

регістр, психогігієна, психопрофілактика, оперативно-бойова психическая травма, радіаційно-токсическая психическая травма, оперативная психология, оперативно-бойова психофармакологія, радіаційно-токсический стресс.

Summary. The author have studied the mental health of the military, MIA's and KGB's personnel, that participated in the elimination of the consequences of the Chornobyl' disaster, and formulated the concept of "radiation-toxical mental trauma*" as a variation of "operative (operative-combat) mental trauma*" & as a negative factor for "operative (professional) longevity*" of military Veterans of Chornobyl'. They distinguish different types of adjustment to military (special operative) service under conditions of a nuclear accident: optimal, non-optimal and radiation toxical. The author formulate the concept of "radiation toxical psychosomatic disorder" and discuss pathogenetic mechanisms and the stereotype of its development. Observations were performed by psychiatrist (author), who took direct part in these saving operations (after nuclear disasters)

*- original author's terms.

Key words: military Veterans of Chornobyl', psychiatry of accident & extreme situations, radiation-toxical mental trauma, operative (operative-combat) mental trauma, operative (professional) longevity, safety & psychoprophylactic of person, correction of a condition of the agent (detective, internal spy) & military man.

УДК 614.2

**ВПЛИВ КАТАСТРОФ І ВІЙН НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
ОСОБИСТОСТІ ТА СУСПІЛЬСТВА. ПОВІДОМЛЕННЯ ТРЕТЄ:
ЗЕМЛЕТРУС У ВІРМЕНІЇ, ЗАЛІЗНИЧНА КАТАСТРОФА У
БАШКОРТОСТАНІ У СВІТЛІ КОНЦЕПЦІЇ ПСИХІАТРІЇ КАТАСТРОФ
І.С. Трінька¹, О.О. Крупська⁴, М.М. Матяш⁵, О.М. Морозов²,
В.М. Пострелко⁵, А.В. Сергієнко¹, Т.А. Сергієнко³**

¹- Українська військово-медична академія;

²- Національна академія СБ України;

³- Департамент контррозвідки СБ України;

⁴ Військова частина А – 0515;

⁵- Київський медичний університет Української асоціації народної медицини.

Резюме. Робота є продовженням досліджень стосовно проблем подолання наслідків оперативної (оперативно-бойовий) психічної травми і збереження оперативного (професійного) доволіття у військовослужбовців (співробітників органів), які беруть участь в рятувальних операціях і локальних бойових конфліктах (миротворчі і контртерористичні заходи). Від стану їх психічного здоров'я залежать ефективність їх власної діяльності і ефективність підрозділів, в яких вони працюють.

Ключові слова : АТО, психіатрія катастроф, оперативно-бойова психічна травма, бойова хірургічна травма, психопрофілактика.

Загальні положення. Проблема катастроф, стихійних лих, надзвичайних ситуацій (НС) на даний час викликає серйозну занепокоєність не тільки науковців, але й урядів різних країн світу внаслідок збільшення їхньої частоти, вираженості і тяжкості наслідків.

У рамках Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я активно розвивається новий, самостійний, напрям – медицина катастроф. У нашій країні також створена відповідна служба під егідою Міністерства охорони здоров'я України і за участю ДСНС України. Проте, питання, пов'язані з наданням психіатричної і психофізіологічної допомоги в ході ліквідації наслідків НС в самостійному напрямку даної служби і тому, зрозуміло, не створені відповідні організаційно-штатні структури.

Ще за часів СРСР, сформувався окремий напрям, що одержав назву “психіатрія катастроф”. Водночас методологічні і клініко-організаційні аспекти її дотепер не до кінця визначені. Психіатрія (медицина) катастроф, з одного боку, тісно пов'язана з екологічною психіатрією, що представляє собою медичний напрям і охоплює більш велике коло медико-біологічних досліджень, пов'язаних із вивченням психологічних і психопатологічних станів, викликаних патогенним та саногенним впливом чинників довкілля (Семке В.Я., 1992). З іншого боку, проблеми психіатрії катастроф тісно переплетені з військовою та оперативною психіатрією. Досвід, відпрацьована система підготовки кадрів, забезпечення постійної готовності, принципи організації, орієнтація на надання допомоги масовому потокові постраждалих, необхідне матеріальне оснащення роблять останню невід'ємною (а іноді - і незамінною) частиною служби екстремальної медицини.

