



# ШRAMI НА ЇХНІХ ДУШАХ: ПТСР та ветерани України



Co-funded by  
the European Union

# **ШРАМИ НА ЇХНІХ ДУШАХ: ПТСР та ветерани України**

Київ — 2023

## **АВТОРИ**

### **Iuliia Osmolovska,**

Director, GLOBSEC Kyiv Office (project lead)

### **Mandy Bostwick,**

MSc, MA, ISSTD, Specialist Trauma Psychotherapist (UK)

### **Dr Lenny Grant,**

PhD, MA (social sciences) (USA)

### **RJ Naperkowski,**

U.S. Army Captain (ret) in EOD (USA)

### **Yana Sofovich,**

MSc, MA (Israel)

### **Oleksandr Gershmanov,**

M.Ed S.W. CBT psychotherapist (Israel)

### **Max Goldenberg,**

LTC (res), IDF (Israel)

### **Prim Dr Goran Čerkez**

(social medicine, organization, and health economics) (BiH)

### **Dr Biljana Lakić,**

MD, MS, psychiatrist, psychotherapist (BiH)

### **Asan Cadyrov,**

psychiatrist, head of PTSD and addictions practice (Ukraine)

### **Prof Valentyn Postrelko**

(medicine), psychiatrist (Ukraine)

### **Dr Serhii Myronets,**

PhD (psychology), crisis and military psychologist (Ukraine)

### **Dr Olena Konovalova,**

PhD (psychology), psychosomatologist (Ukraine)

### **Denys Bogush,**

military doctor, neurologist, neurophysiologist (Ukraine)

### **Martin Poliačik,**

Deputy Director, GLOBSEC Kyiv Office

### **Nataliia Bilyk,**

project coordinator, GLOBSEC Kyiv Office

### **Mykyta Havryley,**

researcher, GLOBSEC Kyiv Office

### **Iryna Gaydabura,**

linguistic adjustment

**GLOBSEC Kyiv Office** is also very grateful to Frank Ledwidge, Alex Donelly, and Ed Lycett for their advisory role in the project.

#### **Credit for the image on the cover page:**

Ukrainian Psychedelic Research Association (c)

#### **Disclaimer**

Supported by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or EACEA. Neither the European Union nor the supporting authority can be held responsible for them.



Co-funded by  
the European Union

# ЗМІСТ

СТИСЛИЙ ОГЛЯД (ЗВЕДЕНЕ РЕЗЮМЕ) .....	<b>2</b>
ВСТУП .....	<b>10</b>
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	<b>13</b>
I. ПОЗИЦІОНУВАННЯ В УКРАЇНІ ПРОБЛЕМИ ПТСР ТА ІНШИХ ТРАВМ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВІЙНОЮ: НЕ ДРАМАТИЗУВАТИ, АЛЕ Й НЕ ПРИМЕНШУВАТИ .....	<b>15</b>
II. ПТСР ТА КПТСР У СІМЕЙСТВІ ІНШИХ ТРАВМ ВІЙНИ .....	<b>17</b>
III. ПЕРЕГЛЯД ІДЕОЛОГІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ: БІЛЬШЕ НЕ ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД, А НЕЙРОБІОЛОГІЧНА ДИСРЕГУЛЯЦІЯ. ПОТРЕБИ В АЛЬТЕРНАТИВНИХ ПІДХОДАХ ДО ОЦІНКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ .....	<b>20</b>
IV. СТВОРЕННЯ ПРАВИЛЬНОГО КОНТЕКСТУ: ПТСР ЯК НЕВИДІМІ РАНИ ВІЙНИ, РОЗЛАД ВІДНОВЛЕННЯ, ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД, СМЕРТНИЙ ВИРОК ПСИХІЧНОМУ ЗДОРОВ'Ю ЧИ ЗДОРОВА РЕАКЦІЯ НА ОБСТАВИНІ, ЩО ЗАГРОЖУЮТЬ ЖИТТЮ?.....	<b>24</b>
V. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ПТСР. ПРО ЩО ГОВОРЯТЬ ЦИФРИ .....	<b>27</b>
VI. ПРАКТИКИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЗАХОДИ З ПІДТРИМКИ СТІЙКОСТІ ДО ТА ПІСЛЯ КРИЗОВОЇ ПОДІЇ .....	<b>31</b>
VII. ІНСТИТУЦІЙНА БАЗА (ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ТА КООРДИНАЦІЯ) .....	<b>44</b>
VIII. ОЦІНКА РЕСУРСІВ (ПРОФЕСІЙНИХ, ІНФРАСТРУКТУРНИХ, ФІНАНСОВИХ, ВКЛЮЧАЮЧИ ДОНОРСЬКУ ДОПОМОГУ) .....	<b>48</b>
IX. ЗАКОНОДАВЧЕ СЕРЕДОВИЩЕ .....	<b>53</b>
X. ПТСР ОЧИМА СУСПІЛЬСТВА .....	<b>55</b>
Соціальне середовище для реінтеграції ветеранів .....	<b>55</b>
Сімейне оточення і громада.....	<b>57</b>
Духовність як складова лікування ПТСР.....	<b>59</b>
Ветеранські групи і асоціації. Волонтерські організації.....	<b>59</b>
XI. НАЙПОШИРЕНІШІ ВРАЗЛИВІ МІСЦЯ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД .....	<b>62</b>
Особисті упередження: не драматизувати, а управляти ситуацією; не слабкість, а нормальна реакція за ненормальних обставин .....	<b>62</b>
Суспільні упередження/Подолання суспільних упереджень .....	<b>63</b>
Байдужість бюрократії.....	<b>64</b>
Соціальна «ціна» — самогубства, бездомність, судимість .....	<b>65</b>
XII. СТВОРЕННЯ В УКРАЇНІ ЦЛІСНОЇ ЕКОСИСТЕМИ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ТА ЛІКУВАННЯ ПТСР: РЕКОМЕНДАЦІЇ В СФЕРІ ПОЛІТИКИ ДЛЯ УРЯДУ УКРАЇНИ .....	<b>68</b>
ДОДАТОК I .....	<b>72</b>
ДОДАТОК II .....	<b>74</b>
ПРИМІТКИ .....	<b>75</b>
ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ .....	<b>77</b>
БІОГРАФІЇ ЕКСПЕРТІВ .....	<b>82</b>

# СТИСЛИЙ ОГЛЯД (ЗВЕДЕНЕ РЕЗЮМЕ)

- 1.** Протягом вже двадцяти місяців все населення України перебуває у ризиковому стані існування і продовжує підпадати під вплив небезпечних для життя подій. Багато хто страждає на безсоння через постійний нічний терор ракетними атаками і атаками безпілотниками. 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 вразливості 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 постане величезний виклик — підготувати все суспільство до поводження 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 розвити свою спроможність ефективно реагувати на їхні потреби та зміцнювати психологічну стійкість нації в цілому.
- 3.** Ми маємо бути готовими до того, що реальна кількість випадків ПТСР в Україні може бути набагатовищою, ніж нинішні очікування «десь близько 20%», особливо з огляду на складноті 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 підходів і систему поводження з ПТСР, починаючи від точного і більш якісного виявлення/діагностики та лікування і закінчуючи боротьбою із суспільними упередженнями і стигматизацією.
- 4.** Враховуючи досвід, який Україна напрацювє 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 рятують 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 набутий досвід з невідкладної хірургії на полі бою, протезування, лікування травм, пов'язаних з війною, а також мати можливість розширювати цей досвід і 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 вимушенні полишити життя, яке вони колись знали, а тому є набагато вразливішими до впливу війни, ніж професійно підготовлені військовослужбовці, яких відправляють США і Великобританія для виконання своїх військових місій. Природно, що інтенсивні бойові дії та постійна небезпека призводять до виснаження та повторних травм. Оскільки ротація бійців відбувається з перебоями, багато з них і досі перебувають на фронті з перших днів війни.

- 6.** Порівняно із загальним населенням військовослужбовці мають вищий ризик розвитку ПТСР через саму природу та інтенсивність тренувань і перебування в бойових умовах. З огляду на це, навіть якщо війна в Україні закінчиться завтра, кількість ветеранів в Україні сягатиме 1,8 мільйонів. Забезпечення найсучаснішої оцінки та діагностики є першочерговим етапом у визначені шляхів лікування, які стануть запорукою їхньої максимально комфортної реінтеграції у мирне життя після завершення війни. Повторення 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 вже вдався до заходів, спрямованих не лише на задоволення нагальних потреб щодо військової та економічної стійкості, достатніх для проходження війни та досягнення повної перемоги над ворогом, а й на вирішення питань у більш віддаленій перспективі, 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 на національному рівні, 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 уваги. 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 системного розгляду.
- 9.** Окрім ПТСР, війна провокує розвиток і інших розладів психічного здоров'я. Військовослужбовці також стикаються з розладами депресивного спектру, різними видами залежностей, фобіями, дисоціативними розладами (розлади деперсоналізації, дереалізації, дисоціативна амнезія), поведінковими розладами, тривожними розладами та суїциальною поведінкою. В контексті ситуації в Україні наслідки цих розладів обтяжуються множинними черепно-мозковими травмами, спричиненими кінетичними вибухами, що 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 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 потенційно травматичну подію, матимуть відповідні інструменти та навички для надання вже на початкових етапах ефективної підтримки. Виходячи з практичного досвіду Ізраїлю, найбільш життезадатним 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 діагностичний посібник з психічних розладів DSM-V, тоді як у більшості європейських країн довідковою базою слугує МКХ-11. ПТСР і комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) відомі в європейській практиці 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 траекторії розвитку ПТСР, різноманіття підходів до діагностики та лікування, а також непослідовність у визначені реакцій на лікування ПТСР. Враховуючи розбіжності між класифікаціями DSM-V та МКХ-11, впровадження єдиного підходу 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, погіршення фізичного здоров'я, передчасної смерті та суїциdalних думок. Комплексний ПТСР може стати причиною схильності до ризикованої поведінки, і є пов'язаним з коморбідними психічними розладами та проблемами фізичного здоров'я, залежностями та самоушкодженням. Тому він потребує більш широкої оцінки та еклектичного 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 ПТСР, що дозволяє полегшити страждання пацієнтів і покращити їхнє психічне та фізичне здоров'я. Хоча ПТСР може мати довгострокові наслідки, належне лікування вже на ранніх стадіях його розвитку може допомогти запобігти або пом'якшити такі наслідки. За відсутності лікування ПТСР 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 методів лікування ПТСР поки що є обмеженою, а існуючі психотерапевтичні методи дають результат 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, так і більш широкого еклектичного режиму лікування для уповільнення розвитку захворювання і забезпечення оптимального відновлення, що ставить під сумнів нинішнє надмірне використання розмовної терапії як основного методу лікування ПТСР. Безсумнівно, що поглиблення знань про клінічну кореляцію патологічного прогресування захворювання надасть краще розуміння дисфункції систем імунних шляхів, внаслідок розвитку ПТСР, що уможливить лікування вже на ранніх стадіях і уповільнення розвитку захворювання.
- 18.** Незважаючи на те, що підхід, який розглядає ПТСР через призму нейробіології, 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 психологічною терапією є неефективним, 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 лікарем за результатами спостережень і не враховує глибинні нейро-патофізіологічні зміни, що відбуваються через порушення метаболізму.
- 19.** До пацієнтів з діагнозом КПТСР необхідно застосовувати підхід, що базується на принципах політравми: він включає точну оцінку, діагностику та лікування, а також

встановлення перехресного зв'язку між супутніми травмами і послідовністю їх виникнення, включаючи постійний нагляд за перебігом імунних захворювань, пов'язаних з розладом, який з часом посилюється.

**20.** Лікування ПТСР в Україні узгоджується з міжнародно визнаними традиційними практиками. 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. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), КТ, когнітивно-процесуальна терапія (КПрТ) та терапія тривалого впливу (TTB) використовуються як первинні методи. Іншими методами є наративна експозиційна терапія (НЕТ) та EMDR. Медикаментозне лікування базується на призначенні антидепресантів класу СіЗЗС. Наразі в стані розробки перебувають нові експериментальні методи лікування та реабілітації, такі як технологія VR360.

**21.** Основними труднощами, пов'язаними з діагностикою та лікуванням ПТСР в Україні, є: (1) недостатній рівень освіти фахівців; (2) труднощі діагностики; (3) заперечення проблеми; (4) недостатнє розуміння суспільством; (5) обмежена доступність психотерапевтичної допомоги; (6) недостатнє фінансування системи охорони здоров'я; (7) недотримання терапевтичного процесу; (8) стигматизація травми та культурні відмінності; (9) специфічні проблеми ветеранів та військових; (10) коморбідність з іншими психічними розладами; (11) втрата доступу до терапії; (12) тривалість терапії та відносна ефективність; (13) відсутність кваліфікації у спеціалістів.

**22.** Існує потреба у посиленні лідерської ролі Міністерства у справах ветеранів України (Мінветеранів) як у формуванні політики соціального захисту ветеранів, так і у налагодженні комунікації між міністерствами. На сьогоднішній день 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 ментального дисбалансу через травму війни (МДТВ) та психічного здоров'я ветеранів в Україні, яка посилюється наявністю численних міжвідомчих координаційних мереж

з питань психічного здоров'я, які з'явилися протягом останнього року: Міжвідомча координаційна рада з питань охорони психічного здоров'я та надання психо-логічної 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 — всі питання ментального дисбалансу через травму війни (МДТВ) було об'єднано в рамках запропонованої спільнотої політики у сфері психічного здоров'я як на національному, так і на регіональному рівнях. Нинішню ініціативу Мінветеранів щодо створення інституту «Асистент 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 для включення питань лікування МТДВ, 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 і як наслідок — швидке вигорання). В Україні не було достатньої кількості підготовлених кадрів для роботи з травмами війни, 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 поширина 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 привести до повторної травматизації. За всієї поваги до широго 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. Цій проблемі 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 психологів у лікарнях загального профілю; (5) відсутність координації при передачі пацієнтів між військовими медичними частинами(батальйонами) /шпиталями/цивільними медичними закладами /реабілітаційними центрами/ сімейними лікарнями/ центрами соціальної підтримки.

**27.** Після 2014 — 2015 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 можливостей для лікування ветеранів, які страждають на МДТВ. 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, а також на підтримку ветеранської політики залишається вражаюче низьким. Ініціативи з психологічної реабілітації та лікування ветеранів мають бути розширені з огляду на майбутню інтеграцію України до ЄС, коли українські ветерани стануть частиною людського капіталу ЄС. Деякі з них можуть навіть емігрувати до європейських країн для возз'єдання 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 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 залишається питання щодо того, який з державних органів відповідатиме за сертифікацію та акредитацію фахівців.

**30.** Сплеск інтересу до теми ПТСР в українському суспільстві викликав жваві дискусії щодо кількості постстрахдалого населення та потенційних наслідків для здоров'я нації. Водночас відсутність публічних фахових дискусій та досліджень на цю тему призводить до закріplення 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 низькою.

**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 у міжнародній практиці помітною є тенденція розглядати ПТСР як «невидимі рани війни», «тимчасовий розлад одужання» або «здорову реакцію на небезпечні для життя обставини» і простежується відхід від концепції ПТСР як «невиліковної хвороби і серйозного психічного розладу». Відповідно, в Україні існує нагальна потреба в проведенні загальнодержавних інформаційно-просвітницьких кампаній для створення позитивної концепції ПТСР як тимчасового психічного дисбалансу, який можна ефективно лікувати, особливо за умови своєчасного діагностування. Суспільство має бути проінформоване про його природу та наслідки, а також розвинуті достатньо зрілість і відповідальність, аби сприймати це явище як одну з ран війни, що потребує лікування.

- 32.** Досвід інших країн показує, що соціальне середовище може відігравати важливу роль у провокуванні чутливої психіки ветеранів певних емоційних станів. Український уряд і суспільство добре усвідомлюють цей соціальний ефект. Тому вони досить активно створюють для ветеранів можливості 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, сапер, 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 воно розробило *Стратегію переходу від військової служби до мирного життя на період 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 у рамках ініціативи «Інститут помічника ветерана» запустило пілотний проект Центрів розвитку ветеранів (з акцентом на професійному навчанні та

подальшому працевлаштуванні) у 5 регіонах України (Дніпрі, Вінниці, Львові, Миколаєві та Києві) з планами щодо поширення практики на весь 21 регіон у 2024.

- 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 привести 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 становиться 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, коли війна ще 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 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 (для вирішення цього питання у Державному бюджеті було передбачено 5,5 млрд грн з державного бюджету, що може покрити потреби лише 2 843 сімей). Український уряд також наразі працює над новою програмою компенсації іпотечних ставок (7%) на житло «Оселя»/«Житло».
- 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 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 міжнародної спільноти про ціну війни.

**37.** До кінця війни значна частина українського суспільства матиме безпосередній досвід війни через свої родинні зв'язки. Вони повинні бути підготовленими до 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 насилиства, розлучень та розірвань стосунків, від чого страждають усі.

**38.** Сім'ям учасників бойових дій в Україні і досі приділяється недостатньо уваги, коли йдеться про їх підготування до повернення близьких. Незважаючи на низку урядових ініціатив, поціленіх 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 сприйнятливістю до релігії і глибокою вірою в Бога. Це особливо стосується тих сімей, які втратили своїх близьких на війні і які шукатимуть способи втамувати 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. Ветеранський рух почав формуватися під час війни з Росією 2014–2015 років: у 2016 році було зареєстровано 400 благодійних організацій, а в 2017 році — 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 по медичну допомогу за наявності очевидних проблем, пов'язаних з ментальним дисбалансом через травму війни (МДТВ), 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 психологічну 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 робота із суспільними стереотипами щодо ветеранів війни дається з меншими зусиллями, оскільки в більшості випадків ті вва-

жаються славними захисниками своєї батьківщини. Ситуація складніша в таких країнах, як США та Великобританія, де в кращому випадку панує абстрактне розуміння «собов'язку солдатів захищати свою країну на далеких територіях». Проте з плинном 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 населенням 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 характерним для досвіду країн вибірки: приниження при демобілізації, довгі черги за медичними послугами, нестача спеціалістів на місцях або некваліфіковані психотерапевтичні консультації; Ізраїль виявився найменш проблемним (причому приниження при демобілізації 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 проблема самогубств та злочинності серед українських ветеранів 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, скоені колишніми військовослужбовцями, часто відносяться до найтяжчих категорій: вбивства, зґвалтування та різні інші насильницькі дії.

# ВСТУП

В умовах війни, яку Росія розв'язала в Україні і яка триває вже 20 місяців, країни-союзники по всьому світу продемонстрували і продовжують демонструвати вражуючу підтримку на захист свободи України. Життєво необхідна техніка допомагає підтримувати потужну бойову силу вздовж лінії фронту. Однак військові ресурси — це не єдине, на чому тримається армія: її найбільшим активом є люди, яким потрібні психологічні сили, аби витримувати найжахливіші звірства війни і реагувати на них. Питання підтримки психічного здоров'я і благополуччя тих, хто долучився до справи захисту країни, потребує не меншої уваги, якщо ми хочемо підтримувати боєздатність армії на передовій. Приділити увагу необхідно і питанню підтримки психічного здоров'я тих, хто відбудовуватиме Україну для майбутніх поколінь. Більшість з них вже відчувають глибоку втрату через переміщення членів сім'ї, втрату близьких, зруйновані громади, зламані долі, перервану освіту, невизначеність щодо майбутнього — все це є відмітними ознаками війни.

Український уряд вже вдався до заходів, спрямованих не лише на задоволення нагальних потреб щодо підтримки військової та економічної стійкості, достатніх для проходження війни та досягнення повної перемоги над ворогом, а й на вирішення питань у більш віддаленій перспективі, таких як відбудова та планування на повоєнний період, включаючи якість людського капіталу. У зв'язку з цим розробляється низка ініціатив, наприклад, щодо повернення на батьківщину переміщених українців (ВПО), надання допомоги тим, хто проживає на звільнених або тимчасово окупованих територіях, українським військовослужбовцям і ветеранам. Проте якою б високою не була оцінка цих зусиль, їм все ще не вистачає належної координації в межах комплексних стратегій на національному рівні, які були б достатньо гнучкими, аби реагувати на мінливі умови війни, що триває.

Презентуючи цей документ, компанія GLOBSEC хотіла б зробити свій внесок у створення життєздатних стратегічних інструментів сталого розвитку України в майбутньому. Ми хочемо

інвестувати сьогодні, аби закласти фундамент для здорового завтра. З цією метою GLOBSEC провела огляд міжнародних досліджень і розпочала серію публікацій про травми, пов'язані з війною. Метою цієї конкретної роботи є надання українському уряду рекомендацій щодо створення життєздатної та ефективної цілісної екосистеми для подолання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших ментальних дисбалансів через травму війни (МДТВ)<sup>1</sup> у ветеранів, а також закладання основи цієї системи вже сьогодні. В документі наведено рекомендації на рівні державної політики для українського уряду, що ґрунтуються на цінних знаннях наших висококваліфікованих міжнародних спеціалістів.

Обґрунтування вибору саме цієї теми є очевидним. Сучасна війна в Україні є безпрецедентною за своїми масштабами, інтенсивністю та тривалістю. Найбільш разюча відмінність цього конфлікту від більшості інших в новітній європейській історії полягає в тому, що на війну було мобілізовано звичайних людей, які проішли 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 вимушенні полишити життя, яке вони колись знали, а тому є набагато вразливішими до впливу війни, ніж професійно підготовлені військовослужбовці, яких відправляють США і Великобританія для виконання своїх військових місій. Все населення України протягом вже двадцяти місяців перебуває у стані суто фізичного існування і продовжує підпадати під вплив небезпечних для життя обставин. Багато хто страждає на бессоння через постійний нічний терор ракетними атаками і атаками безпілотниками. Більшість населення живе в умовах постійної загрози, при цьому значна частина країни є окупованою 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 вразливості українців до всіх травм, пов'язаних з війною, і розвинення низки

<sup>1</sup> Тут і далі ми свідомо вдаємося до нового подання питання через слово «дисбаланс» замість «розлад» як частину нашої пропозиції перейти до більш позитивного сприйняття тимчасового аномального психологічного стану, спричиненого військовими травмами, з метою подолання стигматизації ПТСР (для більш детального пояснення, будь ласка, зверніться до відповідного розділу цього дослідження «Створення правильного контексту»).

проблем психічного здоров'я в безпредецидентних масштабах, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Безпосередньої прицільної уваги потребують ті, хто зараз бореться за нашу країну на передовій. Природно, що інтенсивні бойові дії та постійна небезпека роблять їх вразливими до виснаження та повторних травм. Оскільки ротація бійців відбувається з перебоями, багато з них і досі перебувають на фронті з перших днів війни. З огляду на це, навіть якщо війна в Україні закінчиться завтра, кількість ветеранів в Україні сягатиме 1,8 мільйонів. За оцінками Міністерства у справах ветеранів України, кількість ветеранів та членів їхніх сімей може сягнути п'яти мільйонів осіб (що за різними оцінками становить 10–20% від загальної кількості населення країни). Але війна ще не закінчилася і, швидше за все, не закінчиться в найближчому майбутньому. Реальна кількість ветеранів в Україні, безсумнівно, буде набагато більшою.

Війна в Україні також спричинила безпредецидентні виклики, пов'язані з переміщенням медичних працівників та руйнуванням медичних закладів по всій країні. Оцінка потреб у сфері охорони здоров'я (ОПОЗ), проведена ВООЗ (2022 рік), виявила, що кожен третій житель України має труднощі з доступом до медичної допомоги. Вже за нинішніми прогнозами Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), 3–4 мільйони людей потребуватимуть медикаментозного лікування психічних розладів, спричинених війною, і близько 15 мільйонів потребуватимуть інших видів психологічної підтримки, щоб збалансувати свій хиткий емоційний стан.

Перша стаття цієї серії розглядає ПТСР у його комплексній природі з урахуванням нових досліджень, проведених в контексті конфліктів в Іраку та Афганістані. Основну увагу в цьому дослідженні буде приділено питанням українських ветеранів та системи допомоги ветеранам в Україні в розрізі феномену ПТСР; питання буде розглянуто з точки зору майбутніх потреб військовослужбовців, які сьогодні терміново потребують декомпресії для підтримання боєздатності на передовій та зменшення ризиків розвитку комплексного ПТСР. Усі ми мємо моральний обов'язок відплатити вдячністю, повагою та шаною тим, хто воював і продовжує воювати на передовій, захищаючи наші свободи. Забезпечення найучасніших інструментів профілактики, оцінки та діагностики є першочерговим етапом у визначені шляхів лікування, а також подальшої реабілітації, які стануть запорукою максимально комфортної реінтеграції захисників та захисниць України у мирне життя після завершення війни. У цьому документі

ми намагаємося оцінити, наскільки існуюча система готова прийняти і віддячити тим, хто ризикував або ризикує своїм життям, щоб захистити наше сьогодення і майбутнє та відновити сильне і стійке українське суспільство.

Існує потреба у розгляді та аналізі питання, чи має Україна достатній потенціал та ресурси для ефективного та професійного лікування ветеранів. Ця потреба випливає з певного розуміння стану сфери медичної та соціальної допомоги, успадкованої від Радянського Союзу, яка за 30 років незалежності не надто просунулась в бік покращення. Станом на початок повномасштабної війни в лютому 2022 року Україна не була державою з високим рівнем соціального добробуту, а сфера медичних та соціальних послуг не отримували достатнього фінансування з державного бюджету. Як буде показано у звіті, до лютого 2022 року проблема ПТСР так і не отримала належної уваги, незважаючи на те, що Україна перебуває у стані війни з Росією з 2014 року, і вже тоді багато учасників бойових дій страждали на різні види психологічного дисбалансу. З тих пір багато інших факторів, такі як медична реформа 2016–2018 років, COVID-19 та значний відтік українців починаючи з лютого 2022 року, привели до суттєвого зменшення кількості психіатрів, психотерапевтів та інших фахівців медичної сфери, що спричинило дефіцит професійних кадрів, необхідних для вирішення проблем ПТСР та інших проблем зі здоров'ям, пов'язаних з війною.

Робота з ПТСР є найбільш комплексним і складним питанням, оскільки в даному випадку йдеся про наступне:

- 1.** як психічне, так і фізичне благополуччя;
- 2.** комфортне соціальне середовище (доступні державні послуги в достатньому обсязі);
- 3.** сприяння розвитку небайдужого суспільства, належну старанність і впровадження хорошої практики;
- 4.** визначення найкращих можливостей для зцілення ран війни (у найбільш вичерпаному розумінні цього слова);
- 5.** належне та найбільш ефективне використання обмежених ресурсів шляхом забезпечення звітності та прозорості;
- 6.** популяризацію та застосування найкращих практик;
- 7.** продовження розбудови відносин та співпраці з міжнародними партнерами в рамках роботи.

Враховуючи досвід, який Україна напрацьовує під час війни за підтримки міжнародних партнерів, дуже важливо, аби по завершенні війни вона стала країною, що задаватиме стандарти у багатьох сферах, як то сучасна стратегія і тактика ведення бойових дій; здатність розвинуті і зміцнити економічну стійкість; швидке відновлення після пошкодження критичної інфраструктури; ефективність аварійно-рятувальних бригад, які рятують людей з-під уламків

зруйнованих будівель; передові методи і технології розмінування тощо. На нашу думку, війна надала Україні унікальну можливість не лише розвивати медицину та практики лікування, а й стати лідером в цих сферах, враховуючи набутий досвід з невідкладної хірургії на полі бою, протезування, лікування травм, пов'язаних з війною; а також мати можливість розширювати цей досвід і стати носієм найкращих практик на світовому рівні.

# МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізувавши міжнародний досвід тих країн, які вже надають послуги військовослужбовцям/ветеранам та їхнім сім'ям, дослідивши літературу та провівши дискусії, наша команда експертів дійшла висновку, що не існує послідовної та надійної моделі послуг, яку можна було б розглядати як «готовий» приклад для України. Крім того, інтерв'ю з тими, хто був залучений до надання послуг або проходив лікування, надали чітке уявлення про труднощі та погані результати, незважаючи на значні обсяги фінансування з державного бюджету. При цьому така ситуація характерна для багатьох країн, що вивчалися у рамках даного дослідження.

Багато міжнародних експертів, які входили до складу нашої дослідницької групи, а також під час численних інтерв'ю у США, Великій Британії, Хорватії, Боснії і Герцеговині (БіГ) та Ізраїлі, визнали, що досвід їхніх країн може мати обмежену користь для України через безпредиктні масштаби і тривалість нинішньої війни з Росією. Навіть ізраїльські експерти зазначали, що весь отриманий ними досвід роботи з ПТСР може бути дуже обмеженим з точки зору потреб України, оскільки найдовшою війною з подібною інтенсивністю була Друга ліванска війна 2006 року (лише 33 дні порівняно з більш ніж 555 днями російсько-української війни, що триває зараз).

Тому потреба у проведенні порівняльного дослідження з фокусом на Україну була ще більш важливою. У зв'язку з цим, дослідження ґрунтуються на досвіді країн, які мають найдовший досвід роботи з ПТСР у своїх військовослужбовців та ветеранів. Інші критерії, які були використані для відбору країн, є наступними:

- 1.** тривала історія активної участі в міжнародних військових конфліктах/війнах;
- 2.** найбільші спільноти учасників бойових дій/ветеранів у відсотковому відношенні до загальної чисельності населення;
- 3.** внутрішньо-територіальна війна (тобто війна відбувалася на території країни) з метою врахування ширшого впливу воєнних травм на цивільне населення;
- 4.** національні практики надання допомоги при ПТСР, які отримали міжнародне визнання і використовуються іншими

країнами як методичні рекомендації (наукові дослідження, методи лікування, реабілітаційні практики, превентивні інструменти і т.д.).

Для відбору ми обрали країни, які відповідають принаймні двом з перерахованих вище критеріїв, і запропонували наступні країни для порівняння з Україною: США, Велика Британія, Ізраїль та Західні Балкани (Хорватія та Боснія і Герцеговина). GLOBSEC запросив представників цих країн, які мають відповідний досвід у медичному лікуванні, формуванні політики та особистий досвід проходження лікування ПТСР (ветеранів), приєднатися до нашої дослідницької команди та поділитися найкращими знаннями в нашому дослідженні.

У нашому аналізі ми розглядали переважно отримані уроки з точки зору виявлених вузьких і слабких місць, на які ми хотіли б звернути увагу українського уряду при формуванні відповідної національної стратегії роботи з ПТСР у військовослужбовців/ветеранів, а також перспективні рішення, які наразі розробляються в зазначеных країнах у відповідь на отримані уроки. Ми також розглянули найсильніші елементи національних політик (те, що спрацювало добре) і запропонували, які з них можуть бути застосовані в Україні.

У нашему дослідженні ми використовували аналіз відкритих даних, особисті інтерв'ю GLOBSEC з колишніми і нинішніми урядовцями, медичними експертами (психіатрами, психотерапевтами), науковцями, ветеранськими асоціаціями та окремими ветеранами з усіх перелічених країн, а також офіційні відповіді на формальні запити GLOBSEC до Міністерства у справах ветеранів та Національної служби охорони здоров'я України. Загалом було проведено понад 50 інтерв'ю.

Ми також вивчали поточну ситуацію в Україні з точки зору специфіки країни, сучасного науково-дискурсу, практики лікування (в тому числі експериментального) та підтримуючої реабілітації, а також достатності ресурсів для подолання ПТСР та МДТВ.

