

ШРАМИ НА ЇХ ДУШАХ: ПТСР та ветерани України¹

ЗВЕДЕНЕ РЕЗЮМЕ основних тез дослідження

1. Протягом вже понад двадцяти місяців все населення України перебуває на межі фізичного виживання і наражається на небезпеку для життя. Багато хто потерпає від безсоння через постійний нічний терор атаками дронів-камікадзе та ракет. Більшість населення живе в умовах постійної загрози, при цьому значна частина країни окупована російськими військами, і багато хто пережив найжахливіші звірства війни, пов'язані з варварською поведінкою окупантів, тортурами і насильницькою «русифікацією». Ці обставини створюють підґрунтя для виняткової уразливості українців до всіх травм, пов'язаних з війною, і розвинення низки проблем психічного здоров'я в безпрецедентних масштабах, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Вже за нинішніми прогнозами Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) 3-4 мільйони людей потребуватимуть медикаментозного лікування психічних розладів, спричинених війною. Близько 15 мільйонів потребуватимуть інших видів психологічної підтримки, щоб збалансувати свій крихкий емоційний стан.

2. Перед Україною постає величезний виклик – підготувати все суспільство до роботи з травмами, отриманими під час війни, різними за своїми видами і масштабами наслідків. Воно має бути готовим інтегрувати всіх людей, що зазнали травми, аби надати країні можливість відновитись. Особливу відповідальність у цьому відношенні буде покладено не лише на медичний персонал чи інфраструктуру. Соціальні працівники, вчителі, поліцейські, пересічні українці – всі мають бути навчені надавати первинну допомогу людям, що зазнали травми. Українське суспільство в цілому має розвинути свою спроможність ефективно реагувати на потреби таких людей та зміцнювати психологічну стійкість нації в цілому.

3. Ми маємо бути готовими до того, що реальна кількість випадків ПТСР в Україні може бути набагато вищою, ніж нинішні очікування «десь близько 20%», особливо з огляду на складнощі в оцінці реальної картини, пов'язані з великою кількістю незареєстрованих випадків та випадків неналежної діагностики, про що свідчить досвід таких країн, як США та Великобританія. Тому Україні необхідно розробити ефективні підхід і систему роботи з ПТСР, починаючи від точного і більш якісного виявлення/діагностики та лікування і закінчуючи боротьбою з суспільними упередженнями і стигматизацією.

¹ SCARS ON THEIR SOULS: PTSD and Veterans of Ukraine. Повна версія дослідження англійською мовою: <https://www.globsec.org/sites/default/files/2023-09/Scars%20on%20Their%20Souls%20PTSD%20and%20Veterans%20of%20Ukraine.pdf>

4. Враховуючи досвід, який Україна напрацьовує під час війни за підтримки міжнародних партнерів, по завершенні війни вона стане країною, що задаватиме стандарти у багатьох сферах, як то сучасна стратегія і тактика ведення бойових дій; здатність розвинути і зміцнити економічну стійкість; швидке відновлення після пошкодження критичної інфраструктури; ефективність аварійно-рятувальних бригад, які визволяють людей з-під уламків зруйнованих будівель; передові методи і технології розмінування тощо. Війна надала Україні унікальну можливість не лише розвивати медицину та практики лікування, а й стати лідером в цих сферах, враховуючи досвід, отримуваний у невідкладній хірургії на полі бою, протезуванні, лікуванні травм, пов'язаних з війною тощо. У майбутньому Україна матиме можливість експортувати цей досвід до інших країн, і, навіть, може стати прикладом найкращих практик на світовому рівні.

5. Найбільш разюча відмінність цього конфлікту від більшості інших в новітній європейській історії полягає в тому, що на війну було мобілізовано звичайних людей, які пройшли коротку військову підготовку, після якої були відправлені на фронт. Вони не є професійними солдатами; до цього конфлікту багато з них в цивільному житті працювали за іншими професіями. Це звичайні люди, які були вимушені полишити життя, яке вони колись знали, а тому є набагато вразливішими до впливу війни, ніж професійно підготовлені військовослужбовці США і Великобританії, які свідомо відправляються для виконання своїх військових місій. Інтенсивні бойові дії та постійна небезпека життю, в якій перебувають захисники та захисниці України, призводять до їх психологічного та фізичного виснаження і формують накопичувальний травматичний досвід. Хоча ротація на лінії фронту і має місце, її важко визначити як системну та таку, яка дає бійцям достатньо часу для повноцінного відновлення; багато хто перебуває на фронті з перших днів війни і не мав повноцінної відпустки.