Методологічні аспекти психіатрії катастроф. На даний час немає загальноприйнятої класифікації катастроф внаслідок різних критеріїв, покладених в їхню основу (часовий, соціально-екологічний, соціально-психологічний, соціально-політичний, економічний, організаційно-управлінський, мультиплікативний). На нашу думку, у рамках “психіатрії катастроф” (напрямку в медицині, що займається теоретичними і прикладними питаннями надання психіатричної і медико-психологічної допомоги постраждалим у НС) поняття “катастрофа” доцільно розглядати в більш вузькому плані, що представляє лише незначний розділ про катастрофи. При такому підході під “аварією”, варто розуміти обмежене шкідливе явище, яке можна перебороти в стислий термін наявними силами і засобами; під “катастрофою” (“надзвичайною ситуацією”) – надзвичайне негативне явище, із яким не можна справитися в найкоротший час наявними силами і засобами, внаслідок чого потрібна допомога ззовні.

Результати дослідження та їх обговорення. Безпосередньо на місці подій (землетрус у Вірменії, 1988 р., залізнична катастрофа в Башкортостані,

1989 р.) обстежено 636 постраждалих (519 – чоловіків, 117 – жінок), у віці від 13 до 64 років (середній вік – 27,4), з них: брали участь у ліквідації наслідків катастроф (рятувальники) – 156; постраждали – 480. Постраждалих, залежно від характеру (на момент первинного обстеження) патології розподілили наступним чином (табл. 1):

Таблиця 1

Характеристика обстежених постраждалих під час землетрусу у Вірменії і залізничній катастрофі в Башкортостані

Психічний стан	Вірменія		Башкортостан		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Практично здорові	48	10,0	10	2,1	58	12,1
Психогенні розлади	150	31,2	43	9,0	193	40,2
Черепно-мозкова травма	39	8,1	9	1,9	48	10,0
Екстрацеребральна травма	138	28,8	43	8,9	181	37,7
Разом	375	78,1	105	21,9	480	100,0

Методи обстеження полягали у клініко-психопатологічному, психофізіологічному, електрофізіологічному й експериментально-психологічному (методики СМІЛ, САН, Спілбергера-Ханіна, Люшера, шкала астенії - адаптації та ін.) дослідженнях

Психічні зміни і порушення в осіб, в основному, обумовлені психогенною травмою. Клінічне оформлення психогенних розладів визначалося цілим комплексом етіопатогенетичних чинників: специфікою катастрофи, етапом ліквідації її наслідків, клімато-географічними і побутовими умовами, віковими, статевими, культуральними особливостями постраждалих тощо.

Характер психогенних розладів у постраждалих психіатричного профілю. До основних етіопатогенетичних чинників належали: біологічні (вік, стать, культуральні особливості, перенесені захворювання), індивідуально-особистісні (найбільш психотравмуючі), соціальні (організаційний “хаос”, професійно-побутові труднощі тощо), специфічні (масштаб катастрофи, відірваність від людей, неясність обстановки, відсутність повноцінної інформації тощо). З них істотне значення мали “індивідуально-особистісні” і “соціально-психологічні”.

Дані щодо розподілу психогенних розладів у різних категорій постраждалих (група А – особи зі значними людськими і матеріальними втратами; група Б – “очевидці” катастрофи) подані в табл. 2.

Розподіл психогенних розладів (%) у різних категорій постраждалих

Психічний стан	Вірменія		Башкортостан		Всього (n=251)
	Група А (n=113)	Група Б (n=85)	Група А (n=46)	Група Б (n=7)	
Практично здорові	27,4	20,0	13,1	57,1	23,1
Психологічний	29,2	58,8	26,1	42,9	39,0
Невротичний	39,8	21,2	56,5	-	35,5
Психотичний	3,6	-	4,3	-	2,4
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Як свідчать дані табл. 2, у всіх групах обстежених переважали розлади психологічного і невротичного рівнів, тоді як розлади психотичного рівня відзначалися лише в групі А (3,6% випадків – у Вірменії, 4,3% випадків – у Башкортостані). У Вірменії спостерігались: реактивна депресія (2 особи), реактивний параноїд (1 особа), істеричний сутінкове потьмарення свідомості (1 особа), а у Башкортостані – сутінкове затьмарення свідомості (2 особи).