**Недосконалість даних.** Однак слід зазначити, що наші команді довелося оперувати неповними даними для аналізу, що може вплинути на правильність і точність наших оцінок. По-перше, ми мали доступ лише до офіційно зареєстрованих випадків, тоді як у всіх проаналізованих

країнах визнається, що багато ветеранів досі не звертаються до лікарів зі скаргами на погіршення психологічного стану. Більшість даних, які ми використовували, були отримані з різних джерел, які іноді суперечать один одному навіть у межах однієї країни<sup>2</sup>. Крім того, деякі дані (наприклад, про кількість самогубств) включають не лише ветеранів, але й чинних військовослужбовців армій США, Великої Британії чи Ізраїлю, які іноді дуже важко виокремити. Іншим елементом невизначеності є невідома реальна кількість українських військовослужбовців, які стануть

ветеранами після закінчення війни, оскільки ці дані під час війни є засекреченими. Крім того, багато ветеранів попередньої війни 2014–2015 років змінили свій статус і з лютого 2022 року знову були мобілізовані як військовослужбовці/комбатанти, що ускладнює поточну оцінку. Тому наші прогнози щодо кількості ветеранів після закінчення війни були зроблені на основі припущення, що потенційно 2 мільйони українських військовослужбовців (плюс ще 200 000 до наведених цифр у 1,8 мільйона) отримають статус ветерана після війни.

<sup>2</sup> Наприклад, у своєму **11-му звіті «Психічне здоров'я та збройні сили, частина перша: Масштаб проблем психічного здоров'я»** від липня 2018 року Комітет з питань оборони Парламенту Великої Британії відкрито вказує на цю суперечність у даних щодо фактичної статистики ветеранів з ПТСР у Великій Британії, наданих урядом (а саме Міністерством оборони), незалежними науковцями та медичними службами.

# I. ПОЗИЦІОНУВАННЯ В УКРАЇНІ

## ПРОБЛЕМИ ПТСР ТА ІНШИХ ТРАВМ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВІЙНОЮ: НЕ ДРАМАТИЗУВАТИ, АЛЕ Й НЕ ПРИМЕНШУВАТИ

Війна, яку Росія розв'язала в Україні в лютому 2022 року, інтенсивність бойових дій, тяжкість звірств, які бачили та пережили на собі українці, а також регулярні повітряні атаки — все це спричинило в Україні сплеск уваги до питань психологічних травм, пов'язаних з війною. Цей інтерес став стимулом до підвищення обізнатості українського суспільства щодо цієї проблеми, а найефективнішою і найбільш позитивно сприйнятою загальнонаціональною кампанією стала кампанія під патронатом першої леді України пані Олени Зеленської. З іншого боку, це також породило спекуляції щодо потенційних масштабів проблеми та кількості постраждалого населення, причому багато людей схильні драматизувати ситуацію та малювати майбутнє в негативному світлі. Це також започаткувало «моду» серед багатьох українців на те, щоб стати фахівцем з травми/ПТСР або відкрити реабілітаційний центр, не маючи навіть базових професійних знань про те, як працювати з цими проблемами.<sup>3</sup>

Дослідуючи це питання, ми зіткнулися з різними суб'єктивними прогнозами — від десяти<sup>4</sup> до ста<sup>5</sup> відсотків постраждалого населення. Міністерство охорони здоров'я України надало власну оцінку: близько 5 мільйонів українців, які після війни можуть потребувати медичної допомоги за станом психічного здоров'я; водночас заперечуючи, що рівень поширення ПТСР серед населення буде вищим за 20%. Ми також чуємо заклики припинити драматизувати ситуацію, особливо з потенційними оцінками ПТСР, і приділяти більше уваги навчанню людей превентивним стратегіям розвинення стійкості до травматичних подій. Хоча остання виявилася дуже корисним і потужним інструментом, який, зокрема, сприяв вражуючому зниженню рівня

ПТСР в Ізраїлі з 20% у 1973 році до 1–2% сьогодні, вона лише частково може бути корисною за нинішньої ситуації в Україні, оскільки всі українці вже отримали свій перший шокуючий досвід у перші дні війни та низку наступних протягом цих 20 місяців, що призвело до кумулятивного травматичного досвіду, який ще не закінчився. Виходячи з цього, нам вже доведеться працювати з отриманими чисельними психологічними травмами в найближчому майбутньому і використовувати превентивні інструменти сuto для досягнення сталого рівня психологічної стійкості в середньостроковій і довгостроковій перспективі.

Цією роботою GLOBSEC має на меті створити відповідний контекст для роботи з ПТСР та іншими травмами, пов'язаними з війною: не драматизувати, а дивитись на реальність зрілим поглядом. Безсумнівно, ПТСР буде проблемою, поширеною серед значної частини населення в Україні, і ми не можемо дозволити собі її применшувати. Наприклад, в країнах Західних Балкан оцінка рівня ПТСР серед різних груп населення навіть через десятиліття після війни показала, що цей показник становить понад 30% (у ряді досліджень рівень психічного дисбалансу в контрольних групах серед різних верств населення сягав понад 50%). Ми повинні бути готові до того, що реальна кількість випадків ПТСР в Україні може бути набагато вищою, ніж бажані очікування «десь близько 20%», особливо з огляду на труднощі в оцінці реальної картини, спричинені великою кількістю незареєстрованих випадків або неналежною діагностикою, як це показує досвід таких країн, як США та Великобританія. Україні необхідно створити ефективний підхід і систему роботи з ПТСР, починаючи від більш

<sup>3</sup> Найбільш сумнозвісною в цьому сенсі є поширення практика отримання «дипломів» або «сертифікатів» про проходження коротких (тривалістю від одного до семи днів) курсів з психології від українських та міжнародних експертів з неперевіrenoю кваліфікацією, які дають право тим, хто пройшов навчання (часто без відповідної медичної освіти), називати себе фахівцями, підготовленими до роботи з важкими травмами, пов'язаними з війною, у населення. Професійні психотерапевти зізнаються, що сьогодні до них звертається чимало клієнтів, які прийшли після лікування у цих «свіжоспечених» аматорів.

<sup>4</sup> Прогнозна оцінка від медиків та спеціалістів.

<sup>5</sup> Прогнозна оцінка від політичних діячів та широких верств населення.

точного виявлення/діагностики та лікування і закінчуєчи боротьбою з суспільними упередженнями і стигматизацією.

«Історія хвороби в Україні» характеризується гострим конфліктом сприйняття, з яким доводиться стикатися всьому суспільству: ще вчора — позитивний образ Росії як дружнього/нейтрального сусіда, а вже сьогодні — докази варварської винищувальної поведінки щодо українців. Цей конфлікт сприйняття змушує повністю переосмислити реальність, яку іноді дуже важко злагнути, особливо старшому поколінню українців. Він посилюється перехідним характером формування ментальності: генокод нації формується тільки-но зараз, як і почуття національної ідентичності; за перші 30 років незалежності поступовий перехід від пострадянського минулого до нової ментальності вільної та незалежної нації не був повністю завершений, оскільки більшість символів ідентичності сприймалися формально, без справжнього усвідомлення їх значення. Крім того, культура країни зберігає свою негнучкість, коли йдеться про звернення за психологічною, а особливо психіатричною допомогою, що несе в собі спадщину негативних стереотипів про «каральну терапію» в психіатричних клініках за радянських часів. Нещодавнє **дослідження** громадської думки в Україні, проведене Соціологічною групою «Рейтинг» та Міжнародним республіканським інститутом (MPI), показало, що лише 20% українців по всій країні хотіли б отримати психологічну підтримку під час війни, з них майже 2/3 надали б перевагу індивідуальній роботі з фахівцем, а 1/3 — відвіданню групових заходів, які об'єднують людей.

Звісно, ПТСР — це не єдина відома воєнна травма, а військовослужбовці/ветерани — не єдина група в Україні, яка зазнає досвіду проживання воєнних травм. Наша команда експертів визначила наступні групи ризику, які можуть потребувати певної форми психологічної підтримки або лікування:

- Демобілізовані учасники бойових дій, ветерани та їхні сім'ї (війни 2014 року та війни 2022 року);

- Сім'ї, члени яких загинули на війні;
- Військовополонені, яких було взято в полон, і які зазнали тортуру (чоловіки та жінки);
- Працівники екстрених рятувальних служб, які брали участь в ексгумації масових поховань на звільнених територіях;
- Професійні рятувальники;
- Волонтери, які працювали на окупованих територіях та допомагали у розчищенні територій після окупації;
- Цивільні особи, яких було взято в полон, затримано і піддано тортурам під час окупації (дорослі, підлітки та діти);
- Цивільне населення, яке перебувало під загальною окупацією (дорослі, підлітки та діти);
- Біженці та внутрішньо переміщені особи (ВПО);<sup>6</sup>
- Інші групи населення України (також в цілому населення, яке регулярно піддається повітряним нальотам, обстрілам і т.д.)

Ці групи матимуть свої особливості симптоматики та клінічної картини ПТСР (особливо у дітей). Перед Україною стоятиме величезний виклик — підготувати все суспільство до роботи з різними видами травм війни та інтегрувати всіх людей, що зазнали травми, аби збалансувати країну на шляху до відновлення. Особливі завдання в цьому плані будуть покладені не лише на медичний персонал чи інфраструктуру. Соціальні працівники, вчителі, поліцейські, пересічні українці — всі мають бути навчені надавати першу допомогу травмованим людям. Українське суспільство в цілому має розбудовувати спроможність ефективно реагувати на їхні потреби та змінювати психологічну стійкість нації загалом. Ці завдання та аналіз специфіки згаданих вище цільових груп виходять за рамки цієї роботи, але будуть розглянуті в наступних документах GLOBSEC на цю тему.

<sup>6</sup> Деякі дослідження досвіду країн Західних Балкан показують, що біженці та ВПО більш склонні до розвитку ПТСР та інших симптомів психічного розладу, ніж навіть військовослужбовці, учасники бойових дій та ветерани.

## II. ПТСР ТА КПТСР У СІМЕЙСТВІ ІНШИХ ТРАВМ ВІЙНИ

Війна створює фактори, які спричиняють розвиток психологічних розладів у військовослужбовців та цивільного населення. Основні психічні ускладнення у військовослужбовців виникають через фактор реальних бойових дій, що призводить до виснаження психіки військовослужбовців або її надмірної стимуляції.

Найвідомішим з цих розладів є ПТСР. Багато людей говорять про цей розлад, і коли хтось згадує про психічну травму, спричинену війною, ПТСР є першим, що спадає на думку. Проте, окрім ПТСР війна провокує розвиток і інших розладів психічного здоров'я. Військовослужбовці також стикаються з розладами депресивного спектру, різними видами залежностей, фобіями, дисоціативними розладами (розлади деперсоналізації, дереалізації, дисоціативна амнезія), поведінковими розладами, тривожними розладами та суїциdalnoю поведінкою. В контексті ситуації в Україні ці розлади обтяжуються множинними черепно-мозковими травмами, спричиненими кінетичними вибухами, що ускладнює лікування.

Останніми роками набули визнання й інші діагнози, пов'язані з травмами війни, такі як воєнна сексуальна травма та моральна травма/почуття провини у тих, хто вижив.<sup>7</sup>

- **Воєнна сексуальна травма (BCT)** описує наслідки, які відчувають на собі ветерани всіх статей після того, як зазнали сексуального насильства або сексуальних домагань під час служби.[lxxviii]
- **Моральна травма та почуття провини** у тих, хто вижив, може виникнути як реакція на травмуючий інцидент, який руйнує глибоко вкорінені моральні принципи чи цінності. Емоційне потрясіння може привести до таких станів як ПТСР, депресія та інших

розладів, за яких емоції провини, сорому, відчуття зради і гнів займають центральне місце, навіть якщо проявляються без формально визначеного діагнозу.

На сьогоднішній день ПТСР вважається серйозним виснажливим психічним розладом, що характеризується повторним переживанням травматичної події через спогади, перезбурження, уникнення та заціпеніння<sup>8</sup>. Коріння ПТСР сягає часів Першої світової війни, коли його вперше розглянули як неврологічне порушення і лікували як таке, розміщуючи на стаціонарне лікування тих, хто раніше переніс травму на фронті<sup>9</sup>. На початку Другої світової війни під впливом ідей Фрейда класифікацію травми було змінено і відтоді віднесено до області психіатрії прийняттям документу «Звіт Комітету військового міністерства про бойові психічні травми» (*The Report of the War Office Committee on Shell Shock, 1922*). Однак незважаючи на цей звіт, потреба у забезпеченні фронту бойовою силою була важливішою, тому під час Другої світової питання лікування жертв воєнної травми не отримало належної уваги, а ті, хто повертається додому, отримували мінімальну підтримку. Лише через три десятиліття наприкінці війни у В'єтнамі у 1975 році американські ветерани пролобювали це питання в уряді і домоглися проведення незалежного дослідження, за результатами якого травму було визнано психологічним пораненням, що потребує лікування і компенсації на рівні з тими, хто отримав фізичні ушкодження.<sup>10,11</sup>

У 1980 році травма вперше з'явилась в «Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів», III видання (*The Diagnostic Manual of Mental Health Disorders III*) (APA 1980), в якому її було визначено як посттравматичний стрес з акцентом на психологічних симптомах. Це дослідження підкреслило зв'язок між травмою війни та її впливом на повоєнне цивільне життя.

<sup>7</sup> хоча більшість існуючих досліджень зосереджені на військових ветеранах, важливо відзначити, що моральна травма і почуття провини у тих, хто вижив, можуть виходити за межі військового контексту.

<sup>8</sup> Lindqvist, D., Mellon, S. H., Dhabhar, F. S., Yehuda, R., Grenon, S. M., Florys, J. D., Bierer, L. M., Abu-Amara, D., Coy, M., Makotkine, I., Reus, V. I., Bersanito, F. S., Marmar, C. R., & Wolkowitz, O. M. (2017). Increased pro-inflammatory milieu in combat related PTSD — A new cohort replication study Brain Behav Immun, 59, 260–264.

<sup>9</sup> Myers, C. (1915). A contribution to the study of shell shock: Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the Duchess of Westminster's War Hospital, Le Toutquet, Lancet, 185(4772), 316–320.

<sup>10</sup> Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbanks, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., and Weiss, D. S. (1988). Contractual report findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study: Volume I: Executive summary, Description of finding, and technical appendices. National Vietnam Veterans Readjustment Study.

<sup>11</sup> Більш детально про історичний контекст ПТСР див. у Додатку I до цього звіту.



Критерії діагностики ПТСР було згодом уточнено в наступних виданнях «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів» (DSM), таких як DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000), з метою приведення їх у відповідність до результатів досліджень.

Значущим відкриттям, яке було зроблено з часом, стала відносна поширеність ПТСР. З того часу відбулися зміни в класифікації як в межах «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів», V видання (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*)<sup>12</sup>, так і в «Міжнародній класифікації хвороб» (*The International Classification of Diseases*) (МКХ-11, 2022), причому в обох посібниках існують розбіжності в класифікації як ПТСР, так і комплексного ПТСР (КПТСР).<sup>13,14</sup> Ці розбіжності в класифікації ПТСР викликають багато плутанини, оскільки деякі країни (наприклад, США) використовують посібник з психічних розладів DSM-V, тоді як у більшості європейських країн довідковою базою слугує МКХ-11. В європейській практиці ПТСР і КПТСР відомі як травми 1-го і 2-го типу, які вимагають різних підходів до лікування.

## ► Гострий стресовий розлад та ПТСР за DSM-V

Міністерство у справах ветеранів США наразі визначає ПТСР як «клінічно значущий стан, що супроводжується симптомами, які зберігаються більше одного місяця після травматичної події і спричиняють значні розлади або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах життя».<sup>15</sup>

Визначення періоду в один місяць відрізняється від традиційного розуміння ПТСР за класифікацією DSM-V і має на меті відрізити ПТСР від того, що Всесвітня організація охорони здоров'я називає гострим стресовим розладом (ГСР). ГСР і ПТСР мають багато спільніх симптомів, однак ключовою відмінністю діагнозу ПТСР є поява та/або продовження відповідних симптомів по завершенні одного місяця з моменту травматичної події. Основна концепція полягає в тому, що ПТСР може проявитися майже в будь-який час у житті людини, незалежно від близькості до події.

## ► Відмінності у визначення ПТСР та КПТСР за МКХ-11

З огляду на поширеність ПТСР і його унікальність в середовищі військовослужбовців, забезпечення точної оцінки, діагностики та ефективного лікування є вкрай важливим, про що зазначено в цьому звіті. Останні дослідження цього питання визначають як окрему проблему відсутність консенсусу щодо траекторії розвитку ПТСР, різноманіття підходів до діагностики та лікування, а також непослідовність у визначенні реакції на лікування ПТСР. Визначення різниці між ПТСР і КПТСР може поглибити цю плутанину і призвести до катастрофічних наслідків. Враховуючи розбіжності між класифікаціями DSM-V та МКХ-11, впровадження єдиного підходу є вкрай важливим.

У випадку настання першої травматичної події, ті, хто її зазнав,, переживають наступне:

**Гострий стресовий розлад** —лікарське втручання на цьому етапі зайве, оскільки організм

<sup>12</sup> Перенесення ПТСР з категорії тривожних розладів до нової категорії розладів, пов'язаних з травмою і стресом, вважається важливим концептуальним зрушеннем, внесеним в DSM-V. Замість первинних асоціацій з тривогою, ПТСР став визнаватися таким, що має зв'язок з іншими афективними станами, такими як депресія, а також проявами гніву або безрозсудності.

<sup>13</sup> DSM-V (APA 2013) визнає лише ПТСР і розглядає його як комплексне захворювання з коморбідною дисоціацією. Натомість МКХ-11 (2022) розрізняє ПТСР і комплексний ПТСР як окремі діагнози з додатковими та окремими критеріями для обох.

<sup>14</sup> Courtois, C. (2008). Складні травми, складні реакції: Оцінка та лікування. Психотерапія: Теорія, дослідження, практика, навчання, S(1), 86–100; Kuyimba, N., Buxton, C., Suttleworth, J., & Pathe, E. (2022). Дискурси про психологічну травму. Cham, Switzerland: Palgrave MacMillan.

<sup>15</sup> <https://www.ptsd.va.gov/index.asp>

намагатиметься відновити ресурси і повернути людину до стану гемостазу — термін, відомий як «насторожене очікування».

Якщо через місяць симптоми не проходять, ставиться діагноз **посттравматичного стресового розладу (Травма I типу)**. На цьому етапі лікар може запропонувати первинну психотерапію: когнітивно-поведінкову терапію, травмо-фокусовану КПТ або EMDR (десенсиблізацію і репроцесуалізацію рухом очей) для лікування однієї травматичної події у супроводі медикаментозного лікування для покращення сну та зняття початкових станів збудження.

### ► Комплексний ПТСР (Травма II типу)

Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) був включений як діагностична категорія до Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду, що складається з шести клас-терів симптомів: три критерії ПТСР — повторне переживання, уникнення та гіпернастороженість, на додаток до трьох порушень самоорганізації:

- Порушення афективної регуляції (наприклад, виражена дратівливість або гнів, відчуття емоційного заціпеніння).
- Уявлення про себе як про приниженої, переможеної або нікчемного, що супроводжується почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаними з травматичною подією.
- Труднощі у підтримці стосунків та відчутті близькості з іншими людьми.

Найбільший вплив мають травми, які надходять крапельно протягом тривалого часу, такі

як: сексуальне, фізичне, емоційне, словесне насильство, катування, перебування в полоні, бути свідком повторюваних травматичних подій, як у випадку з військовослужбовцями, які зазнали повторних травм високої інтенсивності, перебуваючи під постійною загрозою; вони розглядаються як КПТСР (Травма II типу). Це також стосується тих, хто живе в умовах бойових дій, перебуваючи під постійною загрозою травми, травматичної втрати близьких, вилучення з сімейного життя — вимушених переселенців. Комплексний ПТСР призводить до постійних змін у хімії мозку, постійного виникнення дисоціативних станів, порушення нейропатофізіологічних процесів, пов'язаних з мозком, кишківником, ендокринною та нейроендокринною системами, змін у послідовностях ДНК (посилання на дослідження додається). Це призводить до аутоімунних захворювань дезінтегрованої імунної системи, погіршення фізичного здоров'я, передчасної смерті та суїциdalних думок. Комплексний ПТСР може стати причиною схильності до ризикованих поведінок, і є пов'язаним з коморбідними психічними розладами та проблемами фізичного здоров'я, залежністю та самоушкодженням.

Тому комплексний ПТСР потребує більш широкій оцінки та еклектичного підходу до лікування з боку фахівців в галузі травми (з офіційною та визнаною кваліфікацією, а не тих, хто має певні знання, здобуті під час роботи в цій сфері, або вважає, що має відношення до військової сфери і пережив травму; це не є підставою вважати, що вони працюють у цій сфері). Це може привести до розвинення «травми у зоні безпеки», коли ті, до кого ви звертаєесь, можуть зробити вам гірше, оскільки не знають як або не мають кваліфікації вас лікувати.

### ІІІ. ПЕРЕГЛЯД ІДЕОЛОГІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ: БІЛЬШЕ НЕ ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД, А НЕЙРОБІОЛОГІЧНА ДИСРЕГУЛЯЦІЯ. ПОТРЕБИ В АЛЬТЕРНАТИВНИХ ПІДХОДАХ ДО ОЦІНКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

У світі опубліковано значну кількість досліджень, проведених серед військовослужбовців та ветеранів конфліктів в Іраку та Афганістані, які пов'язують ПТСР з аутоімунними захворюваннями, що призводять до погіршення показників фізичного здоров'я, і які виходять за рамки спрощеного розуміння ПТСР як суто психічного розладу. Неважаючи на те, що підхід до лікування ПТСР через призму нейробіології ще не отримав широкого впровадження у світову практику,<sup>16</sup> він заслуговує на увагу з огляду на низьку ефективність традиційних методів діагностики та лікування ПТСР.<sup>17</sup>

#### ДОВІДКОВО: МІЖНАРОДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ, ЯКІ ПОВ'ЯЗУЮТЬ ПТСР З НІЗЬКИМИ ПОКАЗНИКАМИ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я

**Mellon et al (2019)**, провели дослідження серед ветеранів бойових дій в Іраку та Афганістані, які мали офіційний діагноз ПТСР, і виявили **чіткі зміни в прозапальних біомаркерах**, що пов'язували ПТСР з низькими показниками фізичного здоров'я. Аутоімунні захворювання, пов'язані з ПТСР, включали синдром подразненого кишківника, серцево-судинні захворювання, розсіяний склероз, захворювання шлунково-кишкового тракту, подразнення шкіри, фіброміалгію, синдром

хронічної втоми, ревматоїдний артрит, діабет, астму, захворювання опорно-рухового апарату, ішемічну хворобу серця, захворювання нирок і мітохондріальні захворювання. Це наочно показало, що ПТСР змінює глибинні нейро-патофізіологічні мережі з порушенням регуляцією, що врешті-решт призводить до підвищеного рівня аутоімунних захворювань і погіршення показників фізичного здоров'я.

**O'Donovan et al (2016)**, провели когортне дослідження серед 666 269 ветеранів конфлікту в Іраку та Афганістані, в яких було офіційно діагностовано ПТСР. В ході дослідження було виявлено **підвищений ризик аутоімунних захворювань** як серед чоловіків, так і серед жінок (без різниці за ознакою статі); та відзначено відповідні аутоімунні захворювання, пов'язані з ревматоїдним артритом, серцево-судинними захворюваннями, запаленням щитоподібної залози, включаючи запалення кишківника. За результатами дослідження було рекомендовано виявлення соматичних захворювань ще на ранніх стадіях в рамках комплексних медоглядів військовослужбовців до і після призначення на службу.

**Groer et al (2015)**, надали дані, які показали наявність **характерних біомаркерів** у солдат, у яких було виявлено підвищений рівень запалення, що підтвердило ризик розвитку

<sup>16</sup> Дослідження цього нового підходу до ПТСР розпочалися майже десять років тому, але не були повністю вивчені та завершені через недостатність дослідницької бази та фінансових інвестицій за цим науковим відгалуженням, а також через панування традиційного тлумачення ПТСР як психічного розладу.

<sup>17</sup> Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A. (2015) *Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis*. The British Journal of Psychiatry, 206(2), 93–100; Forman-Hoffman, V., Middleton, J. C., Feltner, C., Gaynes, B. N., Weber, R. P., Bann, C. (2018) *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review update*; Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018) *Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions*. Frontiers in behavioral neuroscience, 12, 258; Shiner, B. R., Gui, J., Rozema, L., Cornelius, S. L., Dufort, V., Schnurr, P. P., & Watts, B. V. (2021) *Patient and clinical factors associated with response to medications for posttraumatic stress disorder*. The Journal of Clinical Psychiatry, 82(6), 37305; Levi, O., Ben Yehuda, A., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2022). *A sobering look at treatment effectiveness of military-related posttraumatic stress disorder*. Clinical Psychological Science, 10(4), 690–699.

соматичного захворювання та прогресування захворювання з часом. Дослідження відзначило підвищення ризиків шкоди здоров'ю, втрати продуктивності, постійних страждань протягом терміну служби, а також необхідність термінового покращення лікування та реорганізації служби медичної допомоги, аби забезпечити вчасне виявлення прозапальних маркерів ПТСР і контроль тривалих соматичних захворювань, пов'язаних з цим розладом.

**Lindqvist et al (2017)** провели кількісну оцінку прозапальних біомаркерів у 61 ветерана чоловічої статі і виявили підвищений рівень маркерів запалення у військовослужбовців дійсної служби з діагностованим ПТСР порівняно з контрольною групою досліджуваних без ПТСР. Це дослідження показало необхідність розглянути альтернативні методи лікування аутоімунних захворювань, включаючи зміни способу життя, дієti i призначення прозапальних препаратів для підтримки імунної системи пацієнта, аби допомогти знизити ризик прогресування захворювання.

**Schultebraucks et al (2021)**, провели лонгітудне (поздовжнє) дослідження, яке полягало у вивчені 473 історій хвороб військовослужбовців строкової служби, які протягом кількох місяців проходили лабораторні обстеження на предмет метаболічних змін, пов'язаних з ендокринними та запальними біомаркерами. В ході дослідження було встановлено, що у військовослужбовців дійсної служби аналізи показали **підвищені рівні ендокринних і запальних біомаркерів**, що ставило під сумнів їхню придатність до призначення на дійсну службу. Дослідження підтвердило необхідність обстеження солдат до і після призначення на службу для зменшення ризику розвитку ПТСР і відстеження низьких показників фізичного здоров'я.

**Miller et al (2017)**, провели дослідження серед 16 чоловіків-ветеранів старшого віку, які мали клінічний діагноз ПТСР і пройшли лабораторне обстеження на наявність прозапальних біомаркерів, порівнявши їх з 16 чоловіками-ветеранами того ж віку, у яких не було діагностовано ПТСР. Порівняння даних показало **пряму кореляцію підвищеного рівня прозапальних біомаркерів** у подальшому житті у людей з ПТСР, що свідчить про більш високі темпи прогресування

захворювання з часом і демонструє необхідність відстеження і контролю низьких показників фізичного здоров'я у військових після демобілізації, а також постійного лікування у разі діагностування ПТСР (Miller та ін., 2017).

**Bam et al (2016)**, проаналізували історії хвороб ветеранів війни в Іраку та Афганістані з офіційним діагнозом ПТСР в розрізі **ген-ної патології**. Їхнє дослідження виявило чіткі суттєві відмінності у складних мережах, пов'язаних з послідовностями в ДНК, внаслідок хронічного запалення, пов'язаного з роботою імунної системи, що призводить до прискореного старіння, раку і передчасної смерті. Значення дослідження Bam та ін. (2016) полягає в тому, що воно наочно демонструє, як фактори молекулярного рівня визначають ризик розвитку ПТСР в подальшому, і як хвороби імунної системи передаються кожному поколінню. Так само і те, що підходи до надання первинної медичної допомоги мають включати засоби впливу на розбалансовані метаболічні системи захисту, пов'язані з роботою імунної системи.

**Dyball et al., 2019**, дослідження, проведене Королівським центром військових досліджень в галузі охорони здоров'я (Kings Centre for Military Health Research), завершило систематичний огляд літератури, яка пов'язувала ПТСР у чоловіків-ветеранів збройних конфліктів в Іраку та Афганістані із **серцево-судинними захворюваннями**. В огляді було підтверджено прямий підвищений ризик серцево-судинних захворювань у тих, хто мав офіційний діагноз ПТСР, і, як наслідок, рекомендовано проведення обстежень британських військовослужбовців і ветеранів з діагнозом ПТСР з наступним регулярним наданням медичних консультацій після демобілізації.

## ЗВ'ЯЗОК МІЖ ПТСР І ПРОЗАПАЛЬНИМИ БІОМАРКЕРАМИ ТА АУТОІМУННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Вищеперелічені дослідження, проведенні під час конфліктів в Іраку та Афганістані, показали прямий зв'язок між ПТСР та аутоімунними захворюваннями, що збігається з результатами досліджень, проведених серед цивільного населення протягом останніх трьох десятиліть<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> MacFarlane et al (1994), Physical Symptoms in Post-Traumatic Stress Disorder; Boscarino J, A (1996), Post Traumatic Stress Disorder exposure to combat trauma and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: findings and clinical implications; Ironson et al (1997) Post-Traumatic Stress symptoms, intrusive thoughts, loss and immune function after Hurricane Andrew; Buckley et al (2001) A meta-analytical examination of basal cardiovascular activity in post-traumatic stress disorder; **повний перелік рекомендацій за цей період доступний за запитом.**

Воно демонструє, що оцінка психологічних симптомів ПТСР і його лікування виключно психологічними методами не дасть жодного ефекту, оскільки ПТСР має під собою найбільше біологічне підґрунтя, ніж будь-який інший розлад психічного здоров'я, що і спричиняє появу психологічних симптомів<sup>19</sup>. Щодо цього питання дослідження надає наукові докази, які ставлять під сумнів сучасну ідеологію ПТСР, особливо в рамках DSM V (APA, 2013) та МКХ 11 (2022)<sup>20</sup>. Дослідження підтримує необхідність проведення як нейрофізіологічної оцінки, так і впровадження більш широкого еклектичного режиму лікування для уповільнення прогресування хвороби та забезпечення оптимального відновлення, що ставить під сумнів сучасне надмірне використання розмовної терапії як основного методу лікування ПТСР. Воно закликає до поетапного підходу до лікування та переорієнтації оцінки на біомаркери крові для точної діагностики та лікування ПТСР, з необхідністю надання постійного догляду та підтримки для моніторингу довгострокового впливу на показники фізичного здоров'я, пов'язаного з розладом.

У цьому відношенні дослідження, проведені під час конфліктів в Іраку та Афганістані, показали необхідність переглянути етіологію ПТСР і відйти від розуміння його виключно як психічного розладу, враховуючи чіткий зв'язок між ПТСР і прозапальними біомаркерами, що призводить до аутоімунних захворювань.

Визнання феномену аутоімунних захворювань не є новим, і вперше його було відкрито у 1900 році, коли Enrich and Morenroth (1900)<sup>21</sup> встановили, що система, яка нас захищає, може також навернутись проти себе самої шляхом самознищення. На сьогодні відомо про понад вісімдесят системних аутоімунних захворювань, пов'язаних із ПТСР, більшість з яких не піддається остаточному вилікуванню і потребують лікування протягом усього життя<sup>22</sup>. Дослідження показали, що якщо людина вже має одне аутоімунне захворювання, вона більш скильна до розвинення інших<sup>23</sup>. Однак визначити, які саме

соматичні захворювання будуть найбільш поширеними у людей з діагнозом ПТСР, на сьогодні неможливо, оскільки метаболічні ознаки ПТСР ще не встановлено<sup>24</sup>. Як наслідок, дослідження, спрямовані на зменшення запальних реакцій, пов'язаних з імунною системою, зараз вийшли на передній план, а стратегії клінічного супроводу узгоджуються з лікуванням<sup>25</sup>. Розширення знань про клінічну кореляцію прогресування патологічних захворювань, безсумнівно, надасть краще розуміння вроджених систем імунних шляхів, пов'язаних з ПТСР, для лікування захворювання вже на ранніх стадіях та уповільнення його прогресування. Цей передовий підхід вимагає включення лабораторного аналізу на нейроендокринні та запальні біомаркери для розуміння глибинних епідеміологічних зв'язків між ПТСР та аутоімунними захворюваннями, як це пропонується в рамках дослідження, представленого в цьому документі. Це також вимагає тісної співпраці з міжнародними партнерами, що перебувають в авангарді цієї роботи, для розробки міжнародного репозиторію даних, що дозволить краще зrozуміти епідеміологічний зв'язок між ПТСР та аутоімунними захворюваннями (настійно рекомендується).