6. Порівняно із загальним населенням військовослужбовці мають вищий ризик розвитку ПТСР через саму природу перебування в бойових умовах та інтенсивність повторюваних ситуацій, що загрожують життю. Перед Україною постає виклик забезпечити нормальні умови «м'якої» трансформації бійців у ветерани (від бойового до мирного життя), яких, за умови завершення війни вже завтра, буде налічуватись близька 1,8 мільйонів². З огляду на це, забезпечення найсучаснішої оцінки та ранньої діагностики їх психологічного стану є першочерговим етапом у визначенні ефективних шляхів лікування, які стануть запорукою максимально комфортної реінтеграції ветеранів у мирне життя після завершення війни. При цьому застосування в Україні досвіду таких країн, як США, Велика Британія, Західні Балкани і навіть Ізраїль може бути дуже обмеженим через безпрецедентні масштаби, інтенсивність і тривалість нинішньої війни з Росією.

7. Український уряд вживає заходів, спрямованих не лише на нагальні потреби для досягнення військової та економічної стійкості, необхідних для подолання викликів війни та досягнення повної перемоги над ворогом, а й на вирішення питань віддаленої

² Тут враховуються усі категорії ветеранів, включно з тими, хто брав безпосередню участь у бойових діях починаючи з 2014 року.

перспективи, таких як відбудова та планування на післявоєнний період, включаючи якість людського капіталу. Проте, якою б високою не була оцінка цих зусиль, їм все ще не вистачає належної координації в межах комплексних стратегій національного рівня, які були б достатньо гнучкими, аби реагувати на мінливі умови війни, що триває.

8. З початком збройних дій на сході України у 2014 році питання ПТСР та інших травм, пов'язаних з війною, серед учасників бойових дій та цивільного населення, яке перебувало в зоні бойових дій або поблизу неї, почало привертати до себе більше увагу. Близько 80% військових, які брали участь у бойових діях на сході України під час Антитерористичної операції (АТО), а згодом в Операції об'єднаних сил (ООС), опинилися у стані бойового стресу, який згодом у близько 25% випадків трансформувався у посттравматичні стресові розлади (ПТСР) різного ступеня тяжкості. 20-30% військовослужбовців, які отримали психологічні травми під час бойових дій, не змогли вирішити свої психологічні проблеми без сторонньої допомоги. Тим не менш, до лютого 2022 року питання ПТСР в Україні не отримало належного розгляду.

9. Окрім ПТСР, війна провокує розвиток і інших розладів психічного здоров'я. Військовослужбовці також стикатимуться з розладами депресивного спектру, різними видами залежностей, фобіями, дисоціативними розладами (розлади деперсоналізації, дереалізації, дисоціативна амнезія тощо), поведінковими розладами, тривожними розладами та суїцидальною поведінкою. В контексті ситуації в Україні ці розлади накладаються на множинні черепно-мозкові травми та інші фізичні ураження мозку, спричиненими кінетичними вибухами, що, у свою чергу, суттєво ускладнює лікування.

10. Одним із найбільших викликів для України є розрив між масштабом потреб, які виявлено і які продовжують зростати, і поточним рівнем наявних психосоціальних ресурсів. Щоб задовольнити потреби такого масштабу та інтенсивності як серед учасників бойових дій, так і серед максимально широких верств населення, що постраждало від війни, - потрібен цілісний, практичний, інклюзивний та диференційований підхід до роботи з травмами, спричиненими війною, психосоціальної підтримки та охорони психічного здоров'я.

11. Розвиток посттравматичного стресового розладу або інших психічних та емоційних порушень є крайньою реакцією, і ризик її прояву можна значно знизити та мінімізувати, якщо всі, хто контактує з особами, що пережили травматичну подію, матимуть відповідні інструменти та навички для надання ефективної підтримки вже на початкових етапах. Виходячи з практичного досвіду Ізраїлю, найбільш життєздатним і ефективним підходом є створення широкої мережі нестигматизованої психосоціальної підтримки на місцях, на рівні громад.