Необхідно зазначити, що з числа осіб, які потребують надання спеціалізованої психіатричної допомоги (95 чоловік), на госпітальний етап потрапило лише 27,4% (26 чоловік), що було зумовлено відсутністю відповідних сил і засобів на передовому етапі.

У групі А (як у Вірменії, так і в Башкортостані) провідне значення набували невротичні розлади (відповідно – у 39,8% і 56,5% випадків), тоді як у групі Б - розлади психологічного рівня (відповідно - у 58,8% і 42,9% випадків).

Структура невротичних розладів була представлена різноманітними, тематично забарвленими істеричними, депресивними, обсесивними, іпохондричними й астеничними проявами. Зазначені порушення, як правило, поєднувалися між собою, створюючи складні симптомокомплекси з вираженим тривожним радикалом. При цьому в 47,2% випадків мали місце різні астено-невротичні розлади, у 23,6% – депресивні й тривожно-депресивні, у 19,1% – тривожно-обсесивні, у 10,1% – істеро-депресивні порушення. Слід зазначити, що в групі Б розлади невротичного рівня в 83,3% випадків представлені різноманітними астено-невротичними порушеннями і лише в 16,7% – депресивними і тривожно-обсесивними проявами.

Найтиповіші – обсесивні розлади, мали постраждалі у Вірменії (особливо жінки і діти). Ці розлади характеризувалися виникненням тривожно-фобічних переживань боязню “повторення землетрусу”, з відчуттям “хитання землі”, “нових поштовхів”, вираженою психоемоційною напругою і специфічною гіперестезією до будь-яких зовнішніх впливів (у т.ч. – інформаційних). Такі постраждалі перебували в стані “постійної готовності” (спали одягненими, у “безпечних” місцях тощо), відмовлялися від прийому снодійних (через страх “проспати землетрус”).

Характерна і динаміка психогенних розладів у постраждалих у Вірменії. Якщо в перші дні землетрусу для багатьох з них типовими були багатомовність, бравада, дискредитація безпеки, стан ажитації, підвищеної діяльності, то надалі вони змінювалися млявістю, байдужістю, ідеаторною загальмованістю, усвідомленням, через призму індивідуальних психотравмуючих переживань, “особистої” катастрофи. Відбувалося своєрідне перемикання “емоційного вектора” переживань з малодиференційованих “загальнонаціональних” на індивідуально значимі (“особисті”), з актуалізацією старих і появою нових чинників, що психотравмують, (звістка про смерть рідних, розлучення сімей, втрата житла, майна, невпевненість у майбутньому тощо), а також тривожним очікуванням “додаткового лиха”. Відносно велика наявність розладів невротичного і психотичного рівня під час залізничної катастрофи в Башкортостані (порівняно із землетрусом у Вірменії) у значній мірі обумовлена гостротою її розвитку, скупченням людей, візуальною трагедійністю, а також через брак сил і засобів медичної допомоги або слабкою надією щодо надання такої допомоги. На останні обставини звертали особливу увагу 92,5% з 53 опитаних постраждалих.

Скупченість людей, “повна несподіванка” і “абсолютна незрозумілість” того, що відбулося (73,6% з числа опитаних осіб спали в момент катастрофи), а також його візуальна трагедійність сприяли і більшості “панічних” проявів, полегшуючи розвиток взаємної індукції людей.

Так, якщо під час землетрусу у Вірменії панічні реакції зустрічалися лише в одиничних випадках, і як правило швидко “згасали” без підтримки оточуючих, то в перші години катастрофи в Башкортостані вони переважали (за відомостями очевидців - до 70% осіб) і характеризувалися фізіологічними, інстинктивними формами поведінки, звуженістю свідомості, спрямованістю на порятунок власного життя, життя рідних і близьких при загальному зниженні критичної оцінки своєї поведінки і дійсності.

У структурі невротичних розладів серед постраждалих у Башкортостані (на відміну від Вірменії) головне значення мали не стільки тривожні побоювання, скільки нав’язливі спогади пережитого. Специфіка ж динаміки психогенних проявів у Башкортостані визначалася відсутністю (“зглаженістю”) періоду ейфорії, виразністю (“індивідуальною трагедійністю”) психогенних переживань на початковому етапі, з поступовою їхньою дезактуалізацією у наступному (“усе минулося, ...це вже не повториться”).