Можливість вимірювати метаболічні системи захисту та відстежувати розвиток захворювання буде корисною для різних сфер охорони здоров'я, включаючи психічні розлади та ПТСР, що, серед іншого, позитивно впливатиме на ефективність профілактики та підходів до лікування, що підтримують імунну систему. Цей підхід вже продемонстрував свою більш високу ефективність порівняно з традиційними методами в рамках існуючих практик підтримки психічного здоров'я ветеранів, що було оцінено на різних міжнародних платформах.<sup>26</sup> В останній публікації Асоціації ветеранів США «*Покращення доступу до високоякісної психіатричної допомоги для ветеранів (2023)*»<sup>27</sup> зазначено кілька труднощів, пов'язаних з наданням послуг з охорони психічного здоров'я ветеранам США, включаючи лікування, збільшення кількості випадків та спроможності реагування на них, утримання

<sup>19</sup> MacFarlane et al (2017), The need to take a staging approach to the biological mechanisms of PTSD and its treatment. Psychiatry Rep, 19;10.

<sup>20</sup> Американська психіатрична асоціація (2013), Діагностичний і статистичний посібник з розладів психічного здоров'я (5-е видання); Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Всесвітня організація охорони здоров'я, Женева.

<sup>21</sup> Enrich and Morenroth (1900), The Concept of 'horror autooxicus' first expressed: On Heamolysis: Third Ed, In Himmelweit, F (Eds), The Collected Papers of Paul Enrich (1st Ed., 205–212). Pergamon.

<sup>22</sup> Lerner et al (2015), The world incidence and prevalence of autoimmune disease is increasing. International Journal. Celiac Dis, 3;151 –155.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Karabatsakis et al (2015), Metabolic profiling in post-traumatic stress disorder. Journal of Metabolic Psychiatry, 3(1), 2.

<sup>25</sup> <http://www.tbimedlegal.com>

<sup>26</sup> <https://millenniumhealthstore.com>

<sup>27</sup> Improving Access to High-Quality Mental Health Care for Veterans: Proceedings of a Workshop (2023). ISBN 978-0-309-7833-3

штату кваліфікованих клініцистів, комплексність проблеми та тривалість часу, необхідного для прийняття змін.

Важливість прийняття нової парадигми та відходу від застарілих основних моделей відновлення психічного здоров'я, які продовжують давати лише корегуючі результати, безсумнівно, кине виклик існуючій ідеології. Знадобиться певний час, щоб перенавчити лікарів визнавати низькі показники фізичного здоров'я як частину діагнозу ПТСР і об'єднати спеціалістів різних профілів для розробки нових підходів до лікування політравми з прив'язкою до роботи міжнародних науковців і клініцистів у цій галузі, які перебувають в авангарді досліджень і лікування. Таким чином, для надання допомоги особам, що зазнали травм війни, потрібна нова комплексна стратегія, спрямована на відновлення як фізичного, так і психічного та соціального благополуччя, що відповідає визначеню «здоров'я» згідно з ВООЗ (2023 рік),<sup>28</sup> а саме: «не просто відсутність захворювань або занедужання, а стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя».

## ЗАСТОСУВАННЯ ДО ПТСР ПРИНЦІПІВ ПОЛІТРАВМИ

Війна не є чорно-білою і має багато відтінків сірого: як системи озброєнь стають більш досконалими, так само і типи травм, яких зазнають військовослужбовці та ветерани, що повертаються з війни, стають більш вибагливими, як це показали конфлікти в Іраку і Афганістані. Як результат, у США було запроваджено новий підхід до лікування множинних травм, і в рамках Департаменту у справах ветеранів

США було створено **Реабілітаційні центри політравми** для лікування складних травм, у тому числі тих, що супроводжуються діагнозом ПТСР, черепно-мозковою травмою, проблемами з управлінням болем, і класифікуються як політравма.<sup>29</sup>

У зв'язку із зазначеним такий самий підхід має бути застосовано до тих, у кого діагностовано ПТСР, і він має включати точну оцінку, діагностику та лікування, а також розрізнення і встановлення перехресного зв'язку між супутніми травмами, подібно до тих, що було зареєстровано під час конфліктів в Іраку та Афганістані, включаючи постійний нагляд за перебігом імунних захворювань, пов'язаних з розладом, які з часом посилюються, як це було встановлено за результатами досліджень. Травма є багаторівневою і багатогранною, відновлення передбачає розшифрування загадки коду порушених складних метаболічних систем захисту. Тут потрібен мультидисциплінарний підхід, за яким група фахівців різного профілю об'єднується для надання першочергового лікування, яке б ґрутувалось на найсучасніших дослідженнях, як показано в цьому звіті, перш ніж застосовувати інструменти психологічної допомоги. Таким чином, модель на принципах політравми узгоджується з принципами, розробленими реабілітаційним центром політравми в США, які враховують всю складність коморбідності супутніх захворювань фізичного і психічного здоров'я, щоб скласти «кубик Рубіка» травми і пов'язаних з нею ушкоджень. Такий центр повинен включати спеціальні шляхи надання допомоги військовим і ветеранам, а також поширювати допомогу на сім'ї та цивільних осіб, які зазнали травми, щоб охопити всіх, хто її потребує.<sup>30</sup>

<sup>28</sup> World Health Organisation (2023). Constitution. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

<sup>29</sup> <https://www.polytrauma.va.gov/system-of-care/care-facilities/index.asp>

<sup>30</sup> Mandy Bostwick MSc, MA, ISSTD — Polytrauma Treatment Model for Post-Traumatic Stress Disorder.

## IV. СТВОРЕННЯ ПРАВИЛЬНОГО КОНТЕКСТУ: ПТСР ЯК НЕВИДІМІ РАНИ ВІЙНИ, РОЗЛАД ВІДНОВЛЕННЯ, ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД, СМЕРТНИЙ ВИРОК ПСИХІЧНОМУ ЗДОРОВ'Ю ЧИ ЗДОРОВА РЕАКЦІЯ НА ОБСТАВИНІ, ЩО ЗАГРОЖУЮТЬ ЖИТТЮ?

Незалежно від національної культури і менталітету, майже кожна з країн, для якої проводився аналіз (за винятком, можливо, Ізраїлю через його «сімейну культуру», яка вже сприймає ветеранів як невід'ємну частину суспільства), зіткнулася з проблемою подолання упередження щодо ПТСР. Усі вони вдаються до спеціальних інформаційних кампаній для подолання цієї стигми та створення позитивного образу ветеранів, які безсумнівно потребують допомоги та підтримки суспільства для їхньої адаптації до мирного життя після повернення з бойових завдань.

Більшість країн описують ПТСР у солдатів і цивільного населення такими термінами, як «невидимі рани війни», «тимчасовий розлад відновлення» або «здорова реакція на обставини, що загрожують життю». Вони намагаються подолати стигму щодо ПТСР як психічного розладу, невиліковної хвороби, яка вважається чимось на кшталт «смертного вироку психічному здоров'ю».

Хоча вимірюти реальні результати таких кампаній з точки зору зміни сприйняття в суспільстві дуже важко, всі наші експерти сходяться на думці, що Україна у своїх урядових стратегіях повинна обов'язково передбачити комплексні загальнонаціональні комунікаційні стратегії, щоб створити правильне інформаційне середовище і заохотити суспільство в цілому піклуватися про ветеранів як про невід'ємну складову національної культури.

Країною, яка розробила найбільше кампаній з підвищення обізнаності громадськості про ветеранів та проблеми ПТСР, є США. Більшість з цих ініціатив було проведено державними установами, такими як Департамент у справах ветеранів, Міністерство оборони, Міністерство охорони здоров'я та соціальних

служб США (HHS), хоча деякі з кампаній було започатковано також різними громадськими групами та приватним бізнесом.

У розпал «Глобальної війни з тероризмом» (ГВТ) психічне здоров'я американських ветеранів та учасників бойових дій почало привертати значну увагу засобів масової інформації, головним чином через проблему самогубств серед ветеранів. До того, як суспільство дійшло до такого погляду на ПТСР, в ньому панувало сильне упередження (або хибна думка), що ПТСР — це невіправний діагноз, що ветерани якимось чином назавжди зломлені і не можуть вилікуватись, навіть якщо хочуть цього. Це відчуття безнадійності також заважало багатьом ветеранам звертатися за лікуванням або продовжувати його. Тоді уряд США визначив за необхідне, аби погляд на травму ветеранів було висвітлено з позитивного боку як у програмах для постраждалих, так і для широкої громадськості. Мета полягала в тому, щоб ті, хто страждає на ПТСР, знали, що є надія, і щоб громадськість не сприймала їх як небезпечних, зломлених або вигнанців суспільства.

З огляду на це, уряд США ініціював низку різних кампаній з підвищення обізнаності громадськості, найбільш відомими з яких є наступні:

- 1. Кампанія «Реальні воїни» (RWC),** яку Міністерство оборони США започаткувало у 2009 році: широкомасштабна «мультимедійна кампанія з підвищення обізнаності з питань здоров'я населення, покликана заохотити військовослужбовців, ветеранів та їхні сім'ї, які борються з невидимими ранами, звернутися за відповідною допомогою або підтримкою». Кампанія мала на меті (1) через просвітництво мінімізувати хибні уявлення і побороти міфи про проблеми психічного здоров'я і лікування; (2)

сприяти формуванню культури підтримки психогігічного здоров'я, тобто, що звернення за допомогою є ознакою сили; (3) відновити віру в систему військової охорони здоров'я; (4) покращити системи підтримки (наприклад, друзі, сім'ї) для військовослужбовців і ветеранів, які мають проблеми з психічним здоров'ям; (5) сприяти зміні поведінки серед військовослужбовців і ветеранів.

- 2. Make the Connection (МТС)** — громадська інформаційна кампанія Міністерства у справах ветеранів, покликана сприяти зміцненню психічного здоров'я ветеранів та їхніх мереж підтримки через освіту та просвітницьку роботу, а також мотивувати ветеранів з психічними розладами до звернення по допомозі і сприяти йому. Започаткована у 2011 році, МТС включає особисті свідчення ветеранів, які описують досвід звернення по допомозі, акцентуючи увагу на одужанні та позитивних результатах лікування. Інформація про симптоми, стани та способи лікування згрупована в першу чергу за життєвим досвідом та викликами, а не за діагнозами або захворюваннями. Поставлені цілі: (1) сприяти позитивним розмовам про психічне здоров'я та залучати ветеранів до обміну історіями про проблеми психічного здоров'я та одужання з іншими ветеранами; (2) зменшити бар'єри на шляху звернення по допомозі, такі як стигма, та покращити ставлення і переконання щодо станів психічного здоров'я та звернення за медичними послугами серед ветеранів; (3) проводити просвітницьку роботу серед ветеранів та їхніх мереж підтримки, надаючи точну інформацію про поширені життєві події, симптоми та стани психічного здоров'я неклінічною, легкою для розуміння мовою; (4) сприяти зверненню по допомозі, підвищуючи рівень обізнаності серед ветеранів і їхніх груп підтримки щодо ресурсів, наявних у Міністерстві та громадах.

- 3. Національний місяць одужання за підтримки Управління служби лікування наркотичної залежності та психічних розладів при міністерстві охорони здоров'я SAMHSA (HHS).** Місяць одужання проводиться щороку у вересні і має на меті проінформувати американців про проблеми психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин. Основна мета Місяця одужання — донести до широких верств населення інформацію про те, що люди з проблемами психічного

здоров'я та вживання психоактивних речовин можуть одужати — шляхом моделювання досягнень та успіхів людей, які одужали — і що лікування може відігравати життєво важливу роль у допомозі людям повернутись до здорового і продуктивного життя.

- 4. «Face the Fight»/«Назустріч світлу»** — нова багатомільйонна ініціатива, започаткована у червні 2023 року, покликана зменшити вдвічі рівень самогубств серед ветеранів до 2030 року. Коаліція корпорацій, фондів, неприбуткових і ветеранських організацій запустила кампанію Face the Fight™ для підвищення обізнаності та підтримки профілактики самогубств серед ветеранів. Мета — скоротити рівень самогубств серед ветеранів вдвічі до 2030 року.

Заснована USAA та Фондом USAA, а також Human Foundation та Reach Resilience, an Endeavors Foundation в якості партнерів-засновників, місяць ініціативи полягає в тому, щоб подолати упередження щодо звернення по допомозі, активізувати діалог про цю проблему та підкріпити зусилля Департаменту ветеранів, Міністерства оборони, та багатьох інших задіяних сторін, для припинення самогубств серед ветеранів.

Однією з найпомітніших кампаній громадської підтримки у Великій Британії стала кампанія «Не замикайся в собі», започаткована у 2011 році Міністерством оборони, яка стала першою в історії армії кампанією, спрямованою на подолання стигми, пов'язаної з проблемами психічного здоров'я. Перший етап кампанії був спрямований на подолання стигми навколо бойового стресу, тоді як другий етап був зосереджений на підвищенні обізнаності щодо професійних та емоційних факторів, які викликають стрес і можуть призвести до депресії.

У США та Великій Британії було також створено гарячі лінії для ветеранів, які було широко популяризовано для підвищення обізнаності про існування цих інструментів підтримки для ветеранів та їх заохочення звертатися за допомогою через ці гарячі лінії:

- **США: Кризова лінія для ветеранів (Veterans Crisis Line, VCL)** — це безкоштовна конфіденційна служба, доступна 24 години на добу, яка надає спеціалізовану допомогу ветеранам у кризовій ситуації та ресурси їхнім сім'ям і друзям.<sup>31</sup> VCL забезпечує негайну інтервенцію в кризових ситуаціях і за необхідності

<sup>31</sup> До VCL можна звернутись за телефоном, а також за допомогою текстових платформ та онлайн-чатів. Частина операторів на кризовій лінії представлена самими ветеранами, що ще більше персоналізує досвід для тих, хто телефонує.

з'єднує ветеранів з місцевими службами, наприклад, координаторами з питань запобігання суїциду серед ветеранів або служби екстреної допомоги. Колл-центр було створено як партнерство між Департаментом у справах ветеранів, Управлінням служби лікування наркотичної залежності та психічних розладів при міністерстві охорони здоров'я (SAMHSA) та Національною лінією

запобігання самогубствам SAMHSA. Метою кампанії VCL є підвищення обізнаності про VCL серед ветеранів та її використання ними у кризових ситуаціях.

- Велика Британія: «*Велика біла стіна*», онлайн-служба ранньої інтервенції для осіб у психологічному стресі зі спеціальною виділеною лінією для ветеранів.

## V. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ПТСР. ПРО ЩО ГОВОРЯТЬ ЦИФРИ

Порівняно із загальним населенням військовослужбовці маютьвищий ризик розвитку ПТСР через саму природу та інтенсивність тренувань і перебування в бойових умовах.<sup>32</sup> По завершенні конфлікту в Афганістані заофіційними даними США до 23% військовослужбовців США отримали діагноз ПТСР<sup>33</sup> у порівнянні з 4–5% військовослужбовців у Великій Британії.<sup>34</sup>

**Таблиця: Рівень ПТСР серед ветеранів США часів різних воєнних операцій<sup>35</sup>**

Воєнна операція	ПТСР за останній рік	ПТСР на певний момент життя
Операції «Іракська свобода» (OIF) та «Непохитна свобода» (OEF)	15 із 100 (15%)	29 із 100 (29%)
Війна в Перській затоці (Буря в пустелі)	14 із 100 (14%)	21 із 100 (21%)
Війна у В'єтнамі	5 із 100 (5%)	10 із 100 (10%)
Друга світова війна та Корейська війна	2 із 100 (2%)	3 із 100 (3%)

Джерело: Департамент у справах ветеранів США, Міністерство оборони США

### ДОВІДКОВО: РІВЕНЬ ПОШИРЕННЯ ПТСР В США ЧАСІВ РІЗНИХ ВОЄННИХ ОПЕРАЦІЙ

Наразі Департамент у справах ветеранів та Міністерство оборони поділяють статистику з поширення ПТСР серед ветеранів на чотири основні воєнні епохи: 1.) Друга світова війна та Корея; 2.) Війна у В'єтнамі; 3.) Буря в пустелі; та 4.) Операції «Іракська свобода» та «Непохитна свобода» або Глобальна війна з тероризмом (ГВТ). Кожна з цих епох має власні специфічні дані щодо поширення ПТСР серед ветеранів.

Наприклад, за оцінками Міністерства у справах ветеранів станом на 2020 рік популяція ветеранів Другої світової війни та Корейської війни становить приблизно 1,1 мільйона. За даними Мінветеранів, в межах цієї групи 3 з 100 ветеранів зіткнулись або зіткнуться з ПТСР у певний момент свого життя. Це

найнижчий показник загальної кількості ветеранів і поширеності ПТСР. На противагу цьому, епоха В'єтнаму представляє набагато більшу популяцію, яка налічує приблизно 5,8 мільйона ветеранів згідно з прогнозною моделлю Депветеранів (ДВ) 2022 року. За даними ДВ, рівень поширеності ПТСР у цій популяції є набагато вищим: 10 з 100 ветеранів пережили ПТСР у певний момент свого життя. ДВ зазначає, що рівень ПТСР в цій популяції, ймовірно, є набагато вищим, але через обмежену кількість тих, хто вижив, попередні дослідження з використанням різних методів опитування могли мати інші результати.

Тенденція продовжує зростати в інших воєнних епохах. Кількість ветеранів епохи «Буря в пустелі», зокрема тих, хто не служив після терактів 11 вересня, становить приблизно 2,6 мільйона. З них 21 з 100 переживе ПТСР в певний момент свого життя. І, нарешті, популяція

<sup>32</sup> Schultebraucks, K., Qian, M., Abu-Amara, D., Dean, K., Laska, E., Siegel, C., Gautam, A., Guffanti, G., Hammamieh, R., Misganaw, B., Mellon, S. H., Wolkowitz, O. M., Blessing, E. M., Etkin, A., Ressler, K. J., Doyle, F. J., Jett, M., & Marmar, C. R. (2021). Pre-deployment risk factors for PTSD in active-duty personnel deployed to Afghanistan: A machine-learning approach for analyzing multivariate predictors. Molecular Psychiatry, 26, 5011-5022; Boggs-Bookwalter, D., Roenfeldt, K. A., LeardMann, C. A., Yeon-Kong, S., Riddle, M. S., & Rull, R. P. (2020). Posttraumatic stress disorder and risk of selected autoimmune disease among US military personnel. BMC Psychiatry, 20(23), 1–8.

<sup>33</sup> Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. N. Engl. J. Med, 351, 13–22.

<sup>34</sup> Fulton, J. J. Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., & Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/ Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A metaanalysis. Journal of Anxiety Disorders, 31, 98–107; MacManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T. (2016). Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey. Leeds: NHS Digital.

<sup>35</sup> Дані цієї таблиці отримано від ветеранів, які були живими на момент проведення дослідження. Таким чином, таблиця не враховує даних щодо ветеранів будь-якої воєнної епохи, які померли і, можливо, мали ПТСР.

ветеранів епохи Глобальної війни з тероризмом (ГВТ) налічує приблизно 3,4 мільйона і має найвищий рівень поширеності ПТСР — 29 ветеранів зі 100 зазнають його в той чи інший момент свого життя.

У ДВ пояснюють, що хоча ПТСР загалом більш поширений серед ветеранів, розподіл найвищих показників серед підгруп загальної популяції ветеранів є непропорційним. Важливо розуміти, що не кожен ветеран в США брав участь у бойових діях. Ветерани, що були учасниками бойових дій, втричі частіше страждають на ПТСР, ніж ветерани тієї ж воєнної епохи, що не були до них залучені [xvi]. Так само вищі показники ПТСР спостерігаються серед ветеранів, які пережили військову сексуальну травму, що по суті є сексуальними домаганнями або сексуальним насильством під час служби в армії.

Всі ці фактори ризику допомагають створити контекст для розуміння загального рівня поширеності ПТСР. Нарешті, існує також певне накладення даних про випадки ПТСР і самогубств. У 2020 році ДВ повідомило, що у 24,4% ветеранів, які покінчили життя самогубством, було діагностовано ПТСР[xvii].

Перебуваючи в умовах постійних військових конфліктів, Ізраїль зіткнувся з проблемою психологічних травм військових ще з часів війни 1973 року. З тих пір Ізраїль став однією з провідних країн у лікуванні ПТСР, створивши власний унікальний досвід, який дав чудові результати для їхньої країни. За даними статистики Ізраїлю, рівень ПТСР серед ветеранів війни 1973 року становив 20%. На сьогоднішній день цей показник значно покращився і на сьогодні рівень поширення ПТСР серед ветеранів в Ізраїлі становить 1–2%, що є одним з найнижчих показників у світі.

До основних факторів, що зумовили такі вражуючі результати, відносяться потужний розвиток в національній культурі Ізраїлю превентивних технік стресостійкості та методів невідкладної допомоги у подоланні травм. Цей підхід органічно інтегрувався в національну ментальність «культури сімейності», відмінною рисою якої є турбота про близького. Ізраїль також відомий

тим, що активно впроваджує військових психологів у кожній військовій частині, аби культура спілкування з психологом у разі виникнення проблем міцно укорінилась у повсякденному житті військовослужбовця, а згодом продовжилась і після того, як він стане ветераном. Військовослужбовців також навчили виявляти перші ознаки сильного емоційного дисбалансу у своїх товаришів і невідкладно доповідати про це старшим командирам. Такий підхід виявлення дисбалансу на ранній стадії дуже допомагає вчасно надати професійну допомогу та запобігти подальшому розвитку психологічних розладів. (Детальніше про практику Ізраїлю див. у підрозділі «Засоби розвитку та відновлення стресостійкості»).

## ПТСР У КОЛИШНІХ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ

Дані про поширеність посттравматичного стресового розладу в Україні до 2014 року не були відомими, оскільки проблема не мала широкого визнання. Жодних незалежних досліджень стану учасників бойових дій в Афганістані (1979–1989 рр.)<sup>36</sup> в Україні не проводилось. Але загальновідомо, що проблемі психологічного здоров'я серед колишніх учасників бойових дій не було приділено належної уваги, оскільки вважалося, що такої проблеми у радянського воїна бути не може. Наслідком цього стало виникнення «афганського синдрому» — феномену, через який невідкладної психологічної допомоги потребувало **35–40%** учасників війни (за різними даними, це від 150 до 400 тисяч осіб)

Першим кроком до визнання феномену ПТСР в Україні можна вважати катастрофу на Чорнобильській АЕС у 1986 році, після якої було проведено низку наукових досліджень щодо розвитку ПТСР та його впливу на стан здоров'я ліквідаторів аварії. Пізніше вивчення ПТСР отримало розвиток у дослідженнях Скнилівської трагедії<sup>37</sup> та численних аварій на вугільних шахтах Донбасу.<sup>38</sup> Попри це, вивчення явища не було глибоким і ґрунтовним, а методи лікування ПТСР, що використовувалися в Україні до 2014 року, були обмеженими — найпоширенішими з них були медикаментозна терапія та психотерапія.

<sup>36</sup> Воїни ЗСУ були частиною контингенту Радянського Союзу.

<sup>37</sup> Скнилівська катастрофа на авіашоу стала в суботу 27 липня 2002 року, коли літак Су-27УБ ВПС України, пілотований Володимиром Топонаром (з «Українських соколів») і другим пілотом Юрієм Єгоровим, розбився під час виконання фігур вищого пілотажу на аеродромі Скнилів поблизу Львова, Україна. Внаслідок аварії загинуло 77 осіб і 543 отримали поранення, 100 з яких були госпіталізовані.

<sup>38</sup> Аварія на шахті ім. Засядька у 2007 році – аварія, що стала 18 листопада 2007 року на вугільній шахті ім. Засядька у східноукраїнському місті Донецьк. Станом на 30 листопада повідомлялося про загибел 101 гірника. На момент вибуху в гірничому комплексі перебувало 457 шахтарів.

## ► Ситуація у період з 2014 до початку 2022

З початком бойових дій на сході України у 2014р. фіксується зростання уваги до проблематики ПТСР та інших травм, пов'язаних з війною, у учасників бойових дій та цивільного населення, що перебували у/близько до зони бойових дій. Здійснюються перші спроби оцінити ситуацію та переглянути підходи до роботи з ПТСР в Україні.<sup>39</sup> **За даними** Міністерства у справах ветеранів України станом на серпень 2021 року статус учасника бойових дій в Україні мали понад 410 тисяч осіб. Ситуація з лікуванням посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у тих, хто воював в Україні з 2014 року до початку 2022 року, залишалася складною. Кількість виявлених випадків ПТСР зростала, але рівень знань та досвіду медичної практики лікування цього розладу залишався низьким. Так близько 80% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях під час проведення бойових дій на сході України під час антитерористичної операції (АТО), а згодом операції об'єднаних сил (ООС), знаходилися у стані бойового стресу, який в подальшому трансформувався приблизно в 25% посттравматичних стресових розладів (ПТСР) різного ступеня вираженості. Встановлено, що 98% учасників бойових дій потребували кваліфікованої підтримки і допомоги внаслідок дії бойових стрес факторів.<sup>40</sup> **26%** військовослужбовців, які брали участь у бойових діях на сході країни у 2014–2015 роках, розвинули ознаки посттравматичних розладів. За даними Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України, за період 2014–2017 років **80%** учасників АТО мали симптоми психологочної травми, а **20–30%** військовослужбовців, які отримали психологочні травми під час виконання бойових завдань, не могли вирішити свої психологочні проблеми без сторонньої допомоги. Поширилося проблемою після повернення з зони бойових дій було те, що військовим здавалося, ніби їх не розуміють, не сприймають, а держава ігнорує їхні інтереси.

Відзначається, що тривалість та інтенсивність конфлікту є основними факторами, що впливають

на психологічний стан учасників бойових дій. У 2014–2017 роках учасники АТО перебували у зоні бойових дій протягом 8 місяців, 2 місяці в умовах постійної дислокації та 2 місяці на полігонах. Ці цифри варто порівняти з інтенсивністю та тривалістю нинішнього конфлікту, які є значно вищими, ніж у 2014–2017 роках. Враховуючи кореляцію ПТСР та інших психічних розладів в умовах конфлікту меншої інтенсивності та тривалості, ми можемо екстраполовати цифри і зробити прогноз щодо потенційного впливу ПТСР та інших бойових травм на військовослужбовців в нинішніх умовах.

## ► Відмінність ситуації у період з лютого 2022 р. після повномасштабного вторгнення Росії в Україну

З початком повномасштабного військового вторгнення Росії у лютому 2022 року звернення за кваліфікованою психіатричною допомогою як серед військових, так і серед цивільного населення збільшилося в рази. За даними **МОЗ України**, внаслідок бойових дій, а також інших психотравмуючих факторів, пов'язаних із воєнним часом, кваліфікованої психіатричної допомоги, потребуватимуть близько 15 мільйонів осіб, з яких 3–4 мільйонам знадобиться медикаментозне лікування. Однак точний підрахунок є доволі складним через низку факторів, головним з яких є триваюча війна і продовження отримання травмуючого досвіду.<sup>41</sup>

### ДОВІДКОВО: НОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАННЯ ПТСР НА ЗВІЛЬНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ КІЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Після деокупації територій Київської області у березні 2022р. групою українських вчених-психіатрів Міжнародної академії екології та медицини України під керівництвом проф. Пострелка В.М. було розпочато роботу зі створення нових методів дослідження/діагностики, лікування та реабілітації ПТСР у військовослужбовців та цивільного населення.

<sup>39</sup> Наприклад, у 2014 році групою українських вчених-психіатрів Міжнародної академії екології та медицини України під керівництвом проф. Пострелка В.М. проводились дослідження щодо визначення особливостей виникнення психічних та адиктивних порушень у військовослужбовців, включно з тим контингентом, який отримав контузійне ураження головного мозку. Дослідження проводились на базі обласної психіатричної лікарні №2. Лише на момент 2019 року у відділенні ветеранів війни КЗ КОР КОПНЛ №2 проліковано та обстежено 534 учасники АТО та ООС, що порівняно з 2014 роком було у 100 разів більше. Пацієнти звертались переважно зі скаргами на апатію, тривогу, порушення сну, головні болі, постійну дратівливість, знижений настрій та апетит, зниження пам'яті на поточні події, конфліктність з оточуючими, байдужість, швидку втомлюваність, емоційну та фізичну виснаженість, імпульсивну та саморуйнівну поведінку, намагання полегшити свій болісний стан вживанням алкоголю та наркотичних речовин.

<sup>40</sup> Монографія Кравченко, Тимченко, Шибоков.

<sup>41</sup> Доступні статистичні дані або ґрунтуються на дуже малих групах вибірки, або формуються на основі прогнозних тенденцій, що не відображає реальної картини по всій країні.

Зокрема, робота велася з такими категоріями:

- I група — ветерани війни 2014 та 2012рр. та діючі військовослужбовці: особи чоловічої та жіночої статі віком 18 — 59 років, які безпосередньо були учасниками активних бойових дій;
- II група — цивільне населення: особи чоловічої статі віком 18 — 68 років, які перебували в окупації, та брали участь в ексгумації тіл померлих;
- III група — цивільне населення: особи жіночої статі віком 18 — 68 років, які перебували в окупації та зазнали різного типу насильства;
- IV група — цивільне населення: особи чоловічої та жіночої статі віком 5—16 років (діти та підлітки).

Спочатку пацієнти II, III, IV групи скаржилися на перенесену надсильну стресову подію у вигляді катувань, побиття, згвалтування, штучного перешкоджання доступу до питної води та іжі, а також на наявність депресивного синдрому з активними суїциdalними спробами. Серед факторів стресового походження окрім наголошувалась участь в ексгумації тіл померлих.

Частина пацієнтів із категорії дорослого населення відзначили, що почали вживати алкоголь та інші психоактивні речовини для полегшення симптомів, викликаних стресовим фактором. Істотним фактором є те, що синдром залежності від алкоголю та інших психоактивних речовин у даних пацієнтів розвивався досить швидко, швидко формувався абстинентний синдром, спостерігалися алкогольні палімпсести.

## VI. ПРАКТИКИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАНЯ, РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЗАХОДИ З ПІДТРИМКИ СТІЙКОСТІ ДО ТА ПІСЛЯ КРИЗОВОЇ ПОДІЇ

У міжнародній практиці для діагностики ПТСР використовують або DSM-V, або МКХ-11, причому перша використовується переважно в США, а друга — в Європі. У всіх розглянутих країнах діагноз може поставити лише психіатр. Окрім застосування міжнародної класифікації, лікар-психіатр також проводить оцінку і збір інформації методами, що базуються на показаннях самих пацієнтів, найпоширенішими з яких є наступні: (1) Контрольний список посттравматичного стресового розладу; (2) Шкала клінічної діагностики ПТСР (Clinical Administered PTSD Scale — CAPS 5) (структуроване інтерв'ю за критеріями DSM-V), або Опитувальник симптомів травми—2 (Trauma Symptom Inventory—2 (TSI-2) (опитувальник, який враховує психологічні симптоми, включаючи дисоціативні стани). Запропонований підхід використання тестів на біомаркери для виявлення в організмі пацієнта запалення 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 нейропатофізіологічні зміни, що відбуваються через порушення метаболізму.