12. Існуючі підходи до класифікації ПТСР викликають багато плутанини, оскільки деякі країни (наприклад, США) використовують керівництво з психічних розладів DSM-V, тоді як у більшості європейських країн довідковою базою слугує МКХ-11. На відміну від МКХ-11, DSM-V не вирізняє ПТСР та комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР). При цьому в європейській практиці ПТСР і КПТСР відомі як травми 1-го і 2-го

типу, які вимагають різних підходів до лікування. Останні дослідження цього питання визначають як окрему проблему відсутність консенсусу щодо траєкторії розвитку ПТСР, різноманіття підходів до діагностики та лікування, а також непослідовність у визначенні підходів до лікування ПТСР. Враховуючи розбіжності між класифікаціями DSM-V та МКХ-11, що, відповідно впровадження єдиного підходу на міжнародному рівні є вкрай важливим.

13. Комплексний ПТСР призводить до перманентних змін у хімічних процесах мозку, постійного виникнення дисоціативних станів, порушення нейропатофізіологічних процесів, що впливають на мозок, кишечник, ендокринну та нейроендокринну системи, а також до змін у послідовності ДНК (посилання на дослідження додається), що призводить до аутоімунних захворювань і фрагментації імунної системи, погіршення фізичного здоров'я, передчасної смерті та суїцидальних думок. Комплексний ПТСР може стати причиною схильності до ризикованої поведінки, і є пов'язаним з коморбідними психічними розладами та проблемами фізичного здоров'я, залежністю та самоушкодженням. Тому він потребує більш широкої оцінки та еkleктичного підходу до лікування з боку фахівців в галузі травми.

14. Сучасна практика в Україні базується на використанні класифікації МКХ, проте все ще посилається на МКХ-10 як на загальнонаціональний рекомендований документ. МКХ-11 використовується невеликою групою українських психіатрів. Це створює серйозну плутанину, коли йдеться про коректність статистичних даних і навіть лікування, враховуючи різницю між ПТСР і КПТСР. Причини, з яких існуючу класифікацію не приведено у відповідність до сучасних стандартів МКХ на національному рівні, лежать в площині української бюрократії, яка гальмує внесення відповідних змін до низки внутрішніх нормативних актів України. Як наслідок, багато практикуючих лікарів та профільних установ продовжують використовувати застарілу версію МКХ-10, яка ще не передбачає виокремлення КПТСР. Цю адміністративну помилку має бути виправлено якнайшвидше, оскільки існує дуже висока ймовірність того, що переважаючим типом ПТСР в Україні буде саме КПТСР.

15. Важливим моментом є забезпечення своєчасної діагностики та лікування КПТСР на ранніх стадіях розвитку захворювання, що дозволяє зменшити страждання пацієнтів і покращити їхнє психічне та фізичне здоров'я. Хоча КПТСР може мати довгострокові наслідки, належне лікування вже на ранніх стадіях його розвитку може допомогти запобігти або пом'якшити такі наслідки. За відсутності лікування КПТСР може стати хронічним і призвести до погіршення проблем із здоров'ям, зниження працездатності та якості життя. Не менш важливою є реабілітація, оскільки вона допомагає пацієнтам відновитися після лікування і підготуватися до повноцінного життя шляхом подолання наслідків травми і повернення до нормальної діяльності.

16. Багато фахівців сходяться на думці, що успішність більшості традиційних методів лікування ПТСР/КПТСР є обмеженою, а існуючі психотерапевтичні методи дають результат лише приблизно у третини пацієнтів, що перебувають на амбулаторному лікуванні. Лікування вважається успішним, якщо пацієнт досягає позитивної ремісії і

здатний взаємодіяти з суспільством. Більшість міжнародних практик при первинному лікуванні покладаються на різні види психологічної терапії. Використання медичних препаратів завжди розглядається на другому етапі, коли симптоми залишаються або погіршуються.

17. Широка база наукових доказів ставить під сумнів сучасну ідеологію ПТСР. Вона підтверджує необхідність як нейрофізіологічної оцінки природи ПТСР, так і більш широкого еkleктичного режиму лікування для уповільнення розвитку захворювання і забезпечення оптимального відновлення, ставлячи під сумнів нинішнє надмірне використання розмовної терапії як основного методу лікування ПТСР. Безсумнівно, поглиблення знань про клінічну кореляцію патологічного прогресування захворювання надасть краще розуміння вроджених систем імунних шляхів, пов'язаних з ПТСР, що уможливить лікування вже на ранніх стадіях і уповільнить розвиток захворювання.