Психогенні розлади у рятувальників. Дані щодо розподілу психогенних розладів у різних категорій рятувальників (група А - військовики і правоохоронці; група Б - професійні рятувальники; група В - медичний персонал) подані у табл. 3.

Розподіл психогенних розладів (%) у різних категорії рятувальників

Психічний стан	Вірменія			Башкортостан			Всього n=156
	Гр.А n=66	Гр.Б n=16	Гр.В n=22	Гр.А n=28	Гр.Б n=11	Гр.В n=13	
Практично здорові	39,4	56,3	36,4	28,6	54,5	38,5	39,7
Психологічний	47,0	37,5	50,0	50,0	36,4	46,1	46,2
Невротичний	13,6	6,2	13,6	21,4	9,1	15,4	14,1
Психотичний	-	-	-	-	-	-	-
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Так само, як і у постраждалих, в усіх групах обстежених рятувальників переважали розлади психологічного (46,2%) і невротичного (14,1%) рівнів. Розладів психотичного рівня виявлено не було. У структурі невротичних проявів в основному мали місце розлади астеничного кола (45,4%), а також тривожно-обсесивні (18,2%), тривожно-іпохондричні (18,2%), обсесивно-депресивні (9,1%) й істеро-депресивні (9,1%) порушення.

Розлади психологічного рівня відрізнялися найбільшою репрезентованістю (як у Вірменії, так і в Башкортостані) у групі А (відповідно у 47,0% і 50,0% випадків) і групі В (у 50,0% і 46,1% випадків). При цьому в групі А в основному мали місце підгострі психологічні стресові реакції (ПСР) (у 66,7% випадків), а в групі В - віддалені у часі ПСР (у 58,8% випадків).

У групі Б (при обох НС) у більшості обстежених ознак психічних порушень не виявлено (відповідно, у 56,3% і 54,5% випадків). У структурі ж відзначених розладів психологічного рівня провідного значення набували віддалені у часі ПСР (83,3%). Останні виникали, починаючи з другого-третього тижня рятувальних робіт, проходячи своєрідну фазу "психічної анестезії".

У генезі віддалених у часі ПСР істотну роль грали астенизуючі чинники (напружений ритм праці, тривала психоемоційна напруга, відсутність повноцінного відпочинку, хронічне недосипання, нерегулярне і недостатнє харчування, холод тощо). Причому, найбільш виражені ПСР (із соматичним радикалом і рецидивуючим перебігом) відзначалися серед хірургів і травматологів, в яких перераховані вище астенизуючі чинники мали найбільш актуальне значення.

Необхідно зазначити, що відсутність адекватного відпочинку, достатнього харчування і сну призводила в подальшому до закріплення розладів, трансформації спочатку нестійких, поліморфних скарг соматичного й астеничного кола в синдромально обкреслені психопатологічні і соматоформні розлади, у тому числі і серед первинно здорових людей. Так, через три тижні після початку ліквідації наслідків НС серед осіб, визнаних на момент первинного обстеження практично здоровими, астеничні розлади відзначалися в 33,9%, а серед осіб, що перенесли ПСР - у 51,4% випадків. З них з вираженими сомато-

вегетативними проявами, відповідно - у 12,9% і 34,7% обстежених. Через рік після НС серед осіб, що перенесли ПСР, у 22,2% виявлені (вперше) клінічно окреслені соматичні, а у 8,3% - невротичні розлади. У свою чергу серед осіб, визнаних під час первинного обстеження практично здоровими, вказані порушення були відзначені відповідно тільки в 4,8% і в 1,6% випадків.

В даному повідомленні порушені лише деякі методологічні, клініко-діагностичні, лікувальні й організаційні проблеми психіатрії катастроф (за рамками обговорення, зокрема, залишилися питання, що стосуються “відставлених” катастроф, екологічної психіатрії, оперативної психіатрії і низка інших). У той же час саме спільний розгляд даних питань в одній статті, внаслідок їхньої взаємозумовленості і взаємозалежності, нам здавався найбільш доцільним.

Оперативно-бойовою психічною травмою (ОБПТ) варто вважати такі стани нервово-психічної діяльності постраждалих у зоні антитерористичних і бойових дій, що виникають під впливом комплексу чинників, маніфестують у вигляді різних клінічних форм дизорганізації свідомості і призводять до втрати боєздатності, зниження професійного (оперативного) довголіття.