Важливим моментом є забезпечення своєчасної діагностики та лікування ПТСР, що дозволяє зменшити страждання пацієнтів і покращити їхнє психічне та фізичне здоров'я. Хоча ПТСР може мати довгострокові наслідки, належне лікування вже на ранніх стадіях його розвитку може допомогти запобігти або пом'якшити такі наслідки. За відсутності лікування ПТСР може стати хронічним і привести 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 життєдіяльності.

З 2004 року Міністерство у справах ветеранів та Міністерство оборони США співпрацюють у рамках Робочої групи з питань доказової медицини (EBPWG) для визначення найкращих методів лікування військовослужбовців та ветеранів<sup>[xxxv]</sup>. У 2023 році вони опублікували новий пакет Клінічних настанов, які допоможуть

у подальшому визначені та поясненні сучасних тенденцій в лікуванні ПТСР. Ці настанови являють собою рекомендації та оновлення, що готовуються за результатами систематичного огляду, але при цьому не призначені для перевідгуку стандартів надання медичної допомоги, якими керуються лікарі, які завжди повинні враховувати потреби пацієнта, перш ніж надавати йому лікування. Нарешті, на додаток до Настанов, на своєму веб-сайті ДВ розміщує основні діагнози та протоколи лікування в рамках роботи Національного центру ПТСР.

### ДОВІДКОВО: ДІАГНОСТИКА ПТСР — ДОСВІД США

Система діагностики ПТСР охоплює чотири окремі групи симптомів: повторне переживання травматичної події (також зване інтраузією); уникнення ситуацій, що нагадують про травму; негативні зміни в переконаннях та емоціях; стан підвищеної збудження (також званий гіперактивністю або надмірною реакцією на стимули). Варто зазначити, що багато людей можуть зіткнутися з деякими з цих симптомів після травматичного досвіду. Однак для того, аби діагноз було офіційно визнано як ПТСР, потрібна наявність всіх чотирьох кластерів симптомів, які тривають щонайменше один місяць і спричиняють помітний дистрес або функціональні порушення в повсякденному житті.<sup>[lxxvii]</sup>

Якщо симптоми зберігаються більше одного місяця, ДВ у справах ветеранів використовує сім критеріїв (від «A» до «H») для підтвердження діагнозу ПТСР. Критерій А передбачає, що людина зіткнулась з реальною смертю або загрозою смерті, серйозною травмою або сексуальним насильством — сама безпосередньо, або стала свідком такої події, або дізналася про подію від близького члена сім'ї, або пережила повторювані або вкрай несприятливі деталі травматичних подій (наприклад, збирання людських останків після аварії).<sup>[xlvi]</sup> Якщо людина пережила будь-яку з таких подій, у неї також мають проявлятись специфічні симптоми Критеріїв В-Е.

Критерії «В-Е» називаються симптоматичними кластерами і мають кілька можливих проявів симптомів [xlivi]. Вони включають в себе, поміж іншого, наступне: повторювані, неконтрольовані та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію; уникнення або намагання уникнути тривожних спогадів, думок або почуттів про травматичну подію; нездатність згадати важливий аспект травматичної події (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші фактори, такі як травма голови, алкоголь або наркотики); дратівливість та спалахи гніву (у відповідь на незначну провокацію або без неї), що зазвичай виражуються у вигляді вербальної або фізичної агресії щодо людей або предметів. [xliiv] Ці приклади є лише одним з можливих проявів п'яти або шести можливих симптомів кожного критерію для встановлення діагнозу.

Останні три критерії розглядають вищезгадані симптоми в контексті. Критерій F формально передбачає, що ці симптоми зберігаються щонайменше один місяць після травматичної події. [xliv] Згідно з критеріями G і H, прояв симптомів призводить до клінічного погрішення стану людини, яке не є наслідком дії препаратів або наркотичних речовин відповідно. [xlivi] Сукупність цих семи критеріїв становить фундаментальну основу, яку використовує ДВ для діагностики ПТСР.

Під час конфлікту в Іраку та Афганістані британська військова психіатрія, підпорядкована Міністерству оборони, додала плутанини введенням додаткового прекурсору для встановлення діагнозу: посттравматична стресова реакція, стрес, пов'язаний з бойовими діями, та бойова стресова реакція, що розвивається<sup>42</sup>. Такий діагноз вважався тимчасовим, немедичним, і обслуговував потребу у лікуванні постраждалих на передовій, маючи на меті утримання боєздатності воїнів і водночас просування програм стресостійкості<sup>43</sup>.

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 помилку має бути виправлено якнайшвидше, оскільки існує дуже висока ймовірність того, що переважаючим типом ПТСР в Україні буде саме КПТСР.

## ДОВІДКОВО: ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Лікування та реабілітація посттравматичного стресового розладу (ПТСР) — це два різні, але важливі аспекти допомоги людям, які страждають від цього психічного розладу. Пересічні громадяни (нефахівці) часто припускаються помилки, об'єднуючи ці два процеси в один.

Лікування ПТСР спрямоване на зняття симптомів та усунення чи пом'якшення проявів розладу. Воно може включати медикаментозну терапію, психотерапевтичні методи або їх комбінацію. Метою лікування є зниження тривоги, усунення повторних травматичних спогадів, покращення якості сну, боротьба з гіперзбудливістю та покращення загального стану пацієнта. Медикаментозне лікування при ПТСР, як згадувалося вище, може включати антидепресанти, анксиолітики та інші препарати, які допомагають впоратися із симптомами розладу.

Реабілітація ПТСР — це процес відновлення функціональності та покращення якості життя пацієнта після травматичної події та проходження лікування. Вона включає широкий спектр заходів, спрямованих на допомогу пацієнту впоратися з наслідками травми і інтегруватися у суспільство. Реабілітаційні програми можуть включати професійну допомогу у пошуку роботи, соціальну підтримку, тренінги навичок управління стресом та навчання методів зняття тривоги. Реабілітація допомагає пацієнтам відновити втрачені навички та покращити функціональність, що полегшує повсякденне життя та реінтеграцію у суспільство.

<sup>42</sup> Jones, N., Jones, E., Robbins, I., Wessely, S., Greenburg, N. (2017). Combat Experiences and their Relationship to Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Clusters in UK Military Personnel Deployed to Afghanistan. *Behavioral Medicine*. 44(2). 131–140.

<sup>43</sup> Jones, N., Whelan, C., MacFarlane, A., Harden L., Burdett, H., Greenburg, N. (2018). Resilience-based intervention for UK military recruits: A randomized controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine* 76(2).

## ЛІКУВАННЯ

Багато фахівців сходяться на думці, що успішність більшості методів лікування ПТСР поки що є обмеженою, а існуючі психотерапевтичні методи дають результат приблизно у третини пацієнтів, що перебувають на амбулаторному лікуванні. В Ізраїлі для визначення того, чи дало лікування позитивні результати, використовується показник «працездатності». 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.

### ДОВІДКОВО: МЕТОДИ НЕМЕДИКА-МЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ПТСР, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В МІЖНАРОДНІЙ ПРАКТИЦІ:

- 1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ):** КПТ є одним з найпоширеніших умовно-ефективних методів лікування ПТСР. Вона зосереджена на зміні негативних думок і поведінки, пов'язаних з травматичними подіями.
- 2. Когнітивно-процесуальна терапія (КПрТ):** навчає людину, як змінити болісні думки та почуття, що виникли після травми. Роботу можна проводити індивідуально або в групах, використовуючи поєднання усних і письмових сеансів опрацювання, аби допомогти ветерану змінити патерні мислення.
- 3. Експозиційна терапія/терапія тривалого впливу (ЕТ/ТТП):** цей метод заснований на поступовій та контролюваній експозиції пацієнта до подій чи предметів, пов'язаних із травмою, щоб знизити реакції страху та тривоги<sup>44</sup>.
- 4. Десенсибілізація і репроцесуалізація (операціоння травми) рухом очей (EMDR):** цей метод передбачає здійснення пацієнтом швидкий рухів очима, якими супроводжується реконструкція травматичних подій та опрацювання негативних спогадів<sup>45</sup>.

- 5. Раціонально-емоційна поведінкова терапія за А. Еллісом (РЕПТ):** підхід в психотерапії, що розглядає як головну причину психічних розладів помилкові, іrrациональні когнітивні установки (переконання, вірування, ідеї, не просто минулий досвід індивіда, але й способи і можливості їх подолання, притаманні кожній людині).
- 6. Соматична терапія за П. Левіним.** Це метод лікування психічної травми, орієнтований на відчуття в тілі. Левін звернув увагу, що хоча тварини щодня стикаються з ситуаціями, що загрожують життю, у них, схоже, немає ознак тривалої психічної травми, таких як хронічна тривожність, ПТСР або відключення. Пітер Левін вивчав реакції нервової системи на стрес та психічну травму і як організм тварин природно доляє фізіологічні стани підвищеного навантаження, а потім запропонував даний терапевтичний підхід у роботі з людьми.
- 7. Нейролінгвістичне програмування (НЛП):** у короткостроковій психотерапії застосовується нейролінгвістичне програмування (НЛП). Застосування цього методу дозволяє швидко і надовго покращити психо-емоційний, поведінковий та психосоматичний стан пацієнта.
- 8. Гіпнотерапія.** За допомогою гіпнозу (по суті, стану глибокого розслаблення) ми можемо відновити та розвинути нові, позитивні зв'язки в мозку, що сприятимуть тривалій та здоровій психічній поведінці.
- 9. Особистісно-орієнтована терапія (ООТ):** дозволяє змінити ставлення особи, що зазнала травми, до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї.
- 10. Арт-терапія:** арт-терапія надає можливість не лише творчо самовиразитися, але й більше пізнати себе, виразити свій внутрішній світ через творчість. Поєднання вербальної і невербальної експресії сприяє опрацюванню та переосмисленню травматичного досвіду.

<sup>44</sup> Має на меті допомогти ветеранам впоратися зі спогадами або думками про травматичні події, яких вони уникнули. ТТВ спрямована на роботу з деталями травми, по суті, на боротьбу зі страхом, щоб допомогти зменшити симптоми ПТСР.

<sup>45</sup> Переміщує фіксовані необроблені спогади з правої лобової частки до мигдалеподібного тіла, завершуючи травматичну петлю. Ветеран звертатиме увагу на рух вперед-назад або на звук, пригадуючи спогад, з метою опрацювання подій.

- 11. Терапія тваринами (каністерапія, іпотерапія)<sup>46</sup>** спрямована на вивільнення окситоцину в організмі людини.
- 12. Метод Девіда Берцелі TRE (Trauma Relax Exercise)** являє собою просту, але інноваційну серію вправ, які допомагають тілу вивільнити глибокі м'язові патерни стресу, напруги та травми. Вона безпечно активує природний рефлекторний механізм тремтіння або вібрації, який знімає м'язову напругу, заспокоюючи нервову систему. Коли цей механізм трясіння/вібрації м'язів активується в безпечному і контролюваному середовищі, тіло прагне повернутись до стану рівноваги.

Лікування ПТСР має бути багатофакторним та орієнтованим на індивідуальні потреби кожного пацієнта. Поєднання медикаментозної терапії з психотерапевтичними практиками часто дає кращі результати, ніж використання якось одного з цих методів окремо. Лікування ПТСР може тривалим процесом, і його ефективність залежатиме від правильності оцінки комплексного стану пацієнта. Метою лікування ПТСР має бути допомога пацієнтам у подоланні наслідків травми, зменшенні їхніх страждань та підвищенні якості життя. Взаємодія з досвідченими фахівцями, включаючи психіатрів, психотерапевтів та інших фахівців в сфері охорони здоров'я, відіграє ключову роль у забезпеченні успішної терапії та реабілітації пацієнтів, які страждають на ПТСР.

## ДОВІДКОВО: МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ ПТСР

Медикаментозне лікування при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) включає використання різних класів лікарських препаратів, спрямованих на зниження симптомів ПТСР та покращення загального психічного стану пацієнта. Тактика медикаментозного лікування може бути індивідуальною та залежати від тяжкості симптомів, присутності супутніх психічних розладів та особливостей кожного пацієнта. Нижче наведено деякі з основних класів лікарських препаратів, які можуть застосовуватись при ПТСР:

- 1. Антидепресанти:** селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та норадреналіну (СІЗЗСН) є препаратами, що часто використовуються для лікування ПТСР. Вони можуть допомогти знищити симптоми тривоги, занепокоєння, бессоння та повторюваних травматичних спогадів.
- 2. Анксиолітики:** препарати цього класу допомагають знижувати рівень тривоги та страху. Вони можуть використовуватися в короткочасній терапії або як доповнення до антидепресантів.
- 3. Антипсихотики:** у деяких випадках, коли ПТСР супроводжується яскраво вираженими психотичними симптомами, можуть застосовуватись антипсихотичні препарати.
- 4. Протиепілептичні препарати:** деякі протиепілептичні препарати, такі як прегабалін і топірамат, можуть бути ефективними у контролі тривожності та гіперзбудження при ПТСР.
- 5. Специфічні препарати для лікування кошмарів та бессоння:** для лікування кошмарів та бессоння при ПТСР можуть застосовуватися специфічні препарати, які допомагають покращити якість сну.

При медикаментозному лікуванні ПТСР важливо враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта, можливі побічні ефекти ліків та їхню взаємодію з іншими препаратами. Лікування має проводитися під наглядом лікаря, який регулюватиме дозування та застосування препаратів відповідно до перебігу захворювання та реакції пацієнта на медикаментозну терапію.

Сучасна американська модель лікування ПТСР базується на пацієнт-орієнтованій допомозі (Patient-Centered Care). Допомога, орієнтована на пацієнта, розглядає потреби та вподобання пацієнта в рамках цілісного та духовного (вони щойно додали цю складову) підходу до впровадження протоколу лікування, який одночасно відповідає необхідному стандарту надання допомоги. [xlviii] Загальна мета полягає не лише в лікуванні конкретного психічного розладу, але й в оптимізації загального стану здоров'я ветерана. [xlix]

<sup>46</sup> У березні 2019 р. Львівський центр надання послуг учасникам бойових дій запустив проект під назвою «Верхи у майбутнє» для учасників АТО/ООС, які страждають на посттравматичний стресовий розлад. В основі проекту лежить іпотерапія (лікувальний процес, де у якості основного терапевтичного засобу виступають одні з найдавніших супутників людини — коні). Залучення учасників АТО/ООС до сеансів іпотерапії, а згодом і навчання їх, як інструкторів — ефективна форма не лише терапевтичного впливу, але й соціальної адаптації ветеранів до мирного життя.

Основними інструментами лікування ПТСР у ветеранів є психотерапія та медикаментозне лікування. Психотерапія, або розмовна терапія, «зосереджується на самій травмі» і спрямована на те, щоб допомогти ветерану впоратися з подією і її впливом на нього<sup>[l]</sup>. Цей план лікування зазвичай триває від 8 до 16 сеансів з лікарем і, як правило, включає одну з трьох конкретних терапій: когнітивно-процесуальна терапія (КПТ), десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR) та терапія тривалого впливу (TTB).<sup>[li]</sup> Ці три варіанти психотерапії є основними протоколами лікування, але для надання допомоги ДВ може використовувати будь-які інші науково обґрунтовані методи лікування.

На додаток до розмовної терапії, прі лікування ПТСР можуть також використовуватися медикаменти. Наразі для лікування симптомів ПТСР МВ використовує три основні антидепресанти: сертрапін (золофт) — СІЗЗС; пароксетин (паксил) — СІЗЗС; і венлафаксин (еффексор) — СІЗЗСН.<sup>[viii]</sup> Вважається, що ці препарати допомагають в лікуванні ПТСР шляхом відновлення балансу нейрохімічних речовин у мозку людини. [ix] Наразі ДВ не рекомендує використовувати для лікування ПТСР бензодіазепіни через потенційно шкідливі побічні ефекти. [ix] Загалом, використання ліків залежить від відносин лікаря і ветерана, і будь-які зміни, обмеження або збільшення кількості ліків здійснюються на розсуд лікаря.

Сучасна модель лікування ПТСР по своїй суті призначена для лікування цього стану. Це не пожиттєвий протокол лікування, який лише усуває симптоми і призводить до звікання або подальшого погіршення загального стану здоров'я людини. Метою лікування є покращення якості життя ветерана і надання йому допомоги у подоланні травми та ПТСР. Однак, як було зазначено вище, сучасна модель лікування не враховує незворотні нейрофізіологічні зміни, що відбуваються, та аутоімунні захворювання, які призводять до погіршення фізичного здоров'я у зв'язку з ПТСР.

## МЕТОДИ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ ТА ІНТЕГРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ЛІКУВАННЯ ПТСР

Окрім медикаментозних і психотерапевтических методів лікування ПТСР, Департамент у справах ветеранів США також визнає різноманітні оздоровчі практики<sup>[47]</sup>. Через свій Координаційний центр інтегративного здоров'я ДВ пропонує акупунктуру<sup>[48]</sup>, біологічний зворотний зв'язок<sup>[49]</sup>, клінічний гіпноз<sup>[50]</sup>, керовані образи<sup>[51]</sup>, масаж<sup>[52]</sup>, медитацію<sup>[53]</sup>, тайцзи<sup>[54]</sup> і йогу<sup>[55]</sup>. Незважаючи на те, що ці методи комплементарної та інтегративної медицини (КІМ) вже широко застосовуються у військовому та цивільному контекстах, дослідження їх ефективності (в лікуванні ПТСР) ще тільки починаються. Варто зазначити, що багато з цих методів легко реалізувати одразу після травматичної події, і їх може застосовувати немедичний персонал.

Багатообіцяючим методом КІМ є терапія письмом (ТП)<sup>[56]</sup>. Одне з нещодавніх досліджень показало, що за показником (позитивного) впливу на симптоми ПТСР ТП не поступається когнітивній терапії<sup>[57]</sup>. Інше дослідження показало, що за цим же показником змін симптомів ПТСР<sup>[58]</sup> ТП також не поступається терапії тривалого впливу. В обох дослідженнях повідомляється про нижчий рівень вибудтя учасників (припинення ними терапії) при ТП, ніж при застосуванні розмовної терапії, а також про коротшу тривалість лікування, що свідчить про те, що ТП являє собою економічний і ефективний метод і може зменшити бар'єри на шляху пацієнтів до лікування. У Сиракузах, штат Нью-Йорк, співавтор Ленні Грант заснував проект Resilience Writing Project («Письмо для розвитку стресостійкості»), який використовує письмо для опрацювання травми у медичних, соціальних працівників та членів громади, і може підтвердити простоту впровадження та ефективність цього методу.

Першим етапом у системі лікування ПТСР в **Ізраїлі** є концепція **1-ї лінії підтримки**. Концепція ґрунтуюється на розвитку спроможності кожної людини (осіб, які надають першу допомогу, педагогів, медичного персоналу, соціальних працівників,

<sup>47</sup> [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/complementary\\_alternative\\_for\\_ptsd.asp#two](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/complementary_alternative_for_ptsd.asp#two)

<sup>48</sup> <https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Acupuncture.asp>

<sup>49</sup> <https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Biofeedback.asp>

<sup>50</sup> [https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Clinical\\_Hypnosis.asp](https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Clinical_Hypnosis.asp)

<sup>51</sup> [https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Guided\\_Imagery.asp](https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Guided_Imagery.asp)

<sup>52</sup> [https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Massage\\_Therapy.asp](https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Massage_Therapy.asp)

<sup>53</sup> <https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Meditation.asp>

<sup>54</sup> [https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Tai\\_Chi.asp](https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Tai_Chi.asp)

<sup>55</sup> <https://www.va.gov/WOLEHEALTH/professional-resources/Yoga.asp>

<sup>56</sup> [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/written\\_exposure\\_therapy.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/written_exposure_therapy.asp)

<sup>57</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2787933>

<sup>58</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2808302>

адміністративного персоналу, волонтерів) надавати першу емоційну підтримку іншій людині.

Друга концепція реабілітації ветеранів базується на відновленні порушені безперервності та якнайшвидшому поверненні до цивільних функцій. Весь процес реабілітації відбувається в громаді — немає ані військових шпиталів, ані військових санаторіїв, і після дня, проведеного в реабілітаційному центрі (зазвичай лише для тих, хто проходить фізичну реабілітацію), ветеран повертається додому, до своєї сім'ї, роботи, бізнесу та звичного оточення.

Більша частина психосоціальної реабілітації ветерана знаходиться в руках соціального працівника (також спеціаліста, що супроводжує пацієнта), який також працює з сім'єю ветерана, координуючи свою роботу з соціальними працівниками в госпіталі та навчальних закладах. В Ізраїлі соціальні працівники, які надають допомогу ветеранам, проходять навчання з розпізнавання маркерів ПТСР та протоколів подальшого лікування.

Діагноз ПТСР встановлюється виключно лікарями-психіатрами, що є фахівцями в цій галузі. Лікування ветеранів з діагнозом ПТСР проводиться мультидисциплінарними командами — медичним експертом, психотерапевтом, що спеціалізується на посттравматичних розладах, та реабілітологом. Окрім міжнародно визнаних методів і протоколів травмофокусованої терапії, реабілітаційний процес може включати практики усвідомленого спостереження, заняття на свіжому повітрі, дихальні вправи, терапію тваринами, арт-терапію та інші допоміжні інструменти як додаткові ресурси. Основними методами лікування ПТСР у ізраїльських ветеранів є наступні: КПТ і See Far CBT, EMDR, травмофокусована КПТ і терапія тривалого впливу.

Національний інститут охорони здоров'я і досягненості медичної допомоги **Великої Британії**, (NICE, 2012) рекомендує когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), десенсибілізацію і репроцесуалізацію (опрацювання травми) рухом очей (EMDR)<sup>59</sup> як первинні методи лікування в поєднанні з рецептурними препаратами,

переважно СІЗЗС, для зменшення психологічних симптомів (NICE, 2012). Це знову ж таки повністю ігнорує метаболічну матрицю, яка лежить в основі психологічних симптомів і низьких показників фізичного здоров'я.

Огляд літератури, опублікованої після конфліктів в Іраку та Афганістані, показав незадовільні результати лікування методом розмовної терапії в рамках моделі, запропонованої Національною службою охорони здоров'я Великої Британії, раніше відомої як «Покращення доступу до психологічної терапії» (модель «Improving Access to Psychological Therapies» IAPT). Пізніше та ж сама модель лікування (IAPT) була прийнята в рамках програми Op Courage Служби психічного здоров'я ветеранів при Міністерстві охорони здоров'я Великої Британії. У статті Therapies (2012) повідомляється, що за показником зниження рівня тривоги та полегшення депресії модель IAPT має 83–86% невдач і високий коефіцієнт вибудуття пацієнтів.

Існують обґрунтовані нарікання на ефективність існуючої системи лікування у Великій Британії. Якщо ветеран з симптомами ПТСР звертається до спеціалізованої благодійної організації по допомозі, його просять в першу чергу повернутися до свого терапевта (лікаря загальної практики) і отримати направлення до військової програми OP Courage Міністерства охорони здоров'я. Ветеран проходить оцінювання, яке проводить медсестра з психічного здоров'я (не обов'язково кваліфікована з питань травми), після чого його направляють на когнітивно-поведінкову терапію для «управління» його симптомами (а не для лікування симптомів). Пацієнт проходить від 6 до 12 сеансів терапії, після чого його виписують незалежно від того, допомогло це чи ні. Якщо список очікування є довгим (наразі він становить 18 місяців), ветеран може повернутися до благодійної організації, до якої він звертався, і вони оплатять йому консультацію у терапевта, доступного в його місцевості, який не обов'язково є фахівцем з травми, оскільки таких у Великій Британії не так багато.<sup>60</sup> Однак, якщо випадок пацієнта вважатиметься надто складним, вони не зможуть йому/ї допомогти.

<sup>59</sup> У 2018 році NICE включив EMDR з переліку рекомендованих методів лікування учасників бойових дій через реактивацію ним травматичних станів, що призвело до зростання випадків кримінальної поведінки серед ветеранів та військовослужбовців.

<sup>60</sup> Згідно з Британською настановою з психологічної травми (2016), всі фахівці у Великій Британії, які працюють з травмою, повинні мати відповідну кваліфікацію: «ступінь магістра з психологічної травми або кандидата наук в цій галузі, аби мати акредитацію на проведення оцінки та надання лікування». Цей документ визначає три рівні компетентності тих, хто працює з жертвами травми, включаючи важливість «мати глибокі знання про існуючі науково обґрунтовані практики оцінки та лікування травматичного стресу». Асоціація клінічних психологів Великої Британії у своїх Стандартах психологічної реабілітації при тяжких травмах (2022) визначає, що «основними членами мультидисциплінарної команди (МДК) повинні бути клінічні психологи».

Лікування ПТСР в **Україні** узгоджується з міжнародно визнаними традиційними практиками, щоправда, наразі розробляються та випробовуються і нові методи. 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. Він розглядає особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в Україні з позиції забезпечення наступності/послідовності етапів медичної допомоги.<sup>61</sup> За своєю формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «**Методики розробки та провадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини**».

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), КТ, когнітивно-процесуальна терапія (КПрТ) та ТТЕ використовуються як методи першого вибору. Іншими методами є нарративна експозиційна терапія (НЕТ) та EMDR. Медикаментозне лікування базується на призначенні антидепресантів класу СІЗЗС.

## ДОВІДКОВО: ПАТАЛОГІЧНИЙ ТРИКУТНИК: ПТСР-ТРАВМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ-АЛКОГОЛІЗМ

Деякі дослідження, проведені в Україні з 2014 року, показують, що ветерани або особи, які перенесли травматичні події (наприклад, бойова травма або контузія), можуть мати вищий ризик розвитку ПТСР. Також спостерігається, що пацієнти з ПТСР можуть мати підвищену схильність до **зловживання алкоголем** у спробі впоратися зі своїми емоційними та психологічними труднощами<sup>62</sup>.

У період 2022–2023 вченими-психіатрами України фіксується багато випадків звернень за допомогою з боку військовослужбовців, що скаржаться на депресію, порушення сну, галюцинаторні переживання. Клінічні опитування виявили наявність ПТСР, контузій та залежність від алкоголю та наркотичних речовин. Цей феномен було визначено

проф.В.М.Пострелком як «патологічний трикутник». Втім, станом на серпень 2023 вичерпних статистичних даних про патологічний трикутник «ПТСР–контузія–алкоголізм» поки що немає.

Патологічний трикутник, що складається з посттравматичного стресового розладу (ПТСР), контузії (травматичної мозкової контузії) та алкоголізму, є своєрідним зв'язком між цими станами, які можуть впливати один на одного і загострювати симптоми кожного з них. Цей трикутник є складним та багатогранним, і його дослідження потребує комплексного аналізу даних та досліджень.

Лікування такого патологічного трикутника вимагає інтегрованого підходу та комплексного лікування, включаючи психотерапію для лікування ПТСР, а також відповідні програми реабілітації та підтримки для позбавлення алкогольної залежності. Раннє виявлення та своєчасне лікування кожного зі станів допомагає запобігти загостренню інших та покращити загальне психічне та фізичне здоров'я пацієнта. Втім, важливо зазначити, що не всі випадки ПТСР, контузії та алкоголізму пов'язані між собою, і кожен із цих станів може розвитися незалежно.

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ПТСР

- Нейрофідбек:** Цей метод використовує електроенцефалографію (ЕЕГ) або інші біологічні зворотні зв'язки для допомоги пацієнтам контролювати свою нейрофізіологічну активність та зменшувати симптоми ПТСР.
- Фармакотерапія:** Проводяться дослідження різних медикаментів на предмет їх застосовності при лікуванні ПТСР, включаючи нові підходи до застосування антидепресантів, анксиолітиків та інших препаратів.
- Психоделічна терапія:** Використання в лікуванні (переважно КПТ) психоделічних препаратів, таких як псилоцибін, МДМА, ЛСД та аяуска, для лікування психічних розладів.

<sup>61</sup> Вперше в розробці УКПМД брали участь представники різних міністерств та відомств, що дозволило погодити запровадження єдиних стандартизованих підходів та врахувати особливості надання медичної допомоги окремим групам/громадам у відповідності до законодавства України. УКПМД розроблений на основі **адаптованої клінічної настанови «Посттравматичний стресовий розлад»**.

<sup>62</sup> Люди, які страждають на ПТСР та алкоголізм, можуть опинитися у ситуації, яка вводить їх в оману: алкоголь може тимчасово полегшити деякі симптоми ПТСР, але в результаті посилює їх у тривалій перспективі. Подібні зв'язки між станами можуть призводити до хронічного та тяжкого патологічного стану.

В даний час найбільш перспективними методиками лікування ПТСР вважаються інтегративні підходи, які поєднують традиційні та експериментальні методи. Наприклад, комбінація КПТ і фармакотерапії може дати більш ефективні результати, ніж застосування одного з цих методів окремо. Також можливі нові підходи, що ґрунтуються на використанні технологій віртуальної реальності або штучного інтелекту для покращення результатів терапії.

## **ДОВІДКОВО: ТЕХНОЛОГІЇ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ ЯК ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ТЕРАПІЯ/ПІДТРИМКА НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПТСР В УКРАЇНІ**

З червня 2022 року група українських вчених-психіатрів Міжнародної академії екології та медицини України під керівництвом проф. Пострелка В.М. почали застосовувати методи гіпнотерапії із зачлененням окулярів віртуальної реальності. Для кожного пацієнта було розроблено індивідуальну програму реабілітації. Станом на серпень 2023р. обстеження та лікування пройшли 47 осіб (37 військовослужбовців і 10 цивільних). Методика лікування ще перебуває на етапі дослідження, однак попередні результати є позитивними (тестове лікування також було проведено для британських військових).

За результатами попередніх досліджень встановлено, що віртуальну реальність (VR) можна успішно використовувати для лікування тривожних розладів, включаючи фобії та посттравматичний стресовий розлад. Широкий діапазон інтенсивності специфічних ефектів дослідження вказує на високий потенціал VR, проте вказує і на необхідність більш глибокого дослідження відповідних рушійних механізмів. Враховуючи переваги впливу VR, слід наголосити на необхідності його поширення. Удосконалення технологій та процедур у майбутньому може мати найкращий ефект.

Попередні результати застосування методики показали її ефективність не тільки для лікування та реабілітації вже наявних психічних

розладів, а й їхньої профілактики шляхом зняття стресового навантаження, особливо у військовослужбовців, задіяних в операціях на передовій.

## **ПСИХОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПРИ ПТСР**

Психотерапія направлена на лікування ПТСР, тоді як психокорекція направлена на корекцію певної поведінки, що не відповідає оптимальній моделі поведінки. Втім, сучасний погляд психологів в Україні не має чіткого розмежування між поняттями психотерапія та психокорекція. Через це виникає проблема, коли одні люди розуміють психокорекцію як комплекс заходів для лікування/реабілітації людини, а інші — як комплекс заходів для корекції поведінки здоровової людини<sup>63</sup>.

Психологічна корекція (психокорекція) при ПТСР співпадає з процесом психотерапії при ПТСР і використовує ті самі методики, що і психотерапія при ПТСР (КПТ, EMDR<sup>64</sup>, Експозиційна терапія). У випадку з ветеранами психокорекцію можна застосовувати для корекції поведінки після лікування ПТСР, а також під час лікування ПТСР для покращення результатів психотерапії.

Психокорекцію при ПТСР можна направити на такі аспекти поведінки ветеранів:

- Корекція відношення до інших (агресивність по відношенню до інших, проблеми з емпатією, здатність до емпатії і розумінню стану цивільних);
- Корекція системи цінностей (досягнення раціонального погляду на свій психофізіологічний стан та особистісні потреби і можливості);
- Корекція відношення до себе, концепції «Я» (об'єктивна оцінка себе і свого стану);
- Отримання навичок соціалізації;
- Корекція саморуйнівної поведінки.