18. Незважаючи на те, що підхід, який розглядає ПТСР через призму нейробиології, ще не увійшов у широку світову практику, він заслуговує на увагу, зважаючи на очевидну низьку ефективність традиційних методів діагностики та лікування ПТСР. Просте оцінювання психологічних симптомів ПТСР і реагування на них психологічним лікуванням позбавлене сенсу, оскільки ПТСР має набагато ширше біологічне підґрунтя, ніж будь-який інший розлад психічного здоров'я, що провокує психологічні симптоми. Один із запропонованих підходів полягає у використанні тестів на біомаркери для виявлення в організмі пацієнта запалення, що зможе надати більш точну оцінку та визначити подальшу лінію лікування (яка завжди є індивідуальною), оскільки існуюча практика діагностики залишається залежною від суб'єктивної оцінки за результатами спостережень і не враховує глибинні нейропатологічні зміни, що відбуваються через порушення метаболізму.

19. До пацієнтів з діагнозом КПТСР необхідно застосовувати політравматичний підхід: він включає точну оцінку, діагностику та лікування, а також встановлення перехресного зв'язку між супутніми травмами і послідовності їх виникнення, включаючи постійний нагляд за перебігом імунних захворювань, пов'язаних з розладом, який з часом посилюється.

20. Лікування ПТСР в Україні подібне до міжнародно визнаних традиційних практик. Підходи до лікування регламентуються уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на тяжкий стрес та розлад адаптації . Посттравматичний стресовий розлад», розробленим МОЗ України відповідно до чинних вимог доказової медицини. Когнітивна терапія (КТ), когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), когнітивно-процесуальна терапія (КПТ) та тривала експозиційна терапія (ТЕТ) використовуються як методи першого вибору. Іншими методами є нарративна експозиційна терапія (НЕТ) та десенсибілізація та репроцесуалізація (тобто опрацювання травми) рухом очей (EMDR). Медикаментозне лікування базується на призначенні антидепресантів класу СИЗЗС. Наразі в стані розробки перебувають нові експериментальні методи лікування та реабілітації, такі, наприклад, як технологія VR360.

21. Основними труднощами, пов'язаними з діагностикою та лікуванням ПТСР в Україні, є (1) недостатній рівень/якість освіти фахівців психологічної сфери; (2) значна обмеженість чи, навіть, відсутність спеціалістів належної кваліфікації (спеціалістів по роботі із травмою); (3) використання різної референтної бази для діагностики; (4) заперечення проблеми; (5) недотримання терапевтичного процесу; (6) специфічні проблеми ветеранів та військових; (7) коморбідність з іншими психічними розладами; (8) втрата доступу до терапії; (9) недостатня тривалість терапії та її відносна ефективність; (10) недостатнє розуміння проблеми суспільством; (11) стигматизація травми та культурні особливості (відсутність традиції звернення до психотерапевтів та психіатрів); (12) обмежена доступність психотерапевтичної та психіатричної допомоги; (12) недостатнє фінансування системи охорони здоров'я та вузької сфери по роботі з психологічними травмами зокрема.

22. Існує потреба у посиленні лідерської ролі Міністерства у справах ветеранів України (Мінветеранів) як у формуванні політики реінтеграції та соціального захисту ветеранів, так і у налагодженні комунікації між міністерствами. На сьогоднішній день існує практика, що різні ветеранські об'єднання у своїх ініціативах прагнуть до співпраці з різними державними установами, причому не обов'язково з Мінветеранів. Частково це пов'язано з плутаниною щодо чільної ролі, коли йдеться про питання психічного дисбалансу внаслідок бойової травми (ПДБТ) та психічного здоров'я ветеранів в Україні, що посилюється наявністю численних міжвідомчих координаційних мереж з питань загального психічного здоров'я, які були утворені впродовж останнього року: Міжвідомча координаційна рада з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок агресії РФ проти України, Координаційний центр з психічного здоров'я, Мережа центрів підтримки цивільного населення при обласних державних (військових) адміністраціях.

23. Фізичне та психологічне здоров'я ветеранів/колишніх військовослужбовців не є окремими поняттями, але психічні розлади внаслідок бойових травм (БТ) було об'єднано в єдине поняття в рамках запропонованої спільної політики у сфері психічного здоров'я як на національному, так і на регіональному рівнях, що нивелює специфіку саме ПДБТ та її лікування. Нинішню ініціативу Мінветеранів щодо створення інституту «помічника ветерана» в кожній місцевій територіальній громаді можна розглядати як корисний, але недостатній інтерфейс між ветераном і системою медико-соціальної допомоги. Враховуючи потенційну кількість ветеранів в Україні після цієї війни, доцільно розглянути можливість розширення сфери компетенції Мінветеранів та включення до його компетенції питань лікування ПДБТ, як це організовано у США, де Департамент у справах ветеранів Міністерства оборони також опікується Національним центром ПТСР та мережею центрів політравми по всій країні і отримує відповідне фінансування на цей вид діяльності з федерального бюджету.