Існуючий у клінічній психіатрії нозоцентричний підхід, в основі якого лежить синдромологічний діагноз, не враховує механізмів виникнення і закономірностей формування ОБПТ, а тому не може бути використаний у військовій психіатрії при встановленні методичного діагнозу. Звідси з’являється проблема підготовки грамотних фахівців (клінічних, оперативних психологів і психіатрів) в галузі ОБПТ, здатних вирішувати практичні завдання психолого-психіатричного супроводу особового складу органів і військ. Окремої й особливої психолого-психіатричної підготовки потребуватимуть фельдшери й лікарі загального профілю окремих оперативно-бойових загонів.

Наявні факти з зони АТО переконливо свідчать про те, що спроможністю “психічного впливу” володіє не тільки психоінформаційний або фізичний чинник бойової обстановки але й будь-який інший.

Застосовувані в даний час психопрфілактичні і лікувально-реабілітаційні заходи виявилися недостатньо ефективними і забезпечують лише припинення ядерного деструктивного психосоматичного процесу, але не завжди дозволяють зберегти на службі повноцінного військовика (співробітника) - тобто спостерігаються феномени прихованої (утаєненої) інвалідності і скорочення оперативного довголіття.

Поряд із загальноприйнятими в медичній практиці організаційними принципами (професіоналізм, спадковість, надійність, індивідуальність), для зони АТО більш специфічними є наступні:

наближеність (розгортання сил і засобів психолого-психіатричної служби безпосередньо в зоні бойових дій, що не тільки впливає на терміни

надання медичної допомоги, але і здійснює непрямий психотерапевтичний вплив на військовиків і населення);

невідкладність (надання психолого-психіатричної допомоги в найбільш ранні терміни, причому не тільки при розладах, що вимагають проведення заходів невідкладної терапії, але і з метою попередження розвитку таких розладів, і при інших видах патології);

етапність (поєднання процесу лікування постраждалих з їхньою евакуацією за призначенням);

простота (можливість призначення тих або інших лікувально-діагностичних заходів не тільки в стаціонарних, але й у польових умовах);

спрямованість не тільки на нормалізацію психічного стану, але і на якнайшвидше відновлення боєздатності уражених.

Реалізація даних принципів на практиці можлива лише при відповідному організаційно-штатному оформленні Міжвідомчої мобільної психолого-психіатричної служби Збройних Сил, МВС, СБУ, ДПС тощо. Подібна служба має здійснювати й медико-географічну розвідку. Така взаємодія уже відпрацьована в ряді країн (військово-медичний загін швидкого реагування EMIR у Франції, система NDMS у США та ін.).

Тенденція до збільшення кількості “прихованих” і наявних інвалідів серед учасників АТО через нервово-психічні розлади здоров’я, зростання алкоголізації-наркотизації серед них, випадки самогубств, криміналізація і з’явлення рентних тенденцій, вимагають негайної розробки і впровадження єдиної Міжвідомчої мобільної психолого-психіатричної Служби сил АТО.

Пропозиції:

1. Створити самостійну міжвідомчу мобільну службу медико-географічної і психолого-психіатричної розвідки зони АТО;

2. Керівникові міжвідомчої служби розробити:

організаційно-штатну структуру Служби у Центрі й на місцях подій у зоні АТО;

табелі матеріально-технічного, транспортного оснащення, організаційно-технічних, оперативних-технічних засобів, засобів захищеного зв’язку;

програми підготовки (перепідготовки) і відповідні методичні матеріали для медичного персоналу і лікарського складу з питань ОБПТ;

стандарт загальних (базових) та індивідуальних реабілітаційних психолого-психіатричних технологій.

3. Залучити військових лікарів-психофізіологів, лікарів-психіатрів, психологів до створення Служби, до розробки відповідного розділу Військово-медичної доктрини України, до розробки і впровадження до навчального процесу навчальних закладів силових відомств розділів з медицини катастроф і ОБПТ.