<sup>63</sup> На даному етапі дослідження цієї теми психокорекція майже ототожнюється з психотерапією, через що окремих досліджень в сфері психокорекції ПТСР майже немає, а ті, що є, досить часто противічають одне одному. В той же час в закордонній науковій літературі питання психокорекції ПТСР не підіймається в іншому контексті, окрім як в контексті психотерапії, а сама психокорекція частіше називається психологічною інтервенцією/втручанням (Psychological intervention) і вважається будь-яким немедикаментозним втручанням, хоча насправді не має навіть чіткого визначення і трактується так само як і психотерапія.

<sup>64</sup> Так, EMDR можна умовно назвати технікою терапії при ПТСР легкого ступеню, бо найбільш поширеним його застосуванням є випадки, коли людина бачить неприємний образ або картинку, яка періодично спливає — тоді ми використовуємо EMDR для полегшення відчуттів від цього образу. Проте, цей метод має низку протипоказань (контузія, ЧМТ, баро-акустична травма, епілепсія), і не застосовується у випадках, коли спогад сам по собі є корисним для мозку.

## ► Проблеми діагностики та лікування ПТСР в Україні

Діагностика та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в Україні супроводжуються низкою труднощів, які можуть ускладнювати ефективне надання допомоги пацієнтам.

Деякі з цих проблем включають:

- 1. Недостатня освіта фахівців:** низька якість освіти та недостатня підготовка медичних та психотерапевтичних фахівців в питаннях діагностики та лікування ПТСР може призвести до недіагностованих випадків та неналежного лікування.
- 2. Складнощі при діагностиці:** діагностика ПТСР може бути складною, оскільки деякі його симптоми можуть перетинатись з симптомами інших психічних розладів. Це може призвести до неправильної діагностики або затримки у лікуванні.
- 3. Заперечення проблеми:** деякі пацієнти можуть заперечувати наявність проблеми або соромитися звернутися по допомозу через упередження навколо психічних розладів. Це може спричинити затримку у діагностуванні та лікуванні.
- 4. Недостатнє розуміння суспільством:** нерозуміння суспільством феномену ПТСР та психічного здоров'я в цілому може призвести до недостатньої підтримки, а також до відмови від звернення до психотерапевта. Дехто може вважати, що ПТСР — це слабкість, або що з ним можна впоратися самостійно.
- 5. Обмежена доступність психотерапевтичної допомоги:** у деяких регіонах чи серед деяких соціальних груп доступ до кваліфікованих психотерапевтів може бути обмеженим, що становить суттєвий виклик на шляху до лікування ПТСР.
- 6. Недостатнє фінансування охорони здоров'я:** недостатнє фінансування сфери охорони здоров'я може знижувати доступність та якість психотерапевтичної допомоги для пацієнтів з ПТСР.
- 7. Недотримання терапевтичного процесу:** деякі пацієнти можуть припинити лікування на ранніх стадіях або не дотримуватись рекомендацій фахівців, що може знизити ефективність терапії.
- 8. Стигматизація травми та культурні відмінності:** у деяких культурах звернення за психотерапевтичною допомогою чи визнання психічних проблем вважається табу чи стигматизується. Це може привести до відмови від отримання допомоги та загальної низької культури звернення по психотерапевтичну допомогу в деяких суспільствах.
- 9. Специфічні виклики, з якими стикаються ветерани та військовослужбовці:** люди, які служили в армії або були учасниками збройних конфліктів, можуть зіткнутися з додатковими викликами, пов'язаними з діагностуванням та лікуванням ПТСР. Деякі з них можуть боятися «тавра» або потенційних наслідків для їхньої служби, що ускладнює прийняття рішення про звернення по допомозу.
- 10. Коморбідність з іншими психічними розладами:** у пацієнтів з ПТСР часто спостерігаються супутні психічні проблеми, такі як депресія, тривожні розлади або зловживання психоактивними речовинами. Це ускладнює діагностику та потребує комплексного лікування.
- 11. Втрата доступу до терапії:** у деяких випадках зміни в страхових системах, географічна віддаленість від фахівців або інші обставини можуть призвести до втрати доступу до психотерапії або припинення лікування.
- 12. Складнощі у застосуванні терапії до дітей:** діагностика та лікування ПТСР у дітей може бути особливо складною, оскільки його симптоми та прояви у дітей можуть відрізнятися від симптомів і проявів у дорослих. Крім того, втручання у психічний світ дитини потребує спеціальних навичок та підходів.
- 13. Тривалість терапії та відносна ефективність:** лікування ПТСР може вимагати тривалого часу, а його результати можуть бути різними для різних пацієнтів. Деякі пацієнти можуть відчувати здивування або розчарування, якщо не бачать негайного покращення або не одержують очікуваних результатів.
- 14. Некваліфіковані спеціалісти.** Деякі особи, сертифіковані на ведення психотерапевтичної діяльності за конкретною методикою, не мають базової медичної та профільної клінічної психологічної освіти, що в свою чергу може значно погіршити стан пацієнта і викликати недовіру суспільства до всієї спільноти фахівців.

## ЗАХОДИ З ПІДТРИМКИ СТІЙКОСТІ ДО ТА ПІСЛЯ КРИЗОВОЇ ПОДІЇ (ДОСВІД ІЗРАЇЛЮ)

Однією з найбільших проблем для країни, що тривалий час перебуває у важкій надзвичайній ситуації, такій як нинішнє вторгнення Росії в Україну або нескінченні хвилі терористичних атак в Ізраїлі, є розрив між величезними, виявленими і зростаючими потребами в психоціальних ресурсах і їхнім реальним рівнем забезпеченості.

Досвід Ізраїлю, а також міжнародний досвід показує, що після потенційно травмуючих подій, якими б болісними і приголомшливиими вони не були, більшість людей з часом відновлюють свою психічну рівновагу природним шляхом, спираючись на базову підтримку близьких і вроджені ресурси на подолання криз. Розвинення посттравматичного стресового розладу або інших психічних та емоційних розладів є крайньою реакцією, і ризик її прояву можна значно знизити та мінімізувати, якщо всі, хто контактує з людьми, які пережили потенційно травматичну подію, володіти мутуть інструментами та навичками надання ефективної підтримки вже на початкових етапах. Таким чином, переважна більшість людей, які пережили травму, не потребуватимуть професійного втручання фахівців з питань психічного здоров'я на більш пізніх стадіях.

Для задоволення потреб такого масштабу та інтенсивності серед найширших верств

населення та осіб, що постраждали від війни<sup>65</sup>, потрібен цілісний, практичний, інклюзивний (недискримінаційний) та інноваційний підхід до питань психосоціальної підтримки та охорони психічного здоров'я.

Виходячи з практичного досвіду Ізраїлю, найбільш життєздатним і ефективним підходом є створення широкої мережі нестигматизованої психосоціальної підтримки на місцях, на рівні громад. Психологічна освіта та навчання всіх, хто може допомогти іншим (не лише фахівців у сфері психічного здоров'я, а й вчителів та працівників служб зайнятості, медсестер та волонтерів, поліцейських та батьків, соціальних працівників та працівників пошти — усіх, чия робота пов'язана із взаємодією з людьми та сім'ями), є запорукою більш успішної та швидкої реабілітації та повернення до нормального життя як окремих осіб і їх сімей, так і цілих громад, які пережили травматичні події.

Для зменшення кількості людей, які в подальшому потребуватимуть професійної психіатричної допомоги, Ізраїль використовує концепцію часової шкали, що починається з моменту події, яка може стати травматичною. На кожному проміжку часу, протягом якого можуть розвиватися посттравматичні та інші види розладів, використовуються різні інструменти для зниження рівня травматизації та/або для короткострокової травмофокусованої психотерапії (наприклад, ТФ КПТ та ін.).



**Малюнок 1: Екосистема психосоціальної підтримки. Джерело: Ізраїльська коаліція травми**

<sup>65</sup> Цілі громади, що були переміщені і тепер повертаються додому; демобілізовані та поранені солдати, які повертаються до своїх громад; сім'ї, що втратили своїх близьких; сім'ї, які втратили свої будинки та бізнес; жертви сексуального насильства та згвалтування; діти-сироти та багато інших.



**Малюнок 2: Потреби, інструменти та підтримка.** Джерело: Ізраїльська коаліція травми

Коли психосоціальна та емоційна підтримка надходить зсередини самої громади, це сприяє розвитку механізмів подолання як на індивідуальному рівні, так і на рівні громади, знижуючи ризик розвитку посттравматичного стресового розладу та вивільняючи фахівців у сфері психічного здоров'я для виконання більш складних завдань і роботи з випадками психопатології та ПТСР.

Основні принципи ізраїльського підходу до профілактики та пом'якшення наслідків посттравматичних розладів, а також до розвитку стійкості на рівні індивіда, сім'ї, громади та всієї нації:

1. Кожного можна навчити допомагати іншому.
2. Використання недискримінаційної мови та інструментів, які дозволяють уникнути стигматизації.
3. Застосування цілісного підходу, що охоплює індивіда, сім'ю, громаду та суспільство.
4. Виявлення та відпрацювання всіх сфер вразливості.
5. Створення «першої лінії оборони» у складі тих, хто здатен надати емоційну підтримку.
6. Надання пріоритету благополуччу та підтримці тих, хто надає допомогу.
7. Впровадження каскадної моделі, яка передбачає навчання людей так, аби вони самі могли навчати інших.

## ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ (ПТЗ)

Посттравматичне зростання (ПТЗ) — це феномен (особистісного) зростання після травми або важких випробувань.

ПТЗ може проявлятися через посилене усвідомлення ціності життя, відчуття особистої сили та розуміння себе, а також оновлене розуміння близьких стосунків. Було виявлено, що ПТЗ має вплив на психологічні наслідки, причому в кількох дослідженнях повідомляється про зворотню залежність між високим рівнем ПТЗ і зменшенням симптомів ПТСР. Крім того, досвід ПТЗ, про який повідомляють самі пацієнти, супроводжується покращенням ставлення до власного здоров'я, наприклад, зменшенням вживання наркотичних речовин та алкоголю. Втім, оскільки деякі дослідження вказують на позитивний зв'язок між ПТЗ і симптомами ПТСР, інші — про відсутність будь-якого зв'язку між ПТСР і покращенням самопочуття, питання впливу ПТЗ на адаптацію залишається неясним. Тим не менше, наведені нижче сфери вважаються такими, що дозволяють людині рухатися в напрямку посттравматичного зростання після події.

1. **Нове усвідомлення можливостей після травми.** Травма і втрата потрясають нас до глибини душі і кидають нам виклик у спосіб, який ми навіть уявити собі не могли. Як наслідок, багато людей, що пережили травму, починають бачити нові можливості в житті і відкривати двері таких нових можливостей.

## **2. Нове усвідомлення цінності відносин.**

Процес подолання травми передбачає перебування у відносинах з іншими — друзями, сім'єю, терапевтами, групами підтримки тощо. Як люди, ми нейробіологічно налаштовані регулювати свої емоції через відносини з іншими. Досвід прийняття підтримки (від інших) після травми змінює ці зв'язки і допомагає нам пам'ятати, наскільки вони важливі.

## **3. Нове відчуття власної сили.**

Пережити травму і звернутися по допомогу, аби впоратися з її наслідками, вимагає неймовірної сили. Люди, які пережили травму, поміж інших сильних сторін демонструють надзвичайну мужність, стійкість, вразливість, довіру, надію та співчуття. Коли приголомшуюче потрясіння змушує нас застосувати всі сильні сторони, які ми маємо (і часто розвинути нові), ми набагато краще усвідомлюємо, що вони стануть нам у нагоді у майбутньому. «Якщо я пережив таку травму, то зможу пережити будь-що».

## **4. Більш глибоке усвідомлення цінності життя.**

Травма за своєю природою загрожує нашій безпеці, захищеності, а часто й життю. Травми і втрати нагадують нам, наскільки цінним є життя і наскільки крихким воно може бути. Це може допомогти нам побачити цілісну картину і переглянути наші життєві пріоритети.

## **5. Поглиблення духовних/релігійних поглядів.**

Оскільки травма часто переживається через стосунки і за участі інших людей, багато з них, хто пережив травму, звертаються до духовності чи релігії за силою, надією та натхненням. Травма — це екзистенційна криза, яка спонукає нас шукати її сенс, часто через духовні, релігійні чи екзистенційні системи переконань.

Ці п'ять сфер посттравматичного зростання іноді спрощуються до трьох категорій: **1) Якість життя, 2) Сприйняття себе та 3) Досвід стосунків з іншими людьми.**

Забезпечення своєчасного, належного та ефективного лікування та функціонування узгоджених мереж підтримки у складі організацій, постачальників та користувачів послуг, має вирішальне значення для благополуччя військовослужбовців та ветеранів, що, як показує практика, у більшості випадків сприяє ПТЗ.

## **ДЕКОМПРЕСІЯ**

Моделі декомпресії вже давно використовуються у військовому середовищі, особливо під час війни. Теорія декомпресії бере свій початок з конфлікту у В'єтнамі, коли військовослужбовцям потрібно було пройти період психологічної адаптації перед поверненням додому або на фронт. За словами майора Мері Райлі, офіцера Сил оборони Австралії, декомпресія повинна відбуватися в «третьому місці», яке не є ані театром бойових дій, ані дном — для відпочинку у колі бойових товаришів, які пережили те ж саме. Огляд літератури підтверджує сказане: моральний дух і ефективність військовослужбовців залежать від їхньої приналежності до згуртованої соціальної групи, а отже, важливо забезпечити, аби реінтеграція в суспільство відбувалася в тій самій соціальній групі, в якій відбувалася військова служба/бойові дії<sup>66</sup>.

### **Велика Британія**

Після Фолклендської війни 1982 року військовослужбовці Сполученого Королівства поверталися зі своїх місць дислокації одним із двох способів: виключно морем або комбінованими морськими і повітряними маршрутами. Ті, хто повертається морем, їхали на тиждень довше, ніж ті, хто використовував комбінацію морських та повітряних видів транспорту. Згідно з повідомленнями в пресі тих часів, ті військовослужбовці, хто довше добиралися додому, мали кращі показники психологічного стану, ніж ті, хто долав шлях додому швидше. Втім, дані, які б підтверджували це твердження, ніколи не були опубліковані, тому в цьому відношенні ця історія стала легендою і широко цитується на підтримку необхідності надання часу на декомпресію в період між перебуванням в зоні бойових дій і поверненням додому.

Під час конфліктів в Іраку та Афганістані Велика Британія встановила чіткі параметри декомпресії для своїх військ, опублікувавши «Правила внутрішнього розпорядку» (Standing Orders), які визначали саму концепцію та важливість декомпресії, і яка була обов'язковою для всіх, у звіті під назвою «Управління післяопераційним стресом на суші (POSM)».

● **«Концепція декомпресії.** Декомпресія — це захід для відновлення. Це процес, за допомогою якого особовий склад, який призначається на завдання разом, проходить первинне відновлення також разом. Він має на меті помістити військовослужбовців

<sup>66</sup> Grinker RR, Spiegel, JP Motivation for combat-morale. In: Men under Stress. Edited by Grinker RR, Spiegel, JP Philadelphia, PA, Blakiston, 1945.

у формальне, структуроване і контролюване середовище, в якому вони можуть **відпочити, розслабитися і зібратись з думками** по завершенні оперативного призначення; у такий спосіб військові починають пристосовуватися до нормального і рутинного середовища мирного часу. Це дає можливість особовому складу почати раціоналізувати свій досвід і вписати його в контекст.

- **Декомпресія** має відбуватися у формальному, структурованому та контролюваному середовищі подалі від зони бойових дій безпосередньо перед поверненням на місце основного базування. Тут особовому складу надається місце, де вони можуть **відпочити, розслабитися і зібратись з думками**, перш ніж повернутися до нормального, рутинного, домашнього середовища. Зазвичай це має відбуватися разом з тими, з ким вони служили.
- Декомпресія є **обов'язковою** для всього особового складу, який служить щонайменше 31 день поспіль в зоні бойових дій, щодо якої проведення декомпресії було визнано необхідним.

Відповідальність за його проведення покладалася на командувачів фронту, які зберігають повне командування своїм особовим складом під час їхньої участі в операціях.<sup>67</sup>

### Сполучені Штати

Щоб скористатися потенційними перевагами декомпресії у поєднанні з іншими методами підтримки, в липні 2010 року на авіабазі Рамштайн в Німеччині ВПС США створили Центр перехідного базування (ЦПБ). ЦПБ надав пілотам, які повертаються з бойових завдань, можливість пройти декомпресію і обмінятись досвідом перед поверненням до місця постійного базування. Огляд моделі декомпресії наведено нижче:

«На жаль, багато програм декомпресії, що впроваджуються з добрими намірами і користуються популярністю, виявляються неефективними. Багато в чому вся історія профілактичних заходів з підтримки психічного здоров'я у підсумку має ті ж самі результати. Вийти на потрібних людей у потрібний час за потрібною інтервенцією, аби

запобігти негативним наслідкам травматичного впливу, виявилося надзвичайно складно. З огляду на ці виклики, не дивно, що зовсім небагато програм превентивної декомпресії після демобілізації виявилися дієвими в питаннях профілактики пост-травматичного стресового розладу, депресії, алкоголізму та соціальних конфліктів. Однак ці оцінки надають ключ до постійного вдосконалення існуючих або розробки нових програм, які зможуть покращити стан тих, хто служить своїй країні у складних або небезпечних умовах».<sup>68</sup>

Хоча не існує єдиного визначення того, що ж саме допомагає тим, хто проходить декомпресію, є кілька важливих моментів, почертнутих з наявної літератури, які слід враховувати.

Програми декомпресії мають:

1. Бути структурованими, обмеженими в часі та відбуватись у неформальному середовищі.
2. Проводитись у безпечному середовищі в хороших і комфортних житлових умовах.
3. Проводитись у «третьому місці»: цього можна досягти, провівши певний час у транзитному пункті на шляху додому або, можливо, обравши довший маршрут для повернення до місця постійного базування.
4. Відбуватись у товаристві тих, хто пережив те ж саме і хто був бойовим товаришем на лінії фронту.
5. Забезпечити відпочинок, відновлення, реабілітацію та оцінку стану тих, хто брав участь у високоінтенсивних операціях.

Враховуючи недостатність знань про баланс ризиків і переваг, а також відсутність будь-яких достовірних доказів того, що декомпресія позитивно впливає на покращення психічного стану або, навпаки, що відсутність декомпресії призводить до протилежних наслідків, дослідження показали, що рішення про декомпресію має залишатись в площині здорового глузду і розсудливості (Hacker Hughes et al., 2008). Якщо декомпресія органічно вписується в життєдіяльність (військового) підрозділу, вона дійсно може принести певні переваги. Якщо ж декомпресія нав'язується без обґрунтованої мети, вона ризикує призвести до протилежних наслідків.<sup>69</sup>

<sup>67</sup> [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/428920/LFSO\\_3209\\_Redacted.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/428920/LFSO_3209_Redacted.pdf)

<sup>68</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5644773/>

<sup>69</sup> Hacker Hughes et al (2008), The Use of Psychological Decompression in Military Operational Environments, Military Medicine, Vol 173, Issue 6. <https://academic.oup.com/milmed/article/173/6/534/4557676>

## VII. ІНСТИТУЦІЙНА БАЗА (ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ТА КООРДИНАЦІЯ)

Оскільки після звільнення з військової служби ветерани стають цивільними особами, всі їхні подальші справи переходят до компетенції цивільних міністерств — Міністерства у справах ветеранів (Мінветеранів), Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), Міністерства соціальної політики (МСП), Національної служби здоров'я України (НСЗУ).

**Міністерство у справах ветеранів України** є центральним органом виконавчої влади, відповідальним за формування та реалізацію політики у сфері соціального захисту ветеранів війни (у тому числі учасників Революції Гідності 2014 року), членів їхніх сімей та сімей, члени яких загинули під час бойових дій.<sup>70</sup> Міністерство відповідає за соціальний захист (психологічну реабілітацію), соціальну та професійну адаптацію, працевлаштування, оздоровлення та забезпечення житлом. У сфері психологічного здоров'я Міністерство відповідає за захист прав ветеранів та їхніх сімей на медичну допомогу. З питань профілактики, лікування та реабілітації Міністерство повинно діяти у співпраці з Міністерством охорони здоров'я України. Воно також відповідає за ведення Єдиного державного реєстру ветеранів.

**Міністерство охорони здоров'я України** є центральним органом виконавчої влади, що відповідає за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, в якій охорона здоров'я ветеранів є невд'ємно складовою.<sup>71</sup>

**Національна служба здоров'я України** відповідає за державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення відповідно до програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Її діяльність координується Кабінетом Міністрів України через Міністерство охорони здоров'я України.<sup>72</sup>

**Міністерство соціальної політики України** відповідає за формування та реалізацію державної політики у сфері соціального захисту населення, зокрема, соціальної та професійної адаптації військовослужбовців та ветеранів війни (одноразова матеріальна допомога).<sup>73</sup>

Як видно з короткого опису функцій, Міністерство ветеранів є головним органом у справах ветеранів, однак у медичних питаннях він повинен координувати свою політику з політикою МОЗ. У розпорядженні Міністерства ветеранів є 5 реабілітаційних центрів, але воно не має повноважень ані займатися медичною складовою, ані відповідати за комплексний медико-реабілітаційний процес ветерана. Такий розподіл функцій дуже нагадує систему медичного обслуговування ветеранів, яка існує у Великій Британії, де процес лікування ветеранів визначається Національною службою охорони здоров'я (NHS). В Ізраїлі основною рушійною силою у вирішенні питань якості життя та реабілітації ветеранів є Міністерство оборони. Це відрізняється від американської моделі, де Міністерство у справах ветеранів у своєму веденні має **Національний центр ПТСР** і загальнонаціональну мережу центрів політравми.

Виділення окремої лінії для медичного обслуговування ветеранів є дискусійним питанням. З одного боку, виокремлення ветеранів в окрему категорію може спровокувати критику щодо дискримінації в правах.<sup>74</sup> З іншого боку, практика роботи з ветеранами через НСОЗ у Великій Британії була розкритикованою самими ветеранами, які не відчували розуміння специфіки травм, пов'язаних з бойовими діями, з боку медичного персоналу, з яким їм доводилося мати справу. Враховуючи кількість потенційних ветеранів та членів їхніх сімей в Україні, доцільно розглянути варіант передачі всіх питань у справах ветеранів під відповідальність Міністерства ветеранів, яке повинно

<sup>70</sup> Постанова Кабінету Міністрів України № 1175 від 27 грудня 1998 року (зі змінами, внесеними Постановою № 276 від 15 квітня 2020 року).

<sup>71</sup> Постанова Кабінету Міністрів України № 1175 від 25 березня 2015 року (зі змінами, внесеними Постановою № 90 від 24 січня 2020 року).

<sup>72</sup> Положення про Національну службу здоров'я України № 1101 від 27 грудня 2017 року.

<sup>73</sup> Постанова Кабінету Міністрів України № 423 від 17 червня 2015 року.

<sup>74</sup> У 2020 році Європейська комісія розкритикувала Боснію і Герцеговину за надання переваги ветеранам перед іншими особами з інвалідністю. «Боснія і Герцеговина не має уніфікованого визначення інвалідності, а також бази даних осіб з інвалідністю. Надання підтримки є обмеженим і варіюється залежно від походження інвалідності, оскільки особи з інвалідністю, що виникла внаслідок війни (ветерани війни та цивільні жертви війни), користуються пріоритетом перед іншими особами з інвалідністю. Такий дискримінаційний підхід за ознакою статусу має бути припинено».

тісніше співпрацювати з Міністерством оборони (за моделлю США).

Українські ветерани, опитані GLOBSEC, майже одностайно відзначили потребу у посиленні лідерської ролі Мінветеранів як у формуванні і просуванні політики у справах ветеранів, так і у налагодженні комунікації між міністерствами. На сьогоднішній день справляється враження, що різні ветеранські об'єднання у своїх ініціативах прагнуть до співпраці з різними державними установами, причому не обов'язково з Мінветеранів. Ті, хто співпрацює з МОЗ, Мінсоцполітики або НСЗУ, пояснили свій вибір тим, що «ця установа більше відгукується на наші ініціативи». Однак, з огляду на характер компетенцій, було б доцільно посилити повноваження вектору «МОЗ–Мінветеранів» у веденні справ ветеранів.

Плутаниця щодо розподілу компетенцій посилюється через появу протягом останнього року величезної кількості координаційних міжвідомчих мереж з питань психічного здоров'я:

## **1) Міжвідомча координаційна рада (МКР) з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок агресії РФ проти України**

Створена Постановою Кабінету Міністрів України № 539 від 7 травня 2022 року, МКР є платформою для прийняття рішень, пов'язаних з розробкою та реалізацією Української програми з питань психічного здоров'я. Раду очолює Віце-прем'єр-міністр України з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій Ірина Верещук. Пропозиції та рекомендації Міжвідомчої координаційної ради можуть бути ухвалені рішенням Кабінету Міністрів України. Організаційне, інформаційне та матеріально-технічне забезпечення діяльності Міжвідомчої координаційної ради здійснює Міністерство охорони здоров'я.

У травні 2023 року МОЗ, МОУ, Мінветеранів, МСПУ, Міністерство освіти і науки (МОНУ), Міністерство внутрішніх справ (МВС) та Міністерство молоді

Установа	Пріоритетний напрямок	Суть діяльності
МОЗУ	Охорона психічного здоров'я в структурі медичної допомоги	Підвищити спроможність первинної та спеціалізованої медичної допомоги надавати доступні, своєчасні, якісні та безоплатні послуги з охорони психічного здоров'я всім, хто їх потребує.
МОУ	Відновлення: Створення системи психологічної реабілітації особового складу Збройних Сил України	Має на меті забезпечити психологічну реабілітацію військовослужбовців та членів їхніх сімей, а також тих, кого було звільнено з полону, в тому числі шляхом створення спеціалізованих центрів.
Мінветеранів	Перехід від військової служби до цивільного життя (з точки зору психологічної допомоги)	Включає впровадження цифрового рішення (створення мобільного додатку) для підтримки ветеранів та їхніх родин на етапі повернення до цивільного життя.
МСПУ	Створення Центрів стійкості в Україні	Спрямована на надання психосоціальної підтримки мешканцям громад, фахівцям першої лінії надання допомоги та волонтерам.
МОНУ	Психосоціальна підтримка та психологічна допомога на всіх рівнях освіти	Передбачає впровадження навичок психологічної стійкості на всіх рівнях освіти — від дошкільної до вищої. Також планується реформа психологічної служби в системі освіти.
МВСУ	Психологічна допомога у кризових ситуаціях та підтримка осіб у надзвичайних ситуаціях	Розробка алгоритму надання кризової психологічної допомоги та підтримки особам у надзвичайних ситуаціях. Цей алгоритм передбачатиме залучення фахівців з різних сфер (соціальної, освітньої, медичної тощо) та враховуватиме потребу в постійній підтримці безпосередньо на етапі після події, забезпечуючи належний супровід та допомогу.
ММСУ	Молодіжні центри та парки активного відпочинку — Частина екосистеми психічного здоров'я	Однією із складових є надання послуг психологічної підтримки дорослим, дітям та підліткам через платформу «СпівДія»

та спорту (Мінмолодьспорт), які є членами МКР, представили **сім різних проектів**, спрямованих на відновлення психічного здоров'я громадян України.Хоча проекти відрізняються за своїми фокус-групами, вони тим не менш певною мірою перетинаються один з одним.

## **2) Координаційний центр з психічного здоров'я (КЦПЗ) при Кабінеті Міністрів України**

Центр було створено **Постановою** Кабінету Міністрів України № 301 від 30 березня 2023 року з метою координації зусиль та сприяння взаємодії між міністерствами, установами, організаціями, органами місцевого самоврядування, організаціями неурядового сектору, міжнародними партнерами і донорами, представниками експертного та наукового середовища у розробці та реалізації Програми охорони ментального здоров'я населення України «Ти як?», ініційованої Першою леді України Оленою Зеленською. Очолює КЦПЗ Оксана Збітнєва, виконавча директорка громадської організації «Безбар'єрність». Пропозиції та рекомендації Центру мають консультативний характер. Діяльність КЦПЗ підтримується за рахунок позабюджетного фінансування.

## **3) Мережа центрів підтримки цивільного населення (ЦПЦН) при обласних державних (військових) адміністраціях**

Уряд прийняв **Постанову** № 470 від 9 травня 2023 року «Про координаційні центри підтримки цивільного населення» та затвердив відповідне Типове положення. Метою центрів є забезпечення ефективної взаємодії та координації між органами виконавчої влади, правоохоронними та іншими державними органами, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями та створення ефективного механізму управління місцевими потребами, ресурсами та послугами, включаючи забезпечення житлом та сприяння працевлаштуванню постраждалого населення, а також надання психосоціальної, медичної та правової допомоги. Формально центри підтримки цивільного населення створюються при обласних державних (військових) адміністраціях,<sup>75</sup> але про свою діяльність вони звітують перед Кабінетом Міністрів України через Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій (під керівництвом Віце-прем'єр-міністра Ірини Верещук). Організаційне та фінансове забезпечення діяльності ЦПЦН здійснюється обласними державними (військовими) адміністраціями.

На практиці рішення уряду про створення ЦПЦН при обласних адміністраціях зустріло неоднозначну реакцію на місцевому рівні. Схвалюючи саму ініціативу приділити увагу специфічним потребам постраждалого населення (у тому числі психологічному здоров'ю), чимало адміністрацій скаржилися на брак відповідних фінансових ресурсів та професіоналів/фахівців, які могли б надавати відповідні послуги (особливо у сфері психіатричної допомоги).

З аналізу повноважень, наданих МКР, КЦПЗ та ЦПЦН, ризик потенційної плутанини щодо їх повноважень та взаємодії між собою стає очевидним:

- 1.** Програма охорони ментального здоров'я населення «Ти як?», ініційована Першою леді України пані Оленою Зеленською, є всеохоплюючою програмою з питань психічного здоров'я в Україні, але рішення КЦПЗ мають лише консультативний/рекомендаційний характер. Сполучною ланкою тут виступає МОЗ України, оськільки голову КЦПЗ призначає Міністр охорони здоров'я.
- 2.** МКР є колегіальним урядовим органом при ВПМ з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій, де МОЗ є рівноправним з іншими міністерствами, однак відповідає за організаційне та матеріальне забезпечення діяльності МКР.
- 3.** Функції та компетенції МКР та КЦПЗ є дуже схожими з тією лише різницею, що діяльність КЦПЗ спрямована на реалізацію Української програми охорони ментального здоров'я «Ти як?».
- 4.** ЦПЦН мають ті ж повноваження, що і МКР, але на регіональному та місцевому рівнях, де їхня діяльність здійснюється в рамках обласних державних (військових) адміністрацій, підпорядкованих Президенту України.
- 5.** Усі ці структури повністю відкриті до співпраці з громадськими об'єднаннями, громадянським суспільством та ветеранськими спілками, але останні вважають, що їм дуже складно зрозуміти, «хто є головним», і описують весь процес співпраці з урядом як досить хаотичний. Усі респонденти GLOBSEC були одностайні в думці, що «на національному рівні має бути налагоджено чіткий і зрозумілий механізм координації з одним органом, який відповідатиме за весь процес».

<sup>75</sup> Які в умовах воєнного стану підпорядковуються безпосередньо Президенту України

Крім того, як видно з самої інфраструктури, фізичне та психологічне здоров'я ветеранів/ колишніх військовослужбовців не є окремими питаннями — вони об'єднані в рамках запропонованої спільної політики у сфері психічного здоров'я як на національному, так і на регіональному рівнях. Нинішню ініціативу Мінвeterанів

щодо створення інституту «Асистент ветерана»<sup>76</sup> в кожній місцевій територіальній громаді можна розглядати як корисний, але недостатній інтерфейс між ветераном і системою медико-соціальної допомоги. Однак наразі незрозуміло, як цей новий елемент інфраструктури впишеться в існуючі координаційні мережі.