24. На сьогодні важко оцінити ефективність урядових планів України щодо створення цілісної системи медичних і реабілітаційних центрів, які спеціалізуються на травмах, а також перспективні потреби в ресурсах (медичному персоналі, інфраструктурі та фінансовій підтримці). Водночас, за деякими оцінками, Україні необхідно подвоїти

кількість фахівців, наявних станом на сьогодні: 4095 психіатрів, 1067 психологів і 473 психотерапевти. До початку повномасштабної війни з Росією багато осіб по отриманню диплому лікаря-психіатра/військового психолога/медичного психолога/психолога, не мали бажання працювати за фахом через незадоволеність соціальним пакетом (велике психоемоційне навантаження, низька заробітна платня, нехтування саморегуляцією, режимом робота/відпочинок й як наслідок – швидке вигорання). В Україні не було достатньої кількості підготовлених кадрів для роботи з бойовими травмами, а після повномасштабного вторгнення бажаючі працювати за фахом були змушені здобувати необхідні знання та кваліфікацію в дуже стислі терміни. Доступ до відповідних освітніх програм та тренінгів був обмежений, що було спричинено недостатністю відповідних навчальних курсів в Україні та обмеженими знаннями в сфері військової психології, а також простим незнанням англійської мови для доступу до міжнародних курсів.

25. Серйозною проблемою, пов'язаною з якістю надаваних послуг, є «мода на психологів» у воєнний час, яка сьогодні широко поширена в Україні. Іноді люди починають несертифіковану практику просто по закінченні прискорених курсів. Ця тенденція є дуже небезпечною і шкідливою, оскільки непрофесійна допомога може лише поглибити психічні розлади пацієнта і призвести до повторної травматизації. За всієї поваги до щирого бажання людей допомогти іншим людям впоратись з травмою, вони не до кінця усвідомлюють рівень відповідальності за можливі наслідки та потенційну ціну неправильного поводження в цій ситуації. Це проблема, якій український уряд має приділити серйозну увагу.

26. На сьогоднішній день якість та доступність психіатричної допомоги в Україні зумовлюється низкою факторів, основними з яких є: (1) значний дефіцит психологів у військових частинах, госпіталях; (2) відсутність необхідних знань та навичок у фахівців; (3) неналежне/некоректне використання психологічних протоколів фахівцями; (4) відсутність достатньої кількості психологів у лікарнях загального профілю; (5) відсутність координації при передачі пацієнтів між військовими медичними частинами(батальйонами) /шпиталями/цивільними медичними закладами /реабілітаційними центрами/ сімейними лікарями/центрами соціальної підтримки.

27. Після 2014 – 2015рр. для учасників АТО було запроваджено часткову психологічну реабілітацію, яка була обов'язковою для всіх колишніх учасників бойових дій. Водночас, у 2017 році рівень забезпечення ветеранів АТО цією послугою становив лише 0,1% від загальної потреби. Ситуація частково покращилася за останні роки завдяки розширенню медичних потужностей для лікування ветеранів, які зазнали БТ. У 2018 році уряд України збільшив фінансування реабілітаційних послуг для ветеранів, що дозволило розширити можливості для лікування та дещо покращити інфраструктуру. У вересні 2019 року було відкрито Національний центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів на базі госпіталю ветеранів війни «Лісова поляна», з подальшим відкриттям кількох інших центрів.

28. На тлі значної фінансової підтримки, яку надають Україні міжнародні партнери для зміцнення стійкості країни, що зазнала руйнівного впливу війни, рівень допомоги на

охорону здоров'я та психіатричну допомогу, допомогу у роботі з психологічними травмами війни, а також підтримка ветеранської політики залишаються вражаюче низькими. Ініціативи з психологічної реабілітації та лікування ветеранів та інших уражених верств населення України мають бути розширені з огляду на майбутню інтеграцію України до ЄС, коли українські громадяни стануть частиною людського капіталу ЄС. Деякі з ветеранів можуть навіть емігрувати до європейських країн для возз'єднання зі своїми сім'ями, які були змушені покинути Україну в перші дні повномасштабної війни. Видається доцільним розглянути можливість використання більшої кількості фінансових інструментів ЄС і НАТО для роботи в цій сфері.

