikh v khode kontrterroristicheskoi operatsii, sovershennoi na Kavkaze [Pilot operation of a mobile complex for psychophysiological correction of military personnel during a counter-terrorist operation carried out in the Caucasus]. *Opyt profilakticheskoi meditsiny v usloviyakh lokal'nykh voyn i vooruzhennykh konfliktov* [Experience of preventive medicine in conditions of local wars and armed conflicts]. St. Petersburg. 2009. Pp. 65–69. (In Russ.)
11. Meditsinskaya razvedka [Medical Intelligence]. Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya [Big Medical Encyclopedia]. Moscow. 1980. Vol. 14. Pp. 163–164. (In Russ.)
12. Pantyukhov A.P. Prognozirovaniye sanitarnykh poter' [Forecasting sanitary losses]. *Voennaya meditsina* [Military medicine]. 2007; (4): 14–17. (In Russ.)
13. Psikhiiatriya chrezvychainykh situatsii [Psychiatry of emergencies]. A.S. Avedisova, T.B. Dmitrieva [et al.]. Moscow. 2004. Vol. 1. 361 p. ; Vol. 2. 415 p. (In Russ.)
14. Sakhno I.I., Smirnov I.A. O meditsinskoi razvedke sluzhby meditsiny katastrof [On the medical intelligence service of disaster medicine]. *Voенно-медитсинский журнал* [Military medical journal]. 2001; 322(5):19. (In Russ.)
15. Smirnov V.K., Nechiporenko V.V., Rudoi I.S. [et al.]. Psikhiiatriya katastrof [Psychiatry of catastrophes]. *Voенно-медитсинский журнал*. [Military medical journal]. 1990; 311(4):49–56. (In Russ.)
16. Ukazaniya po voенно-polevoi terapii [Instructions for military field therapy]. St. Petersburg. 2019. 464 p. (In Russ.)
17. Khairullin T.R. Iran: ukrepleniye pozitsii v Livane i vremennoye sblizheniye s KhAMAS [Iran: strengthening positions in Lebanon and a temporary rapprochement with HAMAS]. *Aziya i Afrika segodnya* [Asia and Africa today]. 2019; (2):23–29. DOI: 10.31857/S032150750003731-6 (In Russ.)
18. Chermyanin S.V. Psikhologiya chrezvychainykh i ekstremal'nykh situatsii [Psychology of emergency and extreme situations]. St. Petersburg. 2015. 208 p. (In Russ.)
19. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Grigor'ev S.G. [et al.]. Obobshchennyye pokazateli psikhicheskikh rasstroistv u lichnogo sostava Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii (2003–2016 gg.) [Generic indicators for mental disorders in the military personnel of the Armed forces of Russia (2003–2016)]. *Mediko-biologicheskyye i sotsial'no-psikhologicheskyye problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017; (2):50–65. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-2-50-65 (In Russ.)
20. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya [General psychopathology]. Moscow. 1997. 1056 p. (In Russ.)
21. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. [et al.]. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013; 12(3):198–206. DOI: 10.1002/wps.20057.
22. Combat stress. Distribution restriction : FM 6-22.5, MCRP 6-11C, NTTP 1-15M. Department of the Navy Headquarters United States Marine Corps. Washington, D.C. 2000. 94 p.
23. Solomon Z., Shklar R., Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. *The American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(12):2309–2314. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2309.
24. What's the Good of Counselling & Psychotherapy? The Benefits Explained. Counselling Resource. Ed. C. Feltham. London : SAGE Publications Ltd [et al.], 2002. 285 p.

Received 21.01.2022

For citing: Shamrey V.K., Marchenko A.A., Yusupov V.V., Starenchenko Yu.L., Cherniavsky E.A. Osobennosti okazaniya psikhologo-psikhiiatricheskoy pomoshchi voyennosluzhashchim v usloviyakh sovremennykh vooruzhennykh konfliktov. *Mediko-biologicheskyye i sotsial'no-psikhologicheskyye problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh*. 2022; (2):60–71. (In Russ.)

Shamrey V.K., Marchenko A.A., Yusupov V.V., Starenchenko Yu.L., Cherniavsky E.A. Characteristic features of psychological and psychiatric care for military personnel in modern armed conflicts. *Mediko-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*. 2022; (2):60–71. DOI 10.25016/2541-7487-2022-0-2-60-71