---

<sup>76</sup> Особа, яка допомагатиме ветерану адаптуватися до мирного життя після демобілізації

## VIII. ОЦІНКА РЕСУРСІВ (ПРОФЕСІЙНИХ, ІНФРАСТРУКТУРНИХ, ФІНАНСОВИХ, ВКЛЮЧАЮЧИ ДОНОРСЬКУ ДОПОМОГУ)

За нинішньої ситуації оцінити ефективність урядових планів щодо створення цілісної системи медичних та реабілітаційних центрів, що спеціалізуються на травмах, а також перспективні потреби в ресурсах (медичному персоналі, інфраструктурі та фінансовій підтримці) досить важко. Крім того, в умовах воєнного стану в Україні багато інформації залишається недоступною у відкритому інформаційному просторі.

### РЕСУРСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ 1. ЛІКАРІ ТА ФАХІВЦІ

В Україні є певна кількість кваліфікованих лікарів, психіатрів і психотерапевтів, які спеціалізуються на лікуванні військовослужбовців та осіб, які страждають на ПТСР. Однак доступність фахівців може бути обмеженою, особливо в деяких регіонах країни. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) повідомляє, що станом на серпень 2023 року в електронній системі охорони здоров'я України було зареєстровано 4095 психіатрів, 1067 психологів та 473 психотерапевти по всій країні.<sup>77</sup> Їх розподіл по регіонах не є рівномірним, і найбільш укомплектованими є Київ, Львів, Дніпро, Харків, Одеса та Полтава (див. відповідну діаграму на наступній сторінці).

Враховуючи прогнозну кількість населення України, що потенційно може мати проблеми з психічним здоров'ям, за оцінками українських медичних експертів, опитаних GLOBSEC, Україні необхідно збільшити кількість наявних спеціалістів, щонайменш, вдвічі.

З початку повномасштабного вторгнення практично всі члени наукових, науково-практических та практичних психологічних асоціацій, кафедр, лабораторій, служб, закладів освіти і приватних центрів активно займаються волонтерською психологічною допомогою та засвоюють нові необхідні знання та навички. Одна з основних проблем, що суттєво позначається на їхній роботі, полягає в тому, що до початку війни в Україні не було достатньої кількості підготовлених

кадрів для роботи з травмами війни, і всі спеціалісти були змушені здобувати необхідні знання та кваліфікацію в дуже стислі терміни. Доступ до відповідних освітніх програм та тренінгів був обмежений (з причин недостатності відповідних навчальних курсів в Україні та обмежених знань в сфері військової психології, а також просто через незнання англійської мови для доступу до міжнародних курсів).

На сьогоднішній день на якість та доступність послуг з охорони психічного здоров'я в Україні впливають різні фактори, основними з яких є:

- відсутність психологів у військових підрозділах і госпіталях;
- відсутність необхідних знань та навичок у фахівців;
- неналежне використання психологічних протоколів фахівцями;
- нестача психологів у госпіталях;
- відсутність координованості при передачі пацієнтів між військовими медичними частинами (батальйонами) / шпиталями / цивільними медичними закладами / реабілітаційними центрами / сімейними лікарнями / центрами соціальної підтримки.

Нестача фахівців також пояснюється тим фактом, що 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).

Ще однією серйозною проблемою, пов'язаною з якістю надаваних послуг, є «мода на психологів» у воєнний час, яка сьогодні широко

<sup>77</sup> Ті медичні заклади, які офіційно уклали договори з НСЗУ.

## Фаховий персонал в сфері охорони психічного здоров'я України (станом на 2023)

Область	Надавачі послуг за договором			Надавачі послуг за договорами про надання пакету послуг з охорони психічного здоров'я		
	Кількість штатних лікарів-психіатрів	Кількість штатних лікарів-психологів	Кількість штатних лікарів-психотерапевтів	Кількість штатних лікарів-психіатрів	Кількість штатних лікарів-психологів	Кількість штатних лікарів-психотерапевтів
Вінницька	91	53	5	72	28	2
Волинська	70	11	7	53	4	5
Дніпропетровська	189	49	31	139	23	11
Донецька	71	33	9	33	1	3
Житомирська	68	49	5	42	10	3
Закарпатська	62	20	11	39	4	2
Запорізька	80	30	11	42	19	1
Івано-Франківська	87	34	11	73	13	7
Київська	90	34	1	60	8	1
Кіровоградська	59	32	10	45	9	5
Луганська	50	11	6	0	0	0
Львівська	210	30	33	188	13	23
Миколаївська	40	13	8	31	8	5
м. Київ	239	92	28	195	17	14
Одеська	151	53	14	113	16	8
Полтавська	115	24	17	85	10	3
Рівненська	65	33	6	43	12	3
Сумська	91	22	27	79	18	16
Тернопільська	89	23	15	49	5	7
Харківська	163	31	43	102	11	18
Херсонська	60	9	6	34	1	3
Хмельницька	66	28	6	47	11	3
Черкаська	70	23	4	62	12	3
Чернівецька	75	45	7	50	15	2
Чернігівська	56	16	5	36	8	2
<b>Разом</b>	<b>2385</b>	<b>791</b>	<b>324</b>	<b>1710</b>	<b>276</b>	<b>149</b>

Джерело: Національна служба здоров'я України, серпень 2023 року, лист від 14.08.2023 №28116/6-15-23

поширені в Україні. Професія «психолог» увійшла до трійки найпопулярніших спеціальностей за програмою вищої освіти, але люди прагнуть отримати її «нашвидкоруч»: вихідці з професій, що не мають жодного відношення до медицини (вчитель, юрист, податковий інспектор тощо), проходять однотижневі прискорені курси, що проводяться неофіційно сертифікованими інструкторами, подають заявики на отримання ступеня Магістра з психології, щоб якомога швидше приступити до практичної діяльності. Буває і гірше: коли люди починають несертифіковану практику просто по завершенні таких прискорених курсів. Ця тенденція є дуже небезпечною і шкідливою, оскільки непрофесійна допомога може лише поглибити психічні розлади пацієнта і призвести до повторної травматизації. Це також може бути небезпечним для життя самого «лікаря», якщо (колишній) учасник бойових дій з ПТСР раптово нападе на «лікаря», перебуваючи

в стані глибокої дисоціації, яку «лікар» не зміг виявити через низьку кваліфікацію (якщо така взагалі є).<sup>78</sup> За всієї поваги до широго 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.

Українські ветерани, що пройшли **опитування** в рамках дослідження 2020 року, підкresлили, що для них важливо отримувати підтримку від фахівців, які глибоко розуміють досвід ветеранів та проблеми, з якими вони стикаються після повернення додому. І навпаки, ветерани мають упередження щодо психологів, які не мають такого досвіду. Вони підкresлювали, що цивільним психологам бракує досвіду консультування ветеранів. Наголошувалося, що перед початком

<sup>78</sup> Це не абстрактне припущення. Останнім часом в Україні було зафіксовано чимало випадків неналежного поводження з пацієнтами-учасниками бойових дій, що спровокувало їхню агресивну захисну реакцію у відповідь.

роботи з ветеранами психологи повинні пройти додаткове навчання, яке б дозволило їм зрозуміти специфіку життєвої ситуації ветеранів, їхній світогляд та досвід участі в бойових діях.

## РЕСУРСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ 2. КЛІНІКИ ТА МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ

Згідно з українським законодавством, по завершенні служби в ЗСУ статус військовослужбовців змінюється на статус цивільних осіб, тому вони більше не можуть проходити лікування у військових госпіталях. Після демобілізації колишні військовослужбовці звертаються до психіатричних клінік загального користування, коли симптоми ПТСР стають очевидними.<sup>79</sup>

Часткова психологічна реабілітація була запроваджена для учасників АТО після 2014–2015 років і була **обов'язковою** для всіх колишніх учасників бойових дій. Водночас, за словами тодішнього військового прокурора України Анатолія Матіоса, у 2017 році рівень забезпечення ветеранів АТО цією послугою становив лише 0,1% від потреби. У лютому 2017 року регіональні служби соціального захисту припинили надавати психологічну реабілітацію учасникам АТО, а державні бюджетні асигнування на неї були скорочені з 49,9 млн грн до 21,9 млн грн (на 56,2%).

За останні кілька років ситуація частково покращилася завдяки розширенню медичних можливостей для лікування ветеранів, які страждають на психічні розлади. У 2018 році уряд України збільшив фінансування реабілітаційних послуг для ветеранів до 109 млн грн, 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»,<sup>80</sup> з подальшим відкриттям кількох інших центрів.

За даними НСЗУ,<sup>81</sup> у 2023 році психіатричну допомогу в Україні надають муніципальні та приватні заклади. Стационарна психіатрична допомога або консультування надається у 92 муніципальних та 2 приватних закладах; амбулаторна психіатрична допомога надається виїзними багатопрофільними групами від 69 муніципальних та 1 приватного закладу; первинна медична

допомога (допомога та лікування) надається 520 муніципальними, 37 приватними закладами та 29 лікарнями приватної практики. Реабілітаційні послуги надають 264 заклади для стаціонарних пацієнтів та 410 закладів для амбулаторних пацієнтів. Ціза заклади є загального користування для всього цивільного населення, в тому числі для військовослужбовців, звільнених у запас.

Однак ветерани також можуть звернутися за лікуванням<sup>82</sup> до спеціальних реабілітаційних центрів для ветеранів, що належать Мінвeterанів. Станом на серпень 2023 року у віданні Мінвeterанів перебуває 5 центрів соціально-психологічної реабілітації у Бородянці, Іванкові, Києво-Святошині, Славутичі та Коростені, де ветеран може пройти реабілітаційну терапію індивідуально, з членами сім'ї та в групах. Мінвeterанів також висловило велику зацікавленість у створенні 5 нових реабілітаційних центрів, кожен з яких міг би спеціалізуватись на окремому методі чи практиці реабілітації, що застосовуються в США, Великобританії, Ізраїлі, Хорватії, Україні (експериментальна методика), з метою подальшого масштабування тієї моделі, що виявиться найбільш ефективною для реабілітації ветеранів України. Нещодавно Мінвeterанів також розробило комплексну стратегію «Шлях до реабілітації та відродження захисників», яка пропонує заходи для забезпечення послідовності в наданні медичних послуг після поранень та довгострокової допомоги в психологічній і фізичній реабілітації, а також професійної та соціальної адаптації та юридичної підтримки.

## РЕСУРСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ 3. ФІНАНСУВАННЯ

Фінансування сфери охорони здоров'я, в тому числі психічного, є важливою складовою забезпечення стійкості країни у воєнний час. Проте в Україні ця сфера завжди була значною мірою недофинансованою, особливо в частині розвитку і підтримки охорони психічного здоров'я. У 2019 році витрати на охорону здоров'я в Україні становили 2,4% ВВП проти 5–7%, рекомендованих ВООЗ, або 16,7% у США, 11,1% у Німеччині, 9,8% у Великобританії, 7,4% у Чехії, 4,86% у Польщі,<sup>83</sup> з яких лише близько 2,5% було витрачено на охорону психічного здоров'я. У червні 2020 року

<sup>79</sup> Якщо така особа не отримає належного лікування і вчинить самогубство, цей випадок не буде зареєстровано як вчинення суїциду ветераном, що ускладнює точний підрахунок рівня самогубств серед ветеранів.

<sup>80</sup> Спочатку Центр міг прийняти 20 пацієнтів, а станом на кінець першого півріччя 2023 року він розширився до рівня, що дозволяє утримувати понад 200 пацієнтів на стаціонарному лікуванні.

<sup>81</sup> Національна служба здоров'я України, серпень 2023 р., лист на адресу GLOBSEC від 14.08.2023 № 28116/6-15-23.

<sup>82</sup> відсутність лікування — виключно реабілітація.

<sup>83</sup> Горошко А., Шаповал Н., Лай Т., 2018. «Чи можуть люди дозволити собі платити за медичну допомогу?» Нові докази фінансового захисту в Україні». Європейське регіональне бюро ВООЗ.

Експертний комітет Всесвітньої психіатричної асоціації виступив із **заявою** про кризу в сфері охорони психічного здоров'я в Україні внаслідок неналежного реформування медичної сфери у 2016–2018 роках, що привело до різкого падіння фінансового забезпечення та відтоку багатьох фахівців з цієї галузі.

У 2023 році охорону здоров'я в Україні було профінансовано на **206,8 млрд грн**, що становить 7,8% від усіх бюджетних витрат і майже відповідає рекомендаціям ВООЗ.<sup>84</sup> За даними НСЗУ, видатки на первинну психіатричну допомогу становили 19 800 800 грн; на психіатричну допомогу в стаціонарі — 3 623 191 800 грн.; на амбулаторну психіатричну допомогу, що надається виїзними багатопрофільними бригадами — 105 120 000 грн.

У 2023 році на підтримку державної ветеранської політики з державного бюджету України було **виділено** близько 6 838,6 млн грн (лише 0,25% витрат державного бюджету), з яких більша частина йде на забезпечення житлових потреб ветеранів та їхніх сімей (5,5 млрд грн), а на потреби психологічної реабілітації — 540 млн грн (0,02% витрат державного бюджету). Разом з цим існує окрема бюджетна програма 1501040 «Заходи з психологічної реабілітації, соціальної та професійної адаптації та оздоровлення ветеранів», на яку передбачено 1 733 939,2 тис. грн.

Відповідно до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення ветеран та члени його сім'ї мають право на безоплатне отримання пакету медичних послуг, передбачених програмою, який включає деякі послуги з психіатричної допомоги. Медичні послуги та лікарські засоби, які не входять до пакету, можуть покриватись за рахунок інших бюджетних програм.

## ► Міжнародна допомога

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, а також на підтримку ветеранської політики залишається вражаюче низьким.

У грудні 2022 року МОЗ України та **Світовий банк** підписали кредитну угоду на підтримку проекту зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя (HEAL), в рамках якого МОЗ

отримає 100 млн доларів США кредитних коштів та 10 млн доларів США гранту від Глобального фінансового фонду. Це початкова фаза проекту вартістю 500 млн. долларів США, спрямованого на забезпечення потреб у психологічній допомозі та реабілітації в Україні. Світовий банк також підтримує реалізацію двох великих проектів у сфері охорони здоров'я в Україні на суму 681,1 млн. доларів США.

Під час візиту Віце-президента **Європейської Комісії** з питань просування європейського способу життя пана Маргарітіса Схінаса в Україні 15–16 червня 2023 р. було підписано **Угоду про співробітництво у сфері охорони здоров'я**, яка передбачає подальше розширення співпраці як з нагальними пріоритетами, так і з довгострокових потреб у сфері охорони здоров'я, включаючи охорону психічного здоров'я та психосоціальну допомогу. Це також передбачає перспективний доступ України до фінансування в рамках програми EU4Health.

У 2021 році Швейцарська агенція розвитку та співробітництва (ШАРС (SDC)) виділила 3 295 000 швейцарських франків на 4-річний проект **«Підтримка реформи сектору охорони здоров'я в Україні»** в рамках більш широкого проекту **«Психічне здоров'я для України (МН4U)** на підтримку Концепції розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року.

У березні 2023 року Мінвeterанів спільно з **Міжнародною організацією з міграції (МОМ)** та Міністерством закордонних справ **Німеччини** розпочало проект «Шлях стійкості» вартістю 4,8 млн євро. Проект передбачає два основні компоненти: (1) розвиток інституційного потенціалу Міністерства у справах ветеранів, місцевих органів влади та ветеранських організацій (зокрема, створення 25 центрів розвитку ветеранів); (2) психічне здоров'я та психосоціальна підтримка ветеранів та їхніх сімей. Розпочавши другий етап програми реінтеграції ветеранів, Представництво МОМ в Україні разом з Інструментом сприяння стабільності та миру ЄС продовжить відкликатись на потреби українських громад шляхом надання адресної допомоги у сфері захисту та ініціатив із соціальної єдності. Раніше МОМ разом з Мінвeterанів **брали участь** у двох проектах за підтримки ЄС зі сталої реінтеграції ветеранів, підтримуючи їхній успішний перехід до цивільного життя шляхом надання допомоги ветеранам, членам їхніх сімей та їхнім громадам (2018–2020 та 2020–2022 роки).

<sup>84</sup> Медичне обслуговування ветеранів та членів їхніх сімей не має окремого визначення.

У червні 2023 року **було оголошено** про початок співпраці між Україною і **Канадою** щодо обміну досвідом та знаннями про лікування ПТСР у ветеранів. Ця ідея обговорювалася на найвищому політичному рівні між Першою леді України пані Оленою Зеленською та Прем'єр-міністром Канади Джастіном Трюдо. Проект реалізовуватиметься під егідою Всеукраїнської програми ментального здоров'я **«Ти як?»**.

Ініціативи з психологічної реабілітації та лікування ветеранів мають бути розширені з огляду на майбутню інтеграцію України до ЄС, коли українські ветерани стануть частиною

людського капіталу ЄС. Деякі з них 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.

Наприклад, у цьому контексті варто ознайомитись з інструментами **допомоги Європейського фонду миру<sup>85</sup>**, а також із **програмою НАТО «Наука заради миру і безпеки / Людські і соціальні аспекти безпеки»**.

---

<sup>85</sup> управління заходами зі зміцнення потенціалу третіх держав, регіональних і міжнародних організацій з військових і оборонних питань та підтримка воєнної складової миротворчих операцій під керівництвом регіональної чи міжнародної організації або третіх держав.

## IX. ЗАКОНОДАВЧЕ СЕРЕДОВИЩЕ

Аналіз наукових досліджень питань психічного здоров'я в Україні свідчить, що до лютого 2014 року система відомчих психологічних служб не була готова до викликів воєнного стану. У 2016 році проблему ПТСР в Україні почали досліджувати більш інтенсивно, що привело до прийняття низки законодавчих та нормативно-правових актів, спрямованих на усунення існуючих прогалин у законодавстві, які було виявлено за часів антитерористичної операції (АТО/ООС)

- 1.** Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1018-р від 27 грудня 2017 року **«Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року»**. Відповідно до розпорядження було затверджено План заходів на 2021–2023 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Однак за результатами перевірки фактичного виконання Плану було виявлено, що значна частина заходів або не виконана, або виконана частково, або навіть втратила свою актуальність внаслідок повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації в Україну в лютому 2022 року.
- 2.** Наказ Міністерства соціальної політики України № 810 від 01.06.2018 **«Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності»**.<sup>86</sup>
- 3.** Постанова Кабінету Міністрів України № 1057 від 27 грудня 2017 року **«Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції і постраждалих учасників Революції Гідності»**. Постанова створює засади психологічної реабілітації ветеранів. Водночас зберігає чинність старий порядок застосування методів психологічного та психотерапевтичного впливу, затверджений відповідним наказом Міністерства охорони

здоров'я України № 199 від 15.04.2008, який встановлює єдині вимоги до застосування методів психологічного та психотерапевтичного впливу, у тому числі до місць застосування таких методів.

- 4.** Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 121 від 23 лютого 2016 року **«Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі»** затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при **гострих стресових станах та розладах адаптації. Посттравматичний стресовий розлад** (Уніфікований клінічний протокол).<sup>87</sup>
- 5.** Закон України **«Про соціальні послуги»** зі змінами та доповненнями в новій редакції від 27.04.2022 — нова редакція №2671-VIII.<sup>88</sup>
- 6.** Закон України **«Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту, належать до вразливих груп населення та/або перебувають у складних життєвих обставинах»**,<sup>89</sup> який визначає поняття «вразливі групи населення», «малозабезпечена особа», «базові соціальні послуги», «надавачі послуг», «об'єднання надавачів соціальних послуг» та концепцію реєстру надавачів послуг.

На сьогоднішній день внесено низку проектів законодавчих актів, покликаних врегулювати надання медико-психологічної допомоги та підтримки пацієнтам з ознаками гострих психологічних травм прямого впливу або їх змішаного характеру, пов'язаних з переживанням негативних наслідків, більш комплексних наслідків війни, незворотних втрат, поранень тощо.

1. Проект Закону України № 9433 від 28.06.2023 **«Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо системи**

<sup>86</sup> Цим Наказом затверджено: (1) стандарти психологічної діагностики; (2) типову форму індивідуального плану психологічної реабілітації отримувача послуги; (3) висновок-прогноз психологічної реабілітації; (4) протокол діагностичного обстеження.

<sup>87</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121), [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_121\\_ukrmd\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukrmd_ptsr.pdf)

<sup>88</sup> <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15KText>

<sup>89</sup> <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19Kn482>

**охорони психічного здоров'я та послуг у сфері психічного здоров'я»<sup>90</sup>;** наразі законопроект перебуває на розгляді в Комітеті Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування.

2. Проект Закону № 9434 від 25.06.2023 **«Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо запровадження адміністративної та кримінальної відповідальності за надання психологічної допомоги особами, які не мають такого права та поширення недостовірної інформації про наявність у особи медичної освіти або лікарської спеціальності, права надавати психологічну допомогу».<sup>91</sup> Проект має бути включений**

до порядку денного пленарного засідання для першого голосування.

3. Проект Закону України **«Про професійну психологічну діяльність»<sup>92</sup>.**

Ці законодавчі стимули поцілені на усунення існуючих законодавчих прогалин у сфері професійної психіатричної допомоги та в інституційних мережах, насамперед, у питаннях забезпечення належної акредитації та ліцензування практикуючих психологів. Ці ініціативи вважаються правильним кроком у напрямку впорядкування та організації хаотичного процесу надання психологічних послуг в Україні. Відкритим залишається питання, який саме державний орган стане органом, що здійснюватиме сертифікацію та акредитацію фахівців.

<sup>90</sup> Проект змін до Статті 3, які передбачають включення «надання послуг в сфері психічного здоров'я» у визначення закладу охорони здоров'я

<sup>91</sup> Цей закон передбачає персональну відповідальність за незаконні дії або порушення протоколів, пов'язаних з наданням спеціалізованої медичної або психологічної допомоги, що пов'язані з пограничними станами і потребують застосування клінічного протоколу та психотерапевтичного втручання.

<sup>92</sup> Закон визначає принципи, засади, завдання та організаційні основи самоврядування психологів як громадського інституту психологічної допомоги населенню, що діє в інтересах клієнтів шляхом забезпечення професійної автономії та дотримання професійної етики психологів при здійсненні ними психологічної практики.

## X. ПТСР ОЧИМА СУСПІЛЬСТВА

### Підвищення обізнаності про проблему ПТСР в Україні: подолання безграмотності

Сплеск інтересу до теми ПТСР в українському суспільстві викликає жваві дискусії щодо кількості постраждалого населення та потенційних наслідків для здоров'я нації. 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.

Фактори, що цьому сприяють:

- 1. Недостатність інформування:** незважаючи на те, що ПТСР є поширеним психічним феноменом, багато людей, включаючи медичних працівників, належним чином не обізнані про його симптоми, причини та методи лікування. Недостатнє інформування призводить до некоректної оцінки феномену ПТСР як такого, а також до проблем з діагностикою та лікуванням ПТСР.
- 2. Соціальні упередження:** деякі суспільства та культури можуть мати упереджені погляди на психічні дисфункції, включаючи ПТСР. Це призводить до того, що люди не хочуть звертатися за медичною допомогою через страх стати об'єктом засудження чи опинитись в ізоляції.
- 3. Обмежений доступ до медичних послуг:** У деяких регіонах України доступ до якісної медичної допомоги є обмеженим. Це призводить до того, що навіть якщо людина має симптоми ПТСР, вона може не мати можливості звернутися за професійною допомогою.
- 4. Недостатнє навчання медичних працівників:** Навчання з питань психічного здоров'я та діагностики ПТСР ледь задовільняє реальні потреби суспільства. Багато з медичних працівників не мають змоги отримати якісну освіту (через обмеженість/відсутність кваліфікованих інструкторів/спеціалістів) Це призводить до того, що медики не можуть належним чином оцінити стан своїх пацієнтів і діагностувати ПТСР.
- 5. Культурні відмінності:** Різні культури мають різне розуміння та підходи до психічного

здоров'я. Культурні особливості та переконання впливають на сприйняття та ставлення до проблем, пов'язаних з ПТСР. Сумна спадщина каральної терапії радянських часів закріпила в Україні негативний стереотип щодо психіатричних клінік як місць примусового утримання та примусового лікування проти волі пацієнта. Однак за роки соціально-економічної нестабільності в суспільних настроях простежуються позитивні зміни щодо сприйняття психологічної та психіатричної допомоги, фахівців в цілому та престижу професії.

Зважаючи на вищеперечислене, в Україні існує загальна потреба в проведенні загальнодержавних інформаційно-просвітницьких кампаній для створення позитивної концепції ПТСР як тимчасового психічного розладу, який можна ефективно лікувати, особливо за умови своєчасного діагностування. Суспільство має бути проінформоване про його природу та наслідки, а також розвинуті достатню зрілість і відповідальність, аби сприймати це явище як одну з ранівніших, що потребує лікування.

### ► Соціальне середовище для реінтеграції ветеранів

Хоча тригери ПТСР здебільшого є результатом внутрішньої динаміки роботи мозку, досвід інших країн показує, що соціальне середовище може відігравати значну роль у провокуванні певних емоційних станів у ветеранів. Серед найпоширеніших викликів, з якими може зіткнутися ветеран після переходу з воєнного режиму до мирного життя, — розхитана ідентичність, зміни в системі цінностей (байдужість до матеріальних речей, розуміння крихкості життя тощо), втрата розуміння сенсу життя та самореалізації. Саме тут суспільство може допомогти і полегшити гіркоту, що накопичилася від цих почуттів.

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 привести до посилення негативних побічних ефектів, таких як зловживання алкоголем і наркотиками, домашнє насильство, злочинна діяльність тощо. Зокрема, саме це було одним з недоліків урядової політики на Західних Балканах. Крім того, соціальна та економічна невизначеність



Джерело: Звіт Gradus Research «Шлях пораненого: Потреби, проблеми та бачення майбутнього» <https://gradus.app/en/>

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. Витяги з **опитування Gradus Research «Шлях пораненого: Потреби, проблеми та бачення майбутнього»**, проведеного у липні 2023 року серед поранених учасників бойових дій, підтверджують наше припущення. Разом з тим важливо відзначити, що загальний рівень занепокоєння в Україні щодо майбутнього залишається відносно низьким (33% проти 58% позитивної впевненості у майбутньому). Проте з часом ці настрої можуть

змінитися, особливо за відсутності чіткої урядової стратегії щодо вирішення цього питання.

Мета і цілеспрямованість у житті, подолання викликів і підкріplення цього досвіду досягнутими результатами можуть мати дуже позитивний ефект, особливо для адреналінозалежних колишніх учасників бойових дій, і допомогти їм відновити відчуття себе як корисного члена суспільства. Різні дослідження та особистий досвід ветеранів досить переконливо вказують на те, що такі професії, як парамедик, рятувальник, сапер, працівник аварійних служб та інші «адреналінові» професії, а також професії військового психолога та психотерапевта, дуже добре підходять

### Причини страху щодо життя після війни

Gradus Research Company  
TERRA U Принцип

#### Бояться, що:



Джерело: Звіт Gradus Research «Шлях пораненого: Потреби, проблеми та бачення майбутнього» <https://gradus.app/en/>

для колишніх учасників бойових дій. Вони також можуть вдало проявити себе як приватні підприємці та параспортсмени.

Український уряд і суспільство добре усвідомлюють цей позитивний соціальний ефект. Тому досить активно розвивають можливості для ветеранів реалізувати себе в нових професіях та віднайти новий сенс життя. У 2015–2021 роках 30 872 ветерани пройшли навчання та отримали кваліфікацію за новими професіями. У 2023 році попит на професійне навчання серед ветеранів зріс на 31% більше від передбаченої кількості. Було прийнято принципово нове рішення про обов'язкову психологічну допомогу протягом усього процесу навчання. У відповідь на ці потреби Мінвeterанів внесло відповідні нормативні зміни, аби розширити можливості для задоволення цього попиту. Після цього воно розробило **Стратегію формування системи переходу від військової служби до цивільного життя на період до 2032 року** та організувало її громадське обговорення в липні 2023 року. Один з основних акцентів цієї Стратегії зроблено на можливостях професійної підготовки та перевідготовки ветеранів за новими професіями, в науковій сфері, у сфері ветеранського підприємництва тощо. Влітку 2023 року Міністерство також запустило пілотний проект **Центрів ветеранського розвитку** (з акцентом на професійній підготовці і подальшому працевлаштуванні) спільно з мережею помічників ветеранів у 5 областях України (Дніпропетровській, Вінницькій, Львівській, Миколаївській та Київській) з планами подальшого розширення практики на всі 21 регіон країни у 2024 році. Основна роль помічника ветерана — допомогти йому адаптуватися до мирного життя шляхом плавного проходження всіх необхідних етапів, що часом супроводжуються бюрократичною тяганиною, та впоратися з неочікуваними перешкодами. У разі успіху ця мережа буде розширенна з нинішніх 400 до майже 15 000 асистентів у кожній територіальній громаді країни.

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 житлових кварталів внаслідок інтенсивних обстрілів. Станом на 1 квітня 2023 року в черзі на отримання житла за державною програмою допомоги перебуває понад 32 000 сімей ветеранів (водночас, на забезпечення цих потреб

передбачено лише 5,5 млрд грн з державного бюджету, що може покрити потреби 2843 сімей). Український уряд також наразі працює над новою програмою компенсації іпотечних ставок (7%) на житло «єОселя»/«єЖитло».

## ДОВІДКОВО: ХОРВАТИЯ

Масштаби соціальної проблеми ПТСР у Хорватії залишаються значими. Проблема існує з самого початку Вітчизняної війни, хоча її важливість і розмах, можливо, не були визнані одразу. До Вітчизняної війни перевага надавалася роботі з ПТСР в площині психіатрії.

З кінця 1993 року державна та медична допомога ветеранам з ПТСР, увага до проблем їхнього психологічного та фізичного здоров'я, сімейних та соціальних негараздів стала одним з пріоритетів психіатричної допомоги та загальної соціальної активності. Втім ветерани з ПТСР були незадоволені рівнем надаваної допомоги у подоланні тілесних, соматичних та соціальних наслідків їхнього стану. Незважаючи на певні привілеї (наприклад, надання пріоритету їхнім дітям при вступі до коледжу), ветерани з ПТСР не отримали належної комплексної ефективної допомоги, оскільки у багатьох з них наслідки ПТСР були стійкими, і будь-які інтервенції або пропоновані пільги могли лише полегшити їх, а не сунути повністю.

Одночасно з цим зростало невдоволення серед інших категорій населення. Наприклад, інші важкохворі пацієнти з діагнозами, що не відносяться до ПТСР, були невдоволені різницею — уявною або реальною — у рівні надаваної їм допомоги порівняно з ветеранами.

## ► Сімейне оточення і громада

Вплив війни на військовослужбовців, їхні сім'ї та більш широкі кола суспільства добре задокументовано.<sup>93</sup> Сім'ї військовослужбовців та ветеранів мають вищий ризик розвинення симптомів психологічних розладів.<sup>94</sup> 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 солдата або ветерана. Як і в Ізраїлі та на Західних Балканах, українські сім'ї також більш схильні

<sup>93</sup> Betancourt, T. S., Keegan, K., Farrar, J., & Brennan, R. T. (2020). The intergenerational impact of war on mental health and psychological wellbeing: Lessons from the longitudinal study of war-affected youth in Sierra Leone. *Conflict and Health*, 14(62). <https://DOI.org/10.1186/s13031-020-00308-7>

<sup>94</sup> Невидимі травми війни: вплив на сім'ї та дітей військових

виявляти співчуття і розуміння травм війни, оскільки вони частково переживають те саме через російські атаки на цивільне населення. У групі близьких родичів ветеранів та учасників бойових дій 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 на міжнародному рівні про ціну війни.