29. Останнім часом в Україні з'явилася низка проектів законодавчих актів, покликаних врегулювати питання надання медико-психологічної допомоги та підтримки пацієнтам з ознаками гострих психологічних травм, завданих шляхом прямої травматизації або травматизації змішаного типу, пов'язаних з переживанням негативних наслідків, більш складних наслідків війни, незворотних втрат, поранень тощо. Вони також передбачають кримінальну відповідальність для несертифікованих фахівців, які надають психологічні послуги населенню. Ці ініціативи є правильним кроком у напрямку впорядкування та організації хаотичного процесу надання психологічних послуг в Україні. Відкритим поки залишається питання щодо того, який з державних органів відповідатиме за сертифікацію та акредитацію фахівців.

30. Сплеск інтересу до теми ПТСР в українському суспільстві призвів до гарячих дискусій щодо очікуваної кількості постраждалого населення, що буде уражене ПТСР, та потенційних наслідків для здоров'я нації в цілому. Водночас, відсутність публічних фахових дискусій та досліджень на цю тему призводить до закріплення у суспільстві негативних стереотипів та посилення нездорової стигматизації. Можна з упевненістю сказати, що необізнаність з питань ПТСР серед населення України, і навіть серед професійних медичних працівників, залишається високою.

31. Різні країни намагаються подолати упередженість щодо ПТСР шляхом проведення спеціальних інформаційних кампаній, спрямованих на створення більш позитивного іміджу ветеранів, які, безумовно, потребують допомоги та підтримки суспільства для адаптації до мирного життя після повернення з бойових завдань. На сьогодні здебільшого використовуються такі фрейми для ПТСР як «невидимі рани війни», «тимчасовий розлад одужання» або «природна реакція на небезпечні для життя обставини». Спостерігається відхід від концепції ПТСР як «невеликої хвороби і серйозного психічного розладу». Існує реальна потреба в проведенні в Україні загальнодержавних інформаційно-просвітницьких кампаній для створення позитивної рамки сприйняття ПТСР як тимчасового психічного дисбалансу, який можна ефективно лікувати, особливо за умови своєчасного діагностування. Суспільство має бути поінформоване про природу та наслідки ПТСР, а також розвинути достатню зрілість і відповідальність, аби сприймати це явище як одну з невід'ємних природних ран війни, що потребує лікування.

32. Досвід інших країн показує, що соціальне середовище може відігравати важливу роль у провокуванні емоційних станів психічно вразливих ветеранів. Український уряд і

суспільство добре усвідомлюють цей соціальний ефект. Тому вони досить активно створюють можливості для ветеранів реалізувати себе в нових професіях та віднайти новий сенс життя. Різні дослідження та особистий досвід ветеранів достатньо переконливо вказують на те, що такі професії, як парамедик, рятувальник, демінер, працівник аварійних служб та інші «адреналінові» професії, а також професії військового психолога та психотерапевта дуже добре підходять для колишніх учасників бойових дій. Вони також можуть вдало проявити себе як приватні підприємці та параспортсмени.

33. В своєму реагуванні на потреби ветеранів Міністерство у справах ветеранів почало працювати більш системно. Влітку 2023 року було розроблено *Стратегію переходу від військової служби до мирного життя до 2032 року*. Одним з головних акцентів цієї Стратегії є можливість професійної підготовки та перепідготовки ветеранів за новими професіями, для науково-дослідницької діяльності, ветеранського підприємництва тощо. Також влітку 2023 року Міністерство запустило пілотний проєкт Центрів розвитку ветеранів (з акцентом на професійному навчанні та подальшому працевлаштуванні) у 5 регіонах України (Дніпрі, Вінниці, Львові, Миколаєві та Києві) з планами у 2024 поширити практику на весь 21 регіон.