Література

1. До питання створення єдиної системи психоінформаційної безпеки та психофізіологічного забезпечення населення, як невід'ємної складової частини національної безпеки України // Матеріали Всеукраїнської з міжнародною участю конференції “Проблеми безпеки Української нації на порозі XXI сторіччя”. - Київ, Чернівці, 1998.- Частина I.- С. 202 - 209.
2. До питання патогенезу бойової (оперативної) психічної травми // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченої п'ятирічному ювілею Ірпінського військового госпіталю.- К.: “Дія”, 1999.- С. 109 - 112.
3. Індивідуально-особистісний аналіз стрес-протективної дії фармакологічних засобів // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії.- Київ: УВМА, 2000.- Вип. 6.- С. 88 – 100.
4. Корекція астенічних станів – один із шляхів подолання наслідків оперативно-бойової психічної травми // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії.- Київ: УВМА, 2001.- Вип. 8.- С. 271 – 277.
5. Медико-психологічні і психіатричні аспекти медицини катастроф // Експериментальна і клінічна медицина.- Харків, 2000.- № 3.- С. 89 – 99.
6. Основні напрями психопротективної підтримки оперативного (професійного) довголіття військовиків і правоохоронців // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченої п'ятирічному ювілею Ірпінського військового госпіталю.- К.: “Дія”, 1999.- С. 112 - 115.
7. Особливості подолання психіатричних наслідків при землетрусі у Вірменії і залізничній катастрофі у Башкортостані // Експериментальна і клінічна медицина.- Харків, 2000.- № 3.- С. 79 – 88.
8. Принципи розробки уніфікованих технологій та організації тестування, а також визначення професійно важливих якостей спеціалістів, зайнятих на роботах з підвищеною небезпекою: Методичні рекомендації/ Психоінформаційна і психофармакологічна підтримка професійного (оперативного) довголіття та оптимальної діяльності здорової людини в екстремальних умовах: Навчальний посібник / за ред. Б.В. Западнюка, А.В. Сергієнка.- К.: РВЦ НАВС України, Дніпропетровськ: ТОВ “Баланс-Клуб”, 2005.- 560 с.- Додаток № 35.- С. 352 – 378.
9. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция соматоформных расстройств у сотрудников разведки МВД / Проблеми військової охорони здоров'я // Збірник наукових праць Української військово-медичної академії.- Київ: УВМА, 2006.- Вип. 17.- С. 11 – 16.
10. Современные данные организации и тактики медико-психологической службы в экстремальных условиях / Проблеми комплексної

медико-психологічної реабілітації в умовах санаторно-курортних закладів осіб, що зазнали впливу екстремальних ситуацій: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції 10 – 11 березня 2011 року у м. Судак.- К.: МОЗ України, МВС України, МНС України, 2011.- С. 98 – 100.

11. Центральна служба психопрофілактичного та оперативно-психологічного супроводження – один із факторів забезпечення заходів підвищення надійності особового складу та боротьби з корупцією у Державній податковій адміністрації України // Збірник наукових праць Центрального науково-дослідного інституту озброєння та військової техніки Збройних Сил України.- К.: ЦНДІ ОВТ ЗС України, 2001.- Вип. 8.- С. 93 – 100.

12. Розвідка МВС і психолого-психіатричні аспекти хімічних катастроф / / Проблеми військової охорони здоров'я // Збірник наукових праць Української військово-медичної академії.- Київ: УВМА, 2011.- Вип. 30.- С. 406 – 417.

13. Вплив катастроф і війн на психічне здоров'я особистості та суспільства (повідомлення перше) // Журнал Військова медицина України, том 15, 1.2015.- С. 70-79.

Резюме. *Работа является продолжением исследований касательно проблем преодоления последствий оперативной (оперативно-боевой) психической травмы и сохранения оперативного (профессионального) долголетия у военнослужащих (сотрудников органов), которые принимают участие в спасательных операциях и локальных боевых конфликтах (миротворческие и контртеррористические мероприятия). От состояния их психического здоровья зависят эффективность их собственной деятельности и эффективность подразделений, в которых они состоят.*

Ключевые слова: *АТО, психиатрия катастроф, оперативно-боевая психическая травма, боевая хирургическая травма, психопрофилактика.*

Summary. *The work is a continuation of research into the problem of overcoming the consequences of the operational (operational-combat) trauma and maintaining the operational (professional) at the longevity of servicemen and law enforcement officers who are involved in the rescue operations and local military conflict (peacekeeping and counter-terrorism measures). Therefore, the state of mental health and their performance depends on capacity and efficiency of the activities of those departments or areas which they head.*

Key words: *the ATO, psychiatry disasters, operational and combat trauma, surgical trauma of combat, psychoprophylaxis.*