**Опитування**, проведене у січні 2023 року Соціологічною групою «Рейтинг» з ініціативи «Українського ветеранського фонду» Міністерства у справах ветеранів України, показало, що 63% опитаних мають серед близьких друзів та родичів тих, хто воював або воює на фронті, починаючи з 24 лютого 2022 року (порівняно з 47% тих, чиї рідні та близькі брали участь у бойових діях на території України у період з 2014 по 2021 рік). Порівняно з аналогічним опитуванням у серпні 2022 року кількість тих, чиї близькі сьогодні воюють на фронті, зросла.

Це означає, що до кінця війни значна частина українського суспільства матиме безпосередній досвід війни через свої родинні зв'язки. Вони повинні бути підготовленими до 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.

В очікуванні закінчення війни та подальшої демобілізації великої кількості українських військовослужбовців вже зараз необхідно докладати значних зусиль, аби навчити членів сімей учасників бойових дій справлятися з новою реальністю та зміненим характером людей, які повертаються з фронту, і підготувати їх до зрілого поводження у ситуаціях, що виникатимуть. Опитування 2020 року<sup>95</sup> показало, що друзі та члени родин ветеранів охоче б пройшли індивідуальні консультації та тренінги, аби навчитися поводженню з членом

сім'ї, який повернувся з війни. Такі заходи були б важливими тим, що допомагатимуть членам родин ветеранів зрозуміти мислення людини, яка брала участь у бойових діях, і побудувати з нею комфортні стосунки.

Це особливо актуально, оскільки багато респондентів GLOBSEC з числа членів родин учасників бойових дій зізналися, що питанням підготовки сімей до повернення близьких все ще приділяється недостатньо уваги. «Складається враження, що ми є останнім пріоритетом для уряду», — зізналася на умовах анонімності одна з керівниць ветеранської асоціації, — «потрібно докласти активних зусиль для якнайшвидшого виправлення ситуації». Втім заради об'єктивності варто зазначити, що існує низка державних ініціатив, поціленіх на роботу з членами сімей учасників бойових дій, щоправда їхній масштаб є недостатнім через обмеженість ресурсів і 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.

## ДОВІДКОВО: ІНКЛЮЗИВНІСТЬ ТА ЗМІНА ЗАГАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА: ДОСВІД БОСНІЇ

В Боснії і Герцеговині було проведено реформу в сфері охорони психічного здоров'я, при чому не лише в площині «лікування хвороб», а й в розрізі трансформування поглядів на здоров'я. Згідно з їхньою філософією, всі аспекти суспільного життя можуть використовуватися як інструменти ранньої діагностики травми або як допоміжний засіб при лікуванні, наданні підтримки чи відновленні. Скрізь — у мистецтві, музиці, спорті, культурі — існує можливість віднайти способи допомогти один одному та підтримати один одного. В Боснії і Герцеговині було створено «асоціації користувачів», які об'єднують людей, що отримують допомогу у вирішенні проблем, пов'язаних з травмою. Ці люди працюють над програмами подолання стигми, виступають у ЗМІ, працюють у школах, скрізь розповідають про травму і мотивують інших звертатись по допомозі.

Одним із продуктів цієї реформи є «клієнтський супровід». За кожним клієнтом закріплена міждисциплінарна команда практикуючих фахівців, що складається з психіатра,

<sup>95</sup> Життя після конфлікту: Опитування щодо соціально-демографічних та соціально-економічних характеристик ветеранів конфлікту на сході України та їхніх сімей, січень 2020, проведене на замовлення Представництва Міжнародної організації з міграції (МОМ) в Україні у співпраці з Міністерством у справах ветеранів, тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб за фінансової підтримки Європейського Союзу (ЄС)

психолога, соціального працівника, ерго-терапевта і 4 медсестер. При первинному зверненні клієнта ця команда аналізує його потреби та конкретну ситуацію, використовуючи набір опитувальників та інших інструментів для розуміння його особистої унікальної ситуації. Після цього клієнт і команда фахівців розробляють індивідуальний план, орієнтований на одужання, який включає роботу з клієнтом і його сім'єю. У розробці цього плану задіяні всі члени команди, які за необхідності надають відповідні послуги, аби цей план працював. По завершенні лікування клієнт може приєднатися до «асоціації користувачів», щоб підтримувати зв'язок, отримувати подальшу підтримку або підтримувати чи мотивувати інших. Робота у складі багатопрофільної команди професіоналів, які спілкуються між собою, дає набагато кращі результати, ніж коли клієнт спілкується з кожним із зазначених фахівців окремо.

## Духовність як складова лікування ПТСР

При лікуванні ПТСР значна увага приділяється духовності як складової посттравматичного зростання. В цьому контексті Департамент ветеранів США пропонує два визначення духовності: (1) «внутрішня система переконань, яка надає людині сенс і мету в житті, відчуття святості життя і бачення покращення світу»; і (2) «зв'язок з тим, що виходить за межі власного «я».<sup>96</sup>

Травматичні події можуть мати як позитивні, так і негативні духовні наслідки для тих, хто їх пережив. До негативних духовних наслідків відносяться втрата віри, відчуття покинутості або покарання Богом, а також втрата сенсу і мети в житті. Однак духовність може бути активом для зцілення травми. Високий рівень духовності супроводжується нижчим рівнем прояву симптомів і клінічних проблем у деяких групах населення.<sup>97</sup>

Розвинена духовність може пом'якшити ситуацію із зловживанням алкоголем і наркотичними речовинами,<sup>98,99</sup> сприяти розвитку навичок подолання кризових ситуацій,<sup>100</sup> полегшити відчуття самотності та ізоляції,<sup>101</sup> допомогти в релаксації,<sup>102</sup> і сприяти посттравматичному зростанню.<sup>103</sup>

Духовність також є способом розширити коло зцілення, інтегруючи додаткові ресурси громади як терапевтичні активи. Належність до духовної спільноти пропонує людям з ПТСР оточення небайдужих людей, які можуть надати емоційну підтримку і заохочення, а також допомогти у забезпеченні матеріальних потреб.<sup>104</sup>

В українському контексті високий рівень духовності і релігія, без сумнівів, стануть одним з найпомітніших факторів повоєнного посттравматичного зростання, що зумовлено загальною культурною чутливістю до релігії і глибокою вірою в Бога. Це особливо стосується тих сімей, які втратили своїх близьких на війні і шукатимуть способи втамувати 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.

## ► Ветеранські групи і асоціації. Волонтерські організації

Ветеранська спільнота в Україні є дуже активною і інколи проявляє себе як напрочуд згортована. 21 серпня 2023 року 37 ветеранських об'єднань та спілок виступили із закликом відкликати Проект Закону №9637 про внесення змін до закону України «Про статус ветеранів», який напередодні було подано до парламенту Комітетом з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів і рекомендовано до термінового голосування на пленарному засіданні. Ветеранська спільнота виступила проти цього законопроекту як такого, що не пройшов належних консультацій з ветеранською спільнотою та містить низку положень, які можуть серйозно обмежити права ветеранів. Наступного дня законопроект було відкликано і направлено на доопрацювання та внесення поправок.

Ветеранський рух почав формуватися під час війни з Росією 2014–2015 років: у 2016 році було зареєстровано 400 благодійних організацій, а в 2017 році — 750.<sup>105</sup> З початком нинішньої війни їхня кількість зросла в геометричній прогресії. Найактивнішими з них є наступні: ГО «Юридична сотня», Ветеранський хаб+, Правозахисний центр для військовослужбовців «Принцип»,

<sup>96</sup> [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/care/spirituality\\_trauma.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/care/spirituality_trauma.asp)

<sup>97</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20049>

<sup>98</sup> <https://hrcak.srce.hr/clanak/84619>

<sup>99</sup> <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-012-9223-5>

<sup>100</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20049>

<sup>101</sup> <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.1912875>

<sup>102</sup> <https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-011-9186-1>

<sup>103</sup> <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15426430802113814>

<sup>104</sup> [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/care/spirituality\\_trauma.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/care/spirituality_trauma.asp)

<sup>105</sup> [https://lb.ua/society/2017/03/10/360875\\_kolichestvo\\_veteranskih\\_organizatsiy.html](https://lb.ua/society/2017/03/10/360875_kolichestvo_veteranskih_organizatsiy.html)

ГО «Український жіночий ветеранський рух», ГО «Добровольці», ГО «Простір можливостей», ГО «Жінки зі сталі», ГО «Українська асоціація інвалідів АТО», Громадська рада при Міністерстві у справах ветеранів України, Благодійний фонд «Волонтерське об'єднання «ВЕСТА», Волонтерська служба Львівського військового госпіталю, ГС «Об'єднання учасників АТО Одещини», ГО «Полігон 56 Бердянськ», ГО «Сім'ї полонених захисників ЧАЕС», Ветеранський простір «Серцевир», ГО «Про тих, про кого мовчать», ГО «Ветерани за медичний канабіс», Благодійний фонд «Фенікс», Всеукраїнський громадський рух матерів та родичів учасників АТО «Берегиня», Вінницький аналітично-просвітницький центр «Ветеранський простір», ГО «Підтримка титанів», Ветеранський фонд «Після служби», ГО «Громадська безпека України», Правозахисна група «СІЧ», Миколаївський міський центр підтримки ветеранів війни, ГО «Ветеранське братство», ГО «Асоціація інвалідів та ветеранів Хмельницької області», ГО «Боярська міська організація учасників бойових дій, ветеранів АТО та волонтерів», Центр реадаптації та реабілітації «ЯРМІЗ», ГО «Всеукраїнське об'єднання рідних зниклих безвісти та загиблих захисників України», ГО «Захист — Об'єднання волонтерів», ГО «Об'єднання ветеранів війни, учасників АТО/ООС, членів їхніх сімей, волонтерів та осіб з інвалідністю», Мобільна волонтерська група, ГО «Дім ветерана», ГО «Запорізька міська організація ветеранів АТО», об'єднання різних груп «Азов» (особливо жіночих) тощо. Вони також формують різні коаліції між собою і на сьогодні вважаються надзвичайно потужними з точки зору здійснення громадського тиску.

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. На їхню мережу часто посилаються як на взірець для наслідування урядом у його планах щодо розвитку еко-системи допомоги ветеранам на національному рівні. 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.

Це явище легко пояснюється загальною культурою активного громадянського суспільства та волонтерського руху, які спрямовані на допомогу тим, хто воює на фронті, пораненим

і травмованим солдатам, що перебувають на лікуванні, а також тим, кого вже демобілізовано; і які отримали потужний поштовх до розвитку після нинішнього вторгнення. Загалом, ці об'єднання можна розділити на три великі категорії:

- 1.** Активні групи, які беруть участь у формуванні ветеранської політики (стратегічні ініціативи сьогодення—майбутнє) — близько 20–30% всіх груп та об'єднань;
- 2.** Ті, хто шукають шляхи вирішення існуючих потреб ветеранів та орієнтовані на вирішення проблем сьогодення — найбільша група, близько 50–60%;
- 3.** Ті, хто прагне потенційної капіталізації своєї ветеранської діяльності (включно з потенційною та/або майбутньою політичною діяльністю) — до 20% (менш помітні зараз, але потенційно активні в майбутньому).

Порівняно з іншими країнами, ветеранські благодійні організації в Україні не так виразно спеціалізуються на підтримці психічного здоров'я. У Великій Британії існують НУО, що спеціалізуються на ПТСР. Близько 2/3 з 76 благодійних організацій, що опікуються проблемами військових та ветеранів, займаються цим напрямком діяльності. Жодна з українських ветеранських благодійних організацій поки що не розвинула активно цей напрямок і не надає відповідних клінічних послуг. В оцінці діяльності асоціацій та благодійних організацій важливу роль відіграє фактор часу та особистісний фактор. Так, у США, Великобританії, Західних Балканах спостерігався сплеск у появі ветеранських благодійних організацій та асоціацій під час або одразу після військових дій. У Великій Британії, наприклад, на початку 2000-х років їхня кількість обчислювалася тисячами, а в 2019 році скоротилася до 76. Можна з впевненістю сказати, що на сьогодні ветеранська спільнота Великої Британії є розрізеною; більшість благодійних організацій, створених під час кампаній в Іраку та Афганістані, на сьогоднішній день припинили свою діяльність. Основними причинами цього є зниження інтересу до теми ветеранів у суспільстві, погане управління або навіть нецільове використання коштів, а також скорочення надходжень від пожертвувань. Багато ветеранських груп очолюються громадами, однак знову ж таки, вони є дуже обмеженими та неефективними.

Подібна ситуація спостерігається і в країнах Західних Балкан. Через 12 років після війни

ветеранський рух у БіГ був дуже потужним і централізованим,<sup>106</sup> але це було пов'язано з сильною особистістю пана Пантелія Чургуза, голови Організації ветеранів Республіки Сербської,<sup>107</sup> який зумів розвинути продуктивні відносини з Міністерством у справах ветеранів для задоволення потреб ветеранів. Зараз ця мода на ветеранів майже пройшла, і розрізнені ветеранські асоціації та об'єднання починають займатися політичною діяльністю для здобуття певного репутаційного капіталу та впізнаваності.

## ДОВІДКОВО: СУСПІЛЬНІ АСПЕКТИ – ІЗРАЇЛЬ

В івриті немає слова «ветеран» — не існує такої соціальної категорії або сегменту населення.

Основним зрушеннем, яке відбулося в Ізраїлі за останні 20–30 років, є усвідомлення того факту, що у деяких громадян, що виконували свої обов'язки на дійсній військовій службі, перебуваючи в запасі або за цивільним напрямком, може розвинутися ПТСР; відбулась нормалізація та дестигматизація цього факту, а також з'явилася готовність звертатися до фахівців в сфері охорони психічного здоров'я.

Обговорення ПТСР в ізраїльському суспільстві стало відкритим. Уряд і саме суспільство активно обговорюють проблему ПТСР, і ніхто не приховує факту його поширеності. Це привело до зміни у сприйнятті ветеранів з діагнозом ПТСР, яких, можливо, спочатку боялися, але зараз сприймають здебільшого

позитивно. Такого результату вдалося досягти переважно завдяки зусиллям громадських організацій, волонтерів та ветеранів, які проходять лікування від ПТСР. Значну роль у цій зміні відіграли також кіно, театр і література, які розповідають широкому загалу про те, з чим через роки після повернення до цивільного життя стикається більшість ветеранів.

Такий підхід сприяв соціалізації ветеранів, адже є важливим аспектом їх реабілітації. Зміна у сприйнятті ветеранів з ПТСР допомогла ветеранам знайти роботу, змінила ставлення до них серед звичайних людей, допомогла їм відновити повноцінну участь у суспільному житті.

З психологами та психіатрами ситуація була схожою: досить багато людей і військових ставилися до них з пересторогою і відкритою недовірою. Ситуація змінилась завдяки державній системі реабілітації військових: тепер військові ставляться до них з довірою і за потреби звертаються за допомогою.

Ветеранські спільноти є окремим соціальним аспектом. В Ізраїлі ветеранські спільноти є дуже активними і чисельними за кількістю учасників. Через ці спільноти ветерани допомагають один одному з роботою, інформують один одного про різні новини та потреби, які можуть виникнути. Наприклад, вони беруть участь в марафонських забігах, співають, створюють притулки для собак тощо.

<sup>106</sup> У військових конфліктах у Боснії і Герцеговині воювали три армії: Армія Республіки Боснії і Герцеговини, Хорватська рада оборони та Армія Республіки Сербської, на базі яких після війни сформувалися три «основні» ветеранські організації. У 2018 році в Боснії і Герцеговині було зареєстровано близько 1 600 об'єднань, що виникли на хвилі останньої війни, і багато з них перебувають на утриманні муніципалітетів, міст, кантонів та громад.

<sup>107</sup> Організація ветеранів Республіки Сербської є найбільшою неурядовою організацією в Республіці Сербській і однією з найбільших у Боснії і Герцеговині. Визнаючи її вплив та ефективність у захисті прав ветеранів, у жовтні 2007 року уряд Республіки Сербської визначив її статус як організації, що становить особливий інтерес для держави. Діяльність, яку вони здійснювали з 2007 року і протягом наступних кількох років для покращення психічного здоров'я своїх членів, включала наступне: дослідження питань психічного здоров'я з акцентом на ПТСР і пов'язаних з ним розладах через 12 років після війни, плідна співпраця з міністерствами в уряді Республіки Сербської, надання підтримки через започаткування ветеранських клубів, залучення психологів та соціальних працівників для надання підтримки через ветеранські клуби, налагодження міжнародного співробітництва та обміну досвідом з ветеранами з інших країн (особливо Данії) та іншими міжнародними організаціями, а також багато інших заходів. Все це стало можливим завдяки баченню та можливостям керівництва організації на той час.

# XI. НАЙПОШИРЕНІШІ ВРАЗЛИВІ МІСЦЯ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

## ► Особисті упередження: не драматизувати, а управляти ситуацією; не слабкість, а нормальні реакції за ненормальних обставин

«Тілесні рани роблять вас сильною людиною; душевні рани роблять вас жалюгідно слабкими».

Свідоме уникнення звернення за медичною допомогою за наявності очевидних проблем психічного здоров'я 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 — 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:

- вони не хотять бути «слабаками», які від знають, що мають проблеми з психічним здоров'ям;
- вони не хотять назавжди зашкодити своїй кар'єрі через те, що звернулися по допомогу;
- 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.

Серед інших факторів, типових для України, є наступні:

- міфологічні установки (за допомогою звертаються тільки психічно хворі/слабкі, хтось може дізнатися, стереотипи, викривлення, захисні механізми та інше);
- низький рівень освіченості, знань й розуміння ймовірних наслідків;
- низький рівень культури щодо загального ставлення до власного здоров'я;
- нехтування наслідками контузії;

- упереджене ставлення до психіатрів/психотерапевтів/психологів;
- негативний досвід в минулому (власний/оточення);
- страх.

Результати опитування «Життя після конфлікту: Опитування щодо соціально-демографічних та соціально-економічних характеристик ветеранів конфлікту на сході України та їхніх сімей»,<sup>108</sup> проведеного серед ветеранів, показало наступне:

- 46% не бажають отримувати жодної психосоціальної підтримки для себе;
- понад 50% впевнені, що ветерани загалом потребують психологічної підтримки;
- 56% зазначили, що ветерани можуть нехтувати психологічною підтримкою через незнання того, що їм потрібна допомога (53%); небажання показувати свої проблеми (54%); небажання згадувати про досвід, пов'язаний з участю в бойових діях.

Визнаючи необхідність психологічної допомоги, більшість радше звернулися б до індивідуальних консультацій з психологом (39%), бажано з тим, хто має досвід військової служби, наприклад, як військовий капелан (16%).

У дискусіях фокус-групами ветерани також вказували на (1) складнощі повернення до цивільного життя; (2) зміни у ставленні до життя та людей, які їх оточують; (3) відчуття відсутності перспектив на майбутнє; (4) загострене почуття справедливості. 26% визнали зловживання алкоголем основним способом подолання стресу замість звернення по психосоціальну допомогу.

Як видно з наведеної вище інформації, всі 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

<sup>108</sup> в рамках якого було опитано 1 780 ветеранів, які брали безпосередню участь у бойових діях на сході України (Донецька/Луганська області) з квітня 2014 року, та 750 членів родин ветеранів

постійні психологічні обстеження після складних військових травм як щось рутинне, але необхідне для благополуччя.

## ► Суспільні упередження/ Подолання суспільних упереджень

В Україні, на Західних Балканах та в Ізраїлі відпрацювання суспільних стереотипів щодо ветеранів війни відбувається з меншими зусиллями, оскільки в більшості випадків ті вважаються славними захисниками своєї батьківщини. Ситуація складніша в таких країнах, як США та Великобританія, де вшанування ветеранів вибудовується навколо більш абстрактного розуміння «обов'язку солдатів захищати свою країну на далеких територіях». Наприклад, у звіті лорда Ешкрофта **«Сприймання ветеранів та військовослужбовців»** (2017), присвяченому питанням суспільного сприйняття ветеранів у Великій Британії, йдеться про наступне:

- 82% вважали, що проблеми з психічним здоров'ям є однією з трьох найпоширеніших проблем, з якими стикаються люди, демобілізовані зі Збройних Сил;
- 78% вважали, що проблеми з психічним здоров'ям дещо (або набагато) частіше трапляються у тих, хто служив у Збройних силах, порівняно з широким населенням.

Такі упередження суспільства разюче контрастують з реальністю, яка полягає в тому, що лише у близько 10% колишніх військовослужбовців по завершенні служби можуть розвинутись симптоми ПТСР. Втім, звіт лише підтверджив поширене у суспільстві сприйняття ветеранів як «поганих, душевнохворих, сумних» та небезпечних членів суспільства.

На противагу таким суспільним поглядам, **опитування**, проведене у січні 2023 року Соціологічною групою «Рейтинг» за ініціативи «Українського ветеранського фонду» Міністерства у справах ветеранів України, вказує на значно більш позитивний образ українських колишніх військовослужбовців в очах пересічних українців:

- рівень довіри до військових сягає свого максимуму: 95% довіряють військовим Збройних Сил України, 93% — ветеранам поточної війни та 95% — ветеранам антитерористичної операції (ATO) 2014–2021 років;

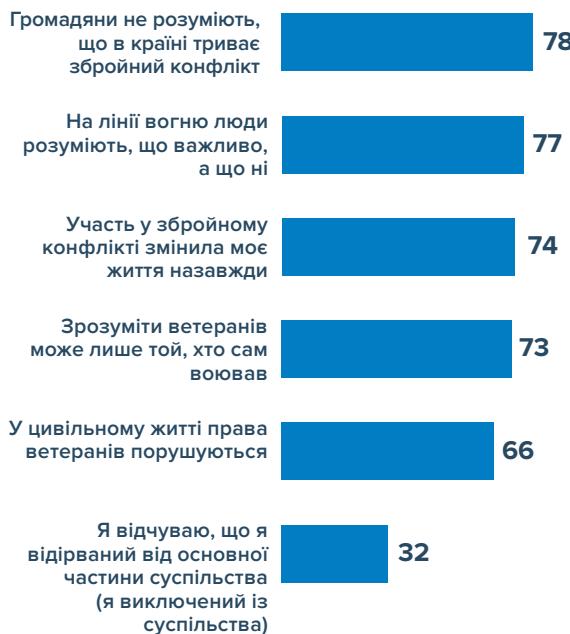
- 91% вважають, що суспільство ставиться до ветеранів з повагою;
- 97% тих, хто має власний бізнес або хотів би його мати, готові взяти на роботу ветерана російсько-української війни;
- 93% готові працювати з ветеранами у складі однієї команди;
- 93% підтримують ідею надання пільг підприємствам, заснованим ветеранами російсько-української війни;
- 75% впевнені, що ветерани російсько-української війни не зловживатимуть пільгами;
- Понад 50% впевнені, що конфлікти в сім'ї, відсутність роботи та зловживання алкоголем або наркотиками будуть ключовими проблемами, з якими ветерани російсько-української війни можуть зіткнутись після повернення додому;<sup>109</sup>
- 2/3 переконані, що після війни самогубство та порушення закону не стануть властивими ознаками поведінки ветеранів;
- 40% назвали психологічні розлади в числі основних проблем, з якими найчастіше стикаються ветерани; від 23% до 29% вважають основними проблемами труднощі з оформленням пільг, пошуком роботи, отриманням медичної допомоги, нерозуміння з боку суспільства;
- Водночас 2/3 респондентів вказали, що вони повністю або частково не обізнані про проблеми ветеранів;
- 47% мають скоріше позитивне ставлення до того, що різні політичні сили можуть запрошувати ветеранів до участі у виборах.

Втім, ці оптимістичні цифри варто оцінювати поруч із результатами дослідження **«Життя після конфлікту: Опитування щодо соціально-демографічних та соціально-економічних характеристик ветеранів конфлікту на сході України та їхніх сімей»**, яке вивчало досвід суспільного життя ветеранів у 2019–2020 роках:

- 49% ветеранів заявили, що протягом останніх шести місяців стикалися з упередженням або несправедливим ставленням (дискримінацією) до них у різних сферах (переважно в громадському транспорті, в сфері медич-

<sup>109</sup> Члени сім'ї ветеранів АТО, які воювали і воюють зараз, гостріше відчувають наявність конфліктів у родині, зловживання алкоголем чи наркотиками.

## Оцінка впливу військового досвіду та реінтеграції, % ветеранів, які погодилися з твердженнями



Джерело: «Життя після конфлікту: Опитування Щодо Соціально-Демографічних та Соціально-Економічних Характеристик Ветеранів Конфлікту на Сході України та їхніх Сімей», січень 2020, на замовлення Представництва Міжнародної організації з міграції (МОМ) в Україні у співпраці з Міністерством у справах ветеранів, тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб за фінансової підтримки Європейського Союзу (ЄС).

ного обслуговування, при отриманні пільг чи соціальної допомоги);

- 78% погодилися, що громадяни не усвідомлюють, що країна переживає збройний конфлікт;
- 77% погодилися, що «на лінії вогню люди починають розуміти, що важливо, а що ні»;
- 74% підтвердили, що участь у збройному конфлікті назавжди змінила їхнє життя;
- 73% впевнені, що зрозуміти ветеранів може лише той, хто сам воював;
- 66% сказали, що права ветеранів в цивільному житті порушуються;
- 32% визнали, що відчувають себе відірваними від основної частини суспільства (виключеними з суспільства).

Опитування показало, що ветерани все ще склонні ділити своє оточення на «своїх» і «чужих», а також ділити своє життя на «до» і «після» військової служби; вони відчувають себе неком-

фортно і не в своїй тарілці та підкреслюють відчуття, що оточуючі намагаються відгородитися від них, уникають помічати ветеранів або навіть ставляться до них з неповагою, оскільки останні нагадують про реальність збройного конфлікту в країні.

Сказане підштовхує до думки, що 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. Вже зараз чимало ветеранів кажуть, що відчувають зміну настроїв в українському суспільстві щодо людей у військовій формі порівняно з тим, якими вони були в перші місяці війни. Цей ризик посилюється тим, що, на відміну від Ізраїлю, Україна за двадцять один місяць війни так і не згуртувалась навколо відчуття тотальної оборони, коли кожен громадянин усвідомлював би себе захисником країни на власному фронті. Через значну протяжність країни відчутність війни для населення західних регіонів є менш вираженою (за винятком періодів повітряних атак): люди живуть звичайним життям за винятком тих, чиї близькі воюють на передовій.

Оскільки стан активної війни все ще не закарбувався в кожній українській душі, формування належного ставлення до військовослужбовців і ветеранів і їх вшанування стає відчутним викликом.

### ► Байдужість бюрократії (приниження при демобілізації, довгі черги до спеціалістів на місцях, консультації некваліфікованими психотерапевтами)

Щонайменше один з наступних факторів було визначено як такий, що є притаманним досвіду країн, в яких проводилось дослідження, причому Ізраїль виявився найменш проблемним (приниження при демобілізації), а Велика Британія отримала найвищий бал за показником черг в очікуванні лікування (іноді лист очікування становить 18 тижнів), бюрократичних затримок і втрати документів, нестачі кваліфікованого персоналу, автоворідповідачів на гарячих лініях тощо.

Наразі український уряд намагається впорядкувати цей процес шляхом створення електронної бази даних ветеранів, персональних веб-кабінетів та переведення більшості послуг для ветеранів у цифровий формат для мінімізації бюрократичних затягувань. Проте деякі проблеми все ще існують, найгострішою з яких є переведення військовослужбовців на обслуговування у цивільних клініках (відсутність цілісної інтегрованої системи обміну документами і передачі повної

## Проходження ВЛК



Джерело: Звіт Gradus Research «Шлях пораненого: Потреби, проблеми та бачення майбутнього» <https://gradus.app/en/>

історії хвороби пацієнта між медичними установами, залученими до процесу лікування).

Витяги, наведені вище, з опитування Gradus Research «Шлях пораненого: Потреби, проблеми та бачення майбутнього», проведеного у липні 2023 року серед поранених учасників бойових дій, є досить показовими в цьому відношенні.

### ► Соціальна «ціна» — самогубства, бездомність, судимість

Всупереч позитивним очікуванням українського суспільства, що високий рівень самогубств та злочинності не буде типовою проблемою серед українських ветеранів, статистика інших країн та попередній досвід війни в Україні 2014–2015 років свідчать про те, що українському уряду все ж варто 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.

Під час конфліктів в Іраку та Афганістані велика кількість ветеранів у Великій Британії потрапила до системи кримінального правосуддя. 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, сконцентровані колишніми військовослужбовцями, часто

відносяться до найтяжчих категорій: вбивства, згвалтування та різні інші насильницькі дії.<sup>10</sup> Психологи та психіатри можуть дуже добре пояснити це явище, але важливо розуміти цей феномен і розглянути низку превентивних заходів для зменшення ризиків зростання злочинності з найсерйознішими наслідками для безпеки людей. При цьому, однак, важливо усвідомлювати необхідність уникати стигматизації ветеранів у цьому відношенні.

За даними тодішньої голови парламентського комітету з питань охорони здоров'я Ольги Богомолець, з 2014 по 2017 рік понад 100 ветеранів АТО покінчили життя самогубством, більшість з них — у віці до 30 років. Найпопулярнішим способом було використання вогнепальної зброї у стані алкогольного сп'яніння. Проти американської статистики, яка повідомляє про 16–22 випадки щодня протягом року, ці цифри в Україні виглядають досить оптимістично, особливо з огляду на те, що за показником загальної кількості самогубств на душу населення Україна випереджає США. Натомість в Ізраїлі кількість самогубств серед (колишніх) військовослужбовців дуже низька, що можна пояснити тим, що (1) військові дуже тісно інтегровані в суспільство; (2) реабілітація проводиться в громаді, а не в «санаторіях для ветеранів»; (3) очікування повернення до нормального функціонування є реалістичними і визначеним в часі; (4) рання діагностика, оскільки військовослужбовці взаємодіють з багатьма надавачами допомоги, які навчені виявляти маркери та тенденції до суїциду на дуже ранніх стадіях — і на різних етапах служби (в армії), і після повернення до цивільного життя.

<sup>10</sup> Дослідження випадків, коли ветерани у Великій Британії стикались з системою кримінального правосуддя Phillips (2014) виявило велику кількість випадків ув'язнення ветеранів під час і після конфлікту в Іраку та Афганістані; причому за даними дослідження, ветерани становлять найбільшу професійну групу у в'язницях Великої Британії, а саме 13–17% ув'язнених: їх класифікують як особливо небезпечних злочинців категорій А і В. (Phillips 2014).