34. Багато країн, які зіткнулися з подібними проблемами адаптації до мирного життя колишніх учасників бойових дій, визнають, що надання ветеранам лише пенсійних виплат (якими б високими вони не були) може бути деструктивним і призвести до посилення негативних побічних ефектів, таких як зловживання алкоголем і наркотиками, домашнє насильство, злочинна діяльність тощо. Крім того, соціальна та економічна невизначеність з туманними перспективами працевлаштування після закінчення війни може посилити занепокоєння щодо майбутнього і поглибити почуття депресії та тривоги, що, ймовірно, і станеться в Україні, якщо не буде запропоновано чітких шляхів інтеграції до мирного життя. Незважаючи на те, що загальний рівень занепокоєння в Україні щодо майбутнього залишається низьким (33% проти 58% позитивної впевненості у майбутньому), з часом ці настрої можуть змінитися, особливо за відсутності чіткої урядової стратегії щодо вирішення цього питання. Ці шляхи мають бути розроблені та визначені вже зараз, під час війни, що триває.

35. Житлове забезпечення ветеранів залишається однією з найгостріших проблем в Україні. Існуюче фінансування не покриває всіх потреб ветеранських сімей, що ускладнюється масштабами руйнувань приватних будинків і навіть цілих житлових кварталів внаслідок інтенсивних обстрілів. Станом на 1 квітня 2023 року в черзі на отримання житла за державною програмою допомоги перебувало понад 32 000 сімей ветеранів, а виділені 5,5 млрд грн з державного бюджету на 2023р. можуть покрити потреби лише 2 843 сімей. Втім, український уряд також наразі працює над новою програмою компенсації іпотечних ставок (7%) на житло «ЄОселя»/«ЄЖитло», тому, шляхи вирішення проблеми забезпеченості житлом цієї категорії населення України продовжують опрацьовуватися.

36. На відміну від більш індивідуалістичних західних культур, в Україні сім'я і релігія відіграють важливу роль у системі цінностей і можуть бути ефективно використані як

фактори пристосування, коли йдеться про загоєння психологічних ран війни. Як і в Ізраїлі та на Західних Балканах, українські сім'ї також більш схильні виявляти співчуття і розуміння травм війни, оскільки вони частково переживають те саме через російські атаки на цивільне населення. У групі близьких родичів тих, хто перебуває на війні, особливо вразливою є група родичів зниклих безвісти та полонених військовослужбовців, які щодня переживають тривогу за долю своїх близьких. У них частіше розвиваються симптоми ПТСР, ніж у тих, хто продовжує спілкуватися зі своїми рідними, що воюють на фронті. З іншого боку, ця категорія також більш активна в громадських кампаніях, які сприяють поширенню інформації та підвищенню обізнаності про ціну війни на міжнародному рівні.

37. До кінця війни значна частина українського суспільства матиме безпосередній досвід війни через свої родинні зв'язки. Вони повинні бути підготовленими щодо того, як поводитися з родичем, який повертається з війни додому, і як краще інтегрувати його до мирного середовища. Багатий досвід інших країн вчить нас, що члени сім'ї, відірвані від цього досвіду, в більшості випадків не розуміють внутрішнього конфлікту солдата і можуть виявитись неспроможними впоратися з новою реальністю. Як наслідок, ми бачимо більш високий рівень домашнього та сексуального насильства, розлучень та розірвань стосунків, від чого страждають усі.

38. Сім'ям учасників бойових дій в Україні і досі приділяється недостатньо уваги, коли йдеться про їхню підготовку до повернення близьких. Незважаючи на низку урядових ініціатив, поцілених на роботу з членами сімей учасників бойових дій, масштаб цих зусиль є недостатнім через обмеженість ресурсів та брак кваліфікованих фахівців для проведення такого роду тренінгів. Особливо гостро це відчувається в сільській місцевості, яка, тим не менше, стала найбільшим донором ресурсів під час мобілізації військовослужбовців.

39. В українському контексті релігія і духовність, без сумнівів, стануть одним з найпомітніших факторів посттравматичного зростання, що зумовлено загальною культурною повагою до релігії і глибокою вірою в Бога. Це особливо стосується тих сімей, що втратили своїх близьких на війні і які шукатимуть способи втратити біль втрати. Тут є потенціал для українських релігійних конфесій відіграти значну роль – відновити своє місце в суспільстві та допомогти вразливим верствам населення пристосуватися до нової реальності.

40. Ветеранська спільнота в Україні є дуже активною і інколи проявляє себе як напрочуд згуртована. Системно ветеранський рух почав формуватися під час війни з Росією 2014-2015 років: у 2016 році було зареєстровано 400 благодійних організацій, а в 2017 році їх було вже 750. З початком нинішньої війни їхня кількість зросла в геометричній прогресії. Деякі групи ветеранів/учасників бойових дій, такі як Патронатна служба «Азов», перетворилися на цілісну еко-систему, що піклується про потреби своїх побратимів – від першої допомоги на передовій до психологічної реабілітації, працевлаштування та підтримки сімей. Інші, такі як ГО «Простір можливостей», активно співпрацюють з місцевими органами влади та муніципалітетами над створенням мережі

ветеранів-підприємців, які навчилися сучасному проектному менеджменту та відкрили власний бізнес.

41. Свідоме уникнення звернення за медичною допомогою за наявності очевидних проблем, пов'язаних з психічним дисбалансом внаслідок травм війни (ПДТВ), є міжкультурним фактором. Незважаючи на різницю у сприйнятті ролі психолога в житті людини, обумовлену культурними відмінностями, – явище є більш прийнятним для західних культур і менш популярним в Україні – військові ветерани та чинні військовослужбовці в усіх куточках планети схильні відмовлятися від такого лікування майже з одних і тих же причин, серед яких можна виділити наступні: (1) вони не хочуть виглядати «слабаками», які визнають, що мають проблеми з психічним здоров'ям; (2) вони не хочуть назавжди зашкодити своїй кар'єрі через те, що звернулися по допомогу; (3) вони бояться, що за певного діагнозу їх може бути визнано непридатними до військової служби або примушено до зміни військової професії, або навіть до звільнення/відставки зі служби. Усі ці побоювання можна вирішити шляхом проведення належних громадських кампаній, які будуть змінювати негативні стереотипи про звернення по психіатричну допомогу з установки «хвороба» на більш позитивну установку «психічна гігієна». Люди мають звикнути сприймати постійні психологічні обстеження після складних військових травм як щось рутинне, але необхідне для благополуччя.

42. В Україні, на Західних Балканах та в Ізраїлі суспільні стереотипи щодо ветеранів війни формуються на основі емпатії та розуміння, оскільки в більшості випадків ветерани сприймаються як славетні захисники своєї батьківщини. Ситуація складніша в таких країнах, як США та Великобританія, де в кращому випадку наявне абстрактне розуміння «обов'язку солдатів захищати свою країну на далеких територіях». Проте з плином часу в українському суспільстві можуть з'явитися більш помітні ознаки байдужості до звитяг ветеранів та їхніх потреб, що створюватиме ризики соціальної напруги та поляризації. За двадцять один місяць війни Україна так і не згуртувалась навколо відчуття тотальної оборони, коли кожен громадянин усвідомлював би себе захисником країни на власному фронті. Через значну протяжність країни глибинне усвідомлення війни серед населення західних регіонів є менш вираженим (за винятком періодів повітряних атак), ніж на сході. Оскільки стан активної війни все ще не закарбувався в кожній українській душі, формування належного ставлення до військовослужбовців і ветеранів і їх вшанування стає видимим викликом.

43. За результатами дослідження, щонайменше один з наступних факторів було визначено як такий, що є притаманним для досвіду країн вибірки: пониження при комісуванні, довгі черги за медичними послугами, нестача спеціалістів на місцях або некваліфікованість психотерапевтичних консультацій. Ізраїль виявився найменш проблемним (причому пониження при комісуванні було єдиним значущим фактором). Велика Британія отримала найвищий бал за показником терміну очікування лікування (іноді лист очікування становить 18 тижнів), бюрократичних затримок і втрати документів, нестачі кваліфікованого персоналу, автовідповідачів на гарячих лініях тощо.

44. Всупереч позитивним очікуванням українського суспільства, що для українських ветеранів проблема самогубства та злочинність не буде гострою, статистика інших країн та попередній досвід війни в Україні 2014-2015 років свідчать про те, що українському уряду все ж потрібно всерйоз розглянути ці ризики і окреслити низку превентивних ініціатив для їх зменшення. Позитивним моментом є той факт, що в культурному плані Україна не є країною з надмірно високим рівнем депресії. З іншого боку, кількість самогубств серед ветеранів та військовослужбовців дуже важко підрахувати, особливо в наш час, коли інформація про втрати є засекреченою. Навіть за умови, що випадки, коли українські колишні військовослужбовці потраплятимуть до в'язниці за кримінальні злочини, будуть менш чисельними, практика інших країн, особливо США та Великобританії, показує, що злочини, скоєні колишніми військовослужбовцями, часто відносяться до найтяжчих категорій: вбивства, зґвалтування та різні інші насильницькі дії.