**Основні проблеми, з якими зтикаються військові/  
демобілізовані/ветерани в Україні при отриманні  
 медичної допомоги/комісуванні**



**Проблеми через недбалість**



## ДОВІДКОВО: СТАТИСТИКА СУЇЦИДІВ СЕРЕД ВЕТЕРАНІВ США

У вересні 2022 року Департамент у справах ветеранів США опублікував щорічний Національний звіт про запобігання самогубствам серед ветеранів, який підсумовує дані про самогубства серед ветеранів за період з 2001 по 2020 рр.[xviii] Цей звіт разом з Національною стратегією запобігання самогубствам серед ветеранів на 2018–2028 рр. є ключовими публікаціями для відстеження тенденцій рівня самогубств в популяції ветеранів[xix]. Він представляє «загальноурядовий» підхід США, який задіює ресурси всіх відомств, державно-приватних партнерств та місцевих громад для впровадження повноцінного підходу у сфері громадського здоров'я в рамках їхньої спільної роботи над запобіганням самогубствам серед ветеранів.[xx]

За інформацією ДВ США, у 2001 році в США було зареєстровано 601 випадок самогубства серед ветеранів[xxi]. Протягом наступних 19 років кількість самогубств стала вища в середньому приблизно 6205 смертей на рік (приблизно 17 ветеранів на день) з найвищим показником 6 796 жертв самогубства у 2018 році[xxii]. Згідно з Щорічним звітом за два останні звітні роки 2019 і 2020, коли було зафіксовано 6 479 і 6 146 самогубств відповідно, простежується стійке зниження на 9,7% порівняно з піком 2018 року.[xxiii]

Незважаючи на це зниження у 2020 році, статистика показує, що тенденції смертності від самогубств залишаються непропорційними серед американських ветеранів порівняно з не-ветеранами. Наприклад, за даними ДВ США, рівень самогубств серед дорослого населення, що не є ветеранами, становив 16,1 на 100 000 у 2020 році.[xxiv] Для порівняння рівень самогубств серед ветеранів (без урахування віку чи статі) у тому ж році становив 31,7 на 100 000.[xxv] Хоча цей показник значно коливався протягом 20 звітних років, поточна тенденція показує, що ветерани вчиняють самогубства вдвічі частіше, ніж середньостатистичне доросле населення США.[xxvi]

Для подальшого уточнення тенденцій у ветеранських підгрупах цю статистику можна додатково розбити за ознаками віку, раси та статі. Щодо віку: найбільше самогубств у 2020 році склали ветерани віком від 18 до 34 років — 46,1 випадок на 100 000 осіб[xxvii]. Решта вікових груп розподіляються наступним чином: наступною за кількістю самогубств групою є ветерани віком 75 років і старше — 32 випадки на 100 000 осіб; потім група 35–54 років — 31,8 випадок на 100 000; і група 55–74

років — 27,4 випадків на 100 000.[xxviii] Кожна з цих вікових груп явно перевищує середній показник самогубств серед не-ветеранів, але в той час як з 2019 по 2020 рік показники самогубств для всіх інших вікових категорій знизились, у групі 18–34 років він продовжує зростати.[xxix] Подібна диспропорція існує і за ознакою статі. У 2020 році рівень самогубств серед ветеранів-чоловіків становив 33,7 випадки на 100 000 осіб, тоді як аналогічний показник серед ветеранів-жінок становив 13,8 випадків на 100 000 осіб без поправки на вік.[xxx] Ці дані чітко демонструють, що найбільшу групу ризику складають молодші ветерани та загалом ветерани чоловічої статі.

Контраст стає менш разочарованим, якщо зробити поправку на расову приналежність. За даними ДВ США у 2020 році рівень самогубств серед білих ветеранів становив 34,2 на 100 000; 30,2 на 100 000 серед ветеранів-азіатів, корінних гавайців або мешканців тихоокеанських островів; 29,8 на 100 000 серед американських індіанців або корінних мешканців Аляски; а також 14,2 на 100 000 серед чорношкірих або афроамериканських ветеранів[xxxi]. Хоча розрив у значеннях показників для популяцій білих та чорношкірих ветеранів є досить суттєвим, дані загалом демонструють, що за ознакою раси ці показники є близьчими (для різних груп), ніж за ознакою віку та статі.

На сьогодні самогубство є 13-ю за поширеністю причиною смерті серед усіх ветеранів США і значно поступається серцево-судинним захворюванням і раку, які лідирують за рівнем смертності з поправкою на вік [xxxii]. Хоча ці дані чітко вказують на інші значні проблеми у сфері надання допомоги ветеранам, вони не відображають того, що відбувається з наймолодшим поколінням ветеранів. У віковій групі ветеранів 18–34 років обох статей самогубство є другою найпоширенішою причиною смерті.[xxxiii] Для чоловічої популяції ветеранів США це також стосується вікової групи 35–44 років, в якій самогубство як причина смерті поступається лише нещасним випадкам [xxxiv].

Сукупність даних свідчить про те, що незалежно від віку, раси та статі самогубства серед ветеранської популяції є величезною проблемою. Мабуть, в цьому масиві даних найбільше впадає у очі непропорційно високий рівень самогубств серед молодих ветеранів-чоловіків, які представляють останню когорту ветеранів ГВТ. Відносно молодий вік цієї когорти в поєднанні з більш високими показниками ПТСР свідчать про те, що для ветеранської спільноти США ця проблема залишатиметься актуальною ще дуже довго.

## XII. СТВОРЕННЯ В УКРАЇНІ ЦІЛІСНОЇ ЕКОСИСТЕМИ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ТА ЛІКУВАННЯ ПТСР: РЕКОМЕНДАЦІЇ В СФЕРІ ПОЛІТИКИ ДЛЯ УРЯДУ УКРАЇНИ

### Передові дослідження та науково обґрунтована клінічна практика лікування та реабілітації

1. Розвивати міжнародне партнерство з дослідницькими установами та групами по всьому світу, які розробляють передові методи діагностики ПТСР, що включають нейрофізіологічну оцінку на основі лабораторного тестування на нейроендокринні та запальні біомаркери (насамперед, США та деякі дослідницькі проекти у Великобританії).
2. Започаткувати співпрацю з міжнародними партнерами з метою створення міжнародного репозитарію даних для кращого розуміння епідеміологічного зв'язку між ПТСР та аутоімунними захворюваннями.
3. Провести перепідготовку лікарів і навчити їх розпізнавати погіршення фізичного стану здоров'я як складову діагнозу ПТСР і залучати спеціалістів різних профілів для розробки нових інтегральних підходів надання допомоги, що базуються на принципах політравми і ґрунтуються на досягненнях міжнародних вчених і клініцистів у цій галузі, що перебувають авангарді досліджень і лікування.
4. Розвивати практику застосування більш широкого мультидисциплінарного режиму лікування для уповільнення прогресування ПТСР та забезпечення оптимального одужання.
5. Вийти за рамки традиційних досліджень ПТСР і разом з міжнародними партнерами-однодумцями створити нову парадигму, що відповідатиме сучасному стану розвитку науки і науковим досягненням.
6. Розробити комплексну стратегію, що охоплюватиме аспекти як фізичного, так і психічного та соціального добробуту для надання допомоги людям, що зазнали травм війни.

7. Застосовувати до КПТСР підхід, що базується на принципах політравми, для більш точної оцінки, діагностики та лікування з перехресним посиленням на групи супутніх травм, включаючи постійний моніторинг імунних захворювань, пов'язаних з розладом.
8. Розвивати партнерські мережі з обміну досвідом з відповідними науково-дослідницькими організаціями в рамках військових та ветеранських установ України, США, Великої Британії, Ізраїлю та Західними Балканами для обміну найкращими практиками реабілітації та оцінки політравми, лікування та відновлення ветеранів з діагнозом ПТСР/КПТСР та черепно-мозкової травми, а також досвідом у таких сферах, як реабілітація та реінтеграція після демобілізації, перепрофілювання та професійна реабілітація, консультування ветеранів та їхніх сімей з питань адаптації, а також використання технологій телемедицини (подібно до практики, що була започаткована між Асоціацією Ветеранів при МО США та ЦАХАЛ (Ізраїль) у 2021 році).
9. Провести порівняльні дослідження, які б ґрунтувались на клінічній практиці, різних форм немедикаментозного лікування, як зазначено в Розділі VI цього звіту.
10. Дослідити більш широке використання механізмів та інструментів психокорекції в лікуванні ПТСР для збагачення науково обґрунтованої клінічної практики.

### Діагностування та лікування

11. Відкоригувати всі необхідні нормативні документи (стандарти, клінічні настанови) Міністерства охорони здоров'я України і привести їх у відповідність до стандартів МКХ-11 на національному рівні.
12. Розробити спеціальні програми підтримки та

реабілітації ветеранів з діагнозом (К)ПТСР на базі комплексного підходу до відновлення фізичного і психічного здоров'я та соціального добробуту.

- 13.** Розглянути можливість використання телемедицини та інших цифрових форм дистанційного консультування в найменш доступних регіонах України.
- 14.** Залучати психологів на всіх етапах реабілітації та аблітації.
- 15.** Розглянути можливість впровадження моделі «балансуючого будинку», розробленої медичною клінікою ім. Хайма Шиби (Тель-а-Шомер, Ізраїль), як інструменту для лікування ветеранів, які страждають на (К)ПТСР.

### Інфраструктура та установи

- 16.** Розглянути варіант передачі всіх питань, пов'язаних з ветеранами (включно з дослідженнями та лікуванням ментального дисбалансу через травму війни (МДТВ)), під відповідальність Міністерства у справах ветеранів України, яке має тісніше співпрацювати з Міністерством оборони (за прикладом США).
- 17.** Розробити низку ініціатив із активним залученням ветеранських об'єднань та організацій підтримки для досягнення більш відчутного лідерства Міністетранів як у формуванні політики у справах ветеранів, так і в налагодженні комунікації між міністерствами. З огляду на характер компетенцій, було б доцільно посилити повноваження вектору «МОЗ–Міністетранів» у веденні справ ветеранів.
- 18.** Встановити чітку структуру підпорядкування численних координаційних міжвідомчих мереж, що займаються питаннями ментального дисбалансу через травму війни та психічного здоров'я, які з'явилися протягом 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.
- 19.** Розробити цілісну стратегію включення приватних реабілітаційних центрів, волонтерських організацій та ветеранських благодійних фондів в єдину систему лікування

МДТВ в Україні. Розглянути можливі форми державно-приватного партнерства (в тому числі міжнародного) на національному та регіональному рівнях для компенсації дефіциту ресурсів, доступних з державного бюджету.

- 20.** Розглянути можливість створення національного Центру (К)ПТСР при Міністетранів (за прикладом США) та національного центру декомпресії при МОУ (за прикладом Центру реінтеграції після демобілізації при авіабазі Рамштайн).
  - 21.** Вивчити можливість створення п'яти зразкових центрів лікування та реабілітації МДТВ, кожен з яких спеціалізується на конкретних методах і практиках реабілітації, що використовуються в США, Великобританії, Ізраїлі, Хорватії та Україні (експериментальна методика), з метою подальшого масштабування тієї моделі, що виявиться найбільш ефективною для реабілітації ветеранів України.
- ### Наявність та якість ресурсів
- 22.** Запровадити обов'язковий курс з психіатричної пропедевтичної педіатрії в усі програми навчання психологів у немедичних вищих навчальних закладах, а також для військових та освітніх психологів.
  - 23.** Забезпечити обов'язкову сертифікацію та ліцензування всіх фахівців, які працюють у сфері психіатрії, психології та психотерапії. З цією метою забезпечити якнайшвидше прийняття всіх необхідних законодавчих актів, про які йшлося в Розділі IX цього звіту.
  - 24.** Розробити низку ініціатив, спрямованих на стимулювання підготовки більшої кількості психіатрів, психологів та психотерапевтів в Україні за міжнародними навчальними програмами. З цією метою передбачити виділення відповідних бюджетних коштів на професійну освіту на наступні 5–10 років, а також інвестиції у відповідну освітню інфраструктуру та матеріально-технічну базу (в тому числі, можливо, у форматі міжнародного державно-приватного партнерства).
  - 25.** Розглянути можливість спеціальної освітньої професійної підготовки та пільгових програм для ветеранів, які бажають стати психіатрами, психологами та психотерапевтами.
  - 26.** Розглянути можливість поступового збільшення бюджетних витрат на лікування МДТВ, психологічну та загальну психічну

допомогу ветеранам (в межах середньострокової стратегії по завершенні війни).

- 27.** Розглянути можливість розширення доступу до послуг з лікування МДТВ та загальної психіатричної допомоги на регіональному рівні, що має бути забезпечене необхідними фінансовими, людськими та інфраструктурними ресурсами (з цією метою залучати різні міжнародні донорські програми).
- 28.** Розглянути можливості використання більшої кількості фінансових інструментів ЄС і НАТО, а також двостороннього партнерства у сфері лікування МДТВ і надання психіатричної допомоги ветеранам та іншим групам населення, які зазнали травми (як зазначено у Розділі I звіту). Наприклад, у цьому контексті доцільно вивчити інструменти надання допомоги Європейського фонду миру, а також програму НАТО «Наука заради миру і безпеки/Людські та соціальні аспекти безпеки».

### **Родина, громада та більш широке соціальне середовище**

- 29.** На національному та регіональному рівнях розробити та запровадити навчальні програми для членів сімей учасників бойових дій, які допоможуть їм впоратися з новою реальністю та змінами у характері близьких людей, які повертаються з фронту, та підготують їх до зрілого поводження у цій ситуації. Такі заходи є важливими в тому, що допомагають членам родин ветеранів зрозуміти мислення людини, яка брала участь у бойових діях, і побудувати з нею комфортні стосунки.
- 30.** Створити широку мережу психосоціальної підтримки, вільної від упереджень, на місцях, на рівні громад.
- 31.** Запровадити психологічну освіту та тренінги не лише для фахівців у сфері психічного здоров'я, а й для вчителів та працівників центрів зайнятості, медсестер та волонтерів, поліцейських та батьків, соціальних працівників та працівників пошти — усіх, чия робота пов'язана із взаємодією з людьми та сім'ями (за моделлю Ізраїлю).
- 32.** Розробити чітку політику та стратегії, які враховуватимуть організацію надання громадських послуг з лікування та реабілітації МДТВ, програми подолання стигми (упередження), популяризації психічного здоров'я та освіту фахівців у сфері психічного здоров'я.

**33.** Розробити політику залучення інших сфер, окрім сфери психічного здоров'я, до захисту та популяризації психічної гігієни. Фахівці в школах (психологи, які повинні бути в кожній школі) та фахівці муніципальних соціальних служб можуть зробити значний внесок у виявлення проблеми, але вони також можуть діяти превентивно, а іноді й терапевтично, організовуючи заходи, що сприяливо впливають на рівень психічної гігієни, такі як спортивні змагання, спілкування, культурні заходи (на основі успішного досвіду країн Західних Балкан).

- 34.** Розробити програми підготовки та перекваліфікації ветеранів з особливим акцентом на таких професіях як парамедик, рятувальник, сапер, працівник аварійно-рятувальної служби та інші «адреналінові» професії, а також військових психологів і психотерапевтів та параспортсменів.
- 35.** Сприяти подальшому розвитку підприємництва серед ветеранів.

### **Довгострокове стратегічне планування**

- 36.** Передбачити на рівні державної політики комплексну загальнонаціональну інформаційно-просвітницьку стратегію, спрямовану на формування позитивного інформаційного простору навколо (К)ПТСР та заохочення суспільства в цілому до піклування про ветеранів як невід'ємної частини національної культури.
- 37.** Розробити загальнонаціональні інформаційно-просвітницькі кампанії для позитивного висвітлення (К)ПТСР як тимчасового психічного дисбалансу, який можна ефективно лікувати, особливо за умови своєчасного діагностування. Суспільство має бути проінформоване про природу та наслідки (К)ПТСР, а також розвинуті достатню зрілість та відповідальність, аби сприймати це явище як одну з ран війни, яку необхідно зцілити.
- 38.** Забезпечити, аби лікування ветеранів становило окрему узгоджену екосистему, яка в той же час була б надійно інтегрована до більш широких програм забезпечення психологічного добропідібності нації.
- 39.** Запровадити повний цикл психологічної підтримки військовослужбовців та їхніх родин на етапах перед і під час мобілізації та після демобілізації.
- 40.** Системно розробляти програми декомпресії військовослужбовців для всіх видів збройних сил та інших військових структур.

- 41.** Провести детальне дослідження ресурсного потенціалу для підтримки системи лікування та реабілітації МДТВ з обов'язковим мапуванням ситуації на місцях для отримання чіткого уявлення про всі наявні ресурси та можливості створення якісної та доступної системи охорони психічного здоров'я інтенативного типу.
- 42.** Провести дослідження щодо конкретних потреб у підтримці серед жінок-ветеранів та учасниць бойових дій.

#### **Заходи з розвитку стресостійкості та подолання травм**

- 43.** Розвивати мережу центрів стресостійкості — щонайменше по одному в кожному обласному центрі України, а в областях, що наближені до лінії фронту та перебувають під тимчасовою окупацією російських військ — у більшій кількості (на основі моделі та концепції, запропонованої Ізраїльською коаліцією травми (IKT)). З цією метою масштабувати діяльність існуючих пілотних центрів, які було відкрито IKT в Україні у Києві, Харкові, Хмельницькому, Тернополі та Одесі.

# ДОДАТОК I

## HISTORY OF PTSD

Although Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) was first codified by the American Psychological Association in its 1980 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> edition (DSM-III), accounts of adverse reactions to warfighting can be found throughout history. In Ancient Greece, Homer (8th century BC) offers accounts of psychological distress and trauma in the epic poems *Iliad* and the *Odyssey*. Greek historian, Heroditus (484-425 BC) recounts the story of Epizelos, an Athenian soldier fighting in the Battle of Marathon (490 BC), who lost his eyesight without receiving “a blow in any part of his body nor having been hit with a missile.” Following these early authors, the Western literary canon includes numerous works detailing traumatic experiences and their effects, including William Shakespeare’s *Henry IV* and Charles Dickens’ *A Tale of Two Cities*.

Attempts to codify and treat military trauma first emerged in the 18th century with the modernization of medical theory and practice. Early diagnoses tended to be medical responses to specific events and conflicts rather than being omnibus diagnoses like PTSD that account for multiple causes and effects of trauma. As a result, prior to PTSD, advances in researching and treating psychological trauma ebbed at the end of conflicts, preventing medicine from creating a coherent body of research until the 20th century.

The United States National Center for PTSD, traces the history of the contemporary PTSD diagnosis back to the 1761, when Austrian physician Josef Leopold Auenbrugger described a emotional condition called “nostalgia” that affected young men conscripted into military service who lose hope of returning home from war.<sup>[lxii]</sup> Symptoms of Nostalgia were sadness, loss of the will to live, sleep disturbances, and anxiety. Nostalgia remained an influential model of psychological injury into the 19th century.<sup>[lxiii]</sup>

During the US Civil War (1861-1865), American physician Jacob Mendez Da Costa posited that Nostalgia was rooted in an underlying cardiac condition called neurocirculatory asthenia.<sup>[lxiv]</sup> He contended that overstimulation of a soldier’s heart and circulatory system from carrying heavy loads and warfighting precipitated psychosomatic symptoms similar to our contemporary diagnosis “panic

disorder”, such as rapid pulse, anxiety, and trouble breathing.<sup>[lxv]</sup> Neurocirculatory asthenia was known by several names, including “Da Costa’s syndrome”, “effort syndrome”, “soldier’s heart”, and “irritable heart”. Symptoms of neurocirculatory asthenia were often treated with medicines and soldiers returned to the battlefield.

Da Costa’s theory that physical injury could lead to PTSD-like symptoms was supported by the civilian diagnosis of “railway spine” or “concussion of the spine” as described by British surgeon John Eric Erichsen in 1866. With the advent of passenger train travel in England in the 1830s, rail transportation accidents produced greater numbers of victims. Frequently, survivors of railway accidents were often unscathed but would develop psychological symptoms similar to PTSD in the following days. Erichsen offered the first and most well-known theory of railway spine, positing that the psychological disturbances were the result of physical damage to the spinal cord and nervous system during the accident.<sup>[lxvi]</sup> Railway spine was broadly considered to be a medico-legal diagnosis that helped injured train passengers win compensation lawsuits from railway companies in British courts.<sup>[lxvii]</sup> Despite claims that accident survivors simulated symptoms of railway spine for financial gain (detractors called the condition “compensation neurosis”), Erichsen’s and Da Costa’s theories that psychopathology could result from physical injury would prove to be influential to psychiatrists during World War I.

Shell shock is the most well-known combat trauma diagnosis, and although the British War Office prohibited the use of the term in 1922, it remains in colloquial usage today.<sup>[lxviii]</sup> The term shell shock was coined by British soldiers to describe the syndrome some soldiers manifested after being bombarded by artillery shells during trench warfare. However, not all shell shock patients directly experienced artillery barrages. Symptoms of shell shock included tremors, tics, fatigue, and memory loss, as well as symptoms similar to PTSD such as sleep disturbances, and nightmares.<sup>[lxix]</sup> Dueling medical theories of shell-shock emerged among British psychiatrists, with some claiming physical concussion and poison gas caused shell shock and others contending that it was a purely psychological condition. There was also a delayed-onset variant of shell

shock called “old-sergeant syndrome” which manifested after prolonged combat.[lxix] The magnitude of WWI and numerous memoirs, novels, and poems written by British soldiers fostered public sympathy for traumatized soldiers.[lxx]

During the WWI-era, the US government agencies partnered with the American Medico-Psychological Association (now the American Psychological Association) to standardize medical nomenclature and codify psychiatric conditions. The Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane debuted in 1918. The effort to manualize psychiatric disturbances occurring among US soldiers in WWII was led by William Menninger, head of psychiatry at the Office of the Surgeon General. Technical Medical Bulletin number 203 of the US Army (Medical 203) offered a distinctly psychoanalytic approach to mental illness. Medical 203 categorized psychiatric illnesses as reactions and operated under the premise that mental disturbances could arise in any soldier who is exposed to combat for a significant duration. The Army's nosology provided the basis for the first edition of the American Psychological Association's (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in 1952.[lxxi]

During World War II, the medical understanding of psychological effects on soldiers evolved. The term “shell shock” was replaced by “Combat Stress Reaction” (CSR), also known as “battle fatigue.” The prolonged and intense combat engagements of World War II left many soldiers feeling battle-worn and drained. Interestingly, some American military leaders, like Lieutenant Gen. George S. Patton, doubted the legitimacy of “battle fatigue”.[lxxii]

Remarkably, up to half of all military discharges during World War II were attributed to combat exhaustion. The treatment of CSR revolved around the “PIE” (Proximity, Immediacy, Expectancy) approach. This method emphasized the prompt care of casualties and instilling in sufferers the anticipation of complete recovery, enabling their eventual return to combat after a period of rest. Military psychiatrists also promoted strong military unit bonds as support systems for both preventing stress and aiding in recovery.[lxxiii]

The contemporary PTSD diagnosis is the result of two important events. The first is that the APA removed “gross stress reaction”, its main post-trauma diagnosis from the second edition of the DSM in 1968. It was replaced with “adjustment reaction to adult life”, which did not encompass the traumatic experiences of US soldiers fighting in the Vietnam War. Secondly, in 1970, a group of anti-Vietnam War psychiatrists collaborated with the activist group Vietnam Veterans Against the War to codify

an informal post-traumatic diagnosis for military veterans called “Post-Vietnam Syndrome”. The group argued that veterans suffered from grief associated with perpetrating atrocities in combat and being abandoned by their country when they returned from war. After lobbying the US Congress and campaigning for the diagnosis at the grassroots level, Robert Jay Lifton, one of the anti-war psychiatrists, was appointed to an APA committee to develop a new edition of the DSM. He joined other psychiatrists who studied survivors of the Holocaust and sexual violence, among other groups. Together, they formulated an omnibus diagnosis called “Post Traumatic Stress Disorder” that described the symptoms people experienced after surviving events outside the scope of everyday life.[lxxiv]

## ДОДАТОК II

### MOBILE APPLICATIONS FOR SELF-ASSESSMENT OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE AND SELF-HELP, DEVELOPED IN UKRAINE SINCE FEBRUARY 2022

**“PTSD Coach”.** For prevention and resolution of symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) as of an extreme manifestation of psychological trauma. The use of this application helps to reduce distress and suppress PTSD symptoms, understand the nature of these symptoms, and helps the user get his/her relationships with loved ones back on track.

**“Beat PTSD”, “Bust PTSD”, “Breathe2Relax”, “Tactical Breather”** applications are aimed at improving resilience skills through meditation and concentration on breathing.

**“PFA Mobile Ukraine”** application contains detailed recommendations on how victims can provide first psychological aid both to themselves, after being exposed to psychic trauma, and to those around them — peers, professionals, and loved ones. After installing the app, the following options are visible: Info on psychological first aid (PFA); Typical reactions to stress; Self-preservation; Key stages of PFA; Referral of victims; Resources.

**“Baza”** mobile application is designed to help veterans, relatives or friends of the military and civilians to stabilize their psychological state. You can also get information on the main types of psychological self-help and ask questions to specialists.

**“Calm”.** This app helps reduce anxiety and improve sleep. It will help regulate meditation, sleep, breathing, and teach your brain to relax. The duration of meditation can be preset depending on the user's busyness — from 3 to 25 minutes. The Calm app can be used to work on anxiety, stress management, focus and concentration, gratitude, self-esteem, etc. It also has an option of result tracking.

**“Svitlo”** is a mobile application designed to help the user develop psychological self-care habits.

**“Spokiy”** is an app that helps to calm down. The ability to regain self-control is a very useful habit. Today we have many reasons for growing anxious. We need to learn how to handle our feelings of anxiety and panic. This is what this Ukrainian app will help you with.

**“BetterMe: Mental Health”** application for sustainable emotional well-being and coping with stress will help the user attend to his/her mental health in a comprehensive manner.

**“Mobile Psychological Aid”** service is available at <http://psyservice.org/>. Essentially, this version is not a mobile application, yet it can be easily opened in a browser of any mobile device. The program allows the user to assess their own condition in such categories as sleep quality, depression and PTSD, and contains text content and memos on PTSD symptoms sorted out in a menu; assistance to family members having combat-related mental trauma; anger and anxiety management; depression control; alcohol and drug addiction; stress; relationships with loved ones; psychological resilience.

Communication campaign within the All-Ukrainian Mental Health Program **“How are you?”** launched by First Lady Olena Zelenska. As part of the campaign, a special page has been created on [howareu.com](http://howareu.com), which contains self-help techniques for dealing with stress, contacts of psychological support hotlines, and useful tips for taking care of mental health.

# ПРИМІТКИ

- [i] [https://www.va.gov/vetdata/veteran\\_population.asp](https://www.va.gov/vetdata/veteran_population.asp); [https://www.va.gov/vetdata/docs/Demographics/New\\_Vetpop\\_Model/VetPop2020\\_A\\_Brief\\_Description.pdf](https://www.va.gov/vetdata/docs/Demographics/New_Vetpop_Model/VetPop2020_A_Brief_Description.pdf)
- [ii] PTSD added to the DSM-III in 1980, [https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history\\_ptsd.asp#:~:text=Battle%20Fatigue%20or%20Combat%20Stress,became%20battle%20weary%20and%20exhausted](https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history_ptsd.asp#:~:text=Battle%20Fatigue%20or%20Combat%20Stress,became%20battle%20weary%20and%20exhausted).
- [iii] Id. at [https://www.va.gov/vetdata/veteran\\_population.asp](https://www.va.gov/vetdata/veteran_population.asp)
- [iv] [https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common\\_veterans.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp)
- [v] Id.
- [vi] Id.
- [vii] Id.
- [viii] [https://www.va.gov/vetdata/veteran\\_population.asp](https://www.va.gov/vetdata/veteran_population.asp); National Center for Veterans Analysis and Statistics. Value cited is the 2022 projection from the Period Served excel sheet.
- [ix] Supra note 4.
- [x] Supra note 8; National Center for Veterans Analysis and Statistics. Value cited is the 2022 projection from the Period Served excel sheet.
- [xi] Supra note 4.
- [xii] Id.
- [xiii] Supra note 8; National Center for Veterans Analysis and Statistics. Value cited is the 2022 projection from the Period Served excel sheet Pre-9/11 only table.
- [xiv] Supra note 4.
- [xv] Id.; Supra note 8.
- [xvi] Supra note 8.
- [xvii] <https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/2022/2022-National-Veteran-Suicide-Prevention-Annual-Report-FINAL-508.pdf>
- [xviii] [xvii] <https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/2022/2022-National-Veteran-Suicide-Prevention-Annual-Report-FINAL-508.pdf>
- [xix] [xix] [https://www.mentalhealth.va.gov/suicide\\_prevention/docs/Office-of-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-National-Strategy-for-Preventing-Veterans-Suicide.pdf](https://www.mentalhealth.va.gov/suicide_prevention/docs/Office-of-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-National-Strategy-for-Preventing-Veterans-Suicide.pdf)
- [xx] [xx] Supra note 17 at 4.
- [xxi] [xxi] Id. at 8.
- [xxii] [xxii] Id.
- [xxiii] [xxiii] Id. at 7.
- [xxiv] Id. at 10.
- [xxv] Id.
- [xxvi] Id. (The peak difference came in 2017 where veteran suicide rates were 66.2% greater than non-veterans).
- [xxvii] Id. at 10.
- [xxviii] Id.
- [xxix] Id. at 12.
- [xxx] Id.
- [xxxi] Id. at 13.
- [xxii] Id. at 20.
- [xxiii] Id. at 21.
- [xxiv] Id.
- [xxv] Full Guideline (2023) p.1, <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/index.asp>
- [xxvi] Id.
- [xxvii] Id.
- [xxviii] <https://www.ptsd.va.gov/index.asp>
- [xxix] Supra note 35 at 9-10.
- [xl] Id.
- [xli] Id.
- [xlii] Id.

- [xliii] Id.
- [xliv] Id. at 10-11, These are the first symptoms listed in each Criterion category (Table 2), note that each category has multiple other symptoms that represent a potentially similar but separate manifestation.
- [xlv] Id.
- [xlvi] Id.
- [xlvii] Id. at 24-25.
- [xlviii] Id.
- [xlix] Id.
- [l] [https://www.ptsd.va.gov/understand\\_tx/tx\\_basics.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/tx_basics.asp).
- [li] Id.
- [lii] [https://www.ptsd.va.gov/understand\\_tx/cognitive\\_processing.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/cognitive_processing.asp)
- [liii] Id.
- [liv] [https://www.ptsd.va.gov/understand\\_tx/prolonged\\_exposure.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/prolonged_exposure.asp)
- [lv] Id.
- [lvi] [https://www.ptsd.va.gov/understand\\_tx/emdr.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/emdr.asp)
- [lvii] Id.
- [lviii] [https://www.ptsd.va.gov/understand\\_tx/meds\\_for\\_ptsd.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/meds_for_ptsd.asp)
- [lix] Id.
- [lx] [https://www.ptsd.va.gov/understand\\_tx/medications.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/medications.asp)
- [lxi] Matthew Friedman, History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5, n.d. [https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history\\_ptsd.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history_ptsd.asp).
- [lxii] George Rosen, Percussion and Nostalgia, Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, Volume XXVII, Issue 4, October 1972, Pages 448–450, <https://doi.org/10.1093/jhmas/XXVII.4.448>
- [lxiii] O. Paul, Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. Br Heart J. 1987 Oct;58(4):306-15. <https://doi.org/10.1136/hrt.58.4.306>
- [lxiv] See Panic Disorder DSM-5 300.01 (F41. 0) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- [lxv] John Eric Erichsen, On Railway Spine and Other Injuries of the Nervous System. (Philadelphia, PA: Henry C. Lea, 1867)
- [lxvi] Leonard Grant, (2017). Traumatic Formations and Psychiatric Codifications: A Rhetorical History of Post-traumatic Stress Disorder. [Doctoral Dissertation, Virginia Tech]. [https://vttechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/86174/Grant\\_LF\\_D\\_2017.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://vttechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/86174/Grant_LF_D_2017.pdf?isAllowed=y&sequence=1)
- [lxvii] Report of the War Office Committee of Enquiry into “Shell-Shock” [1922]. (London: Imperial War Museum, 2004)
- [lxviii] Ben Shephard, War, medicine and modernity. Medical History. 2000;44(2):287–287.
- [lxix] ibid.
- [lx] Paul Fussel, The Great War and Modern Memory. (New York: Oxford University Press, 1975)
- [lxi] Michael D. Trimble, (1985). Post-traumatic Stress Disorder: History of a concept. In C.R. Figley (Ed.), Trauma and its wake: The study and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. New York: Brunner/Mazel. Revised from Encyclopedia of Psychology, R. Corsini, Ed. (New York: Wiley, 1984, 1994)
- [lxii] TR Mareth and AE Brooker, Combat stress reaction: a concept in evolution. Mil Med. 1985 Apr;150(4):186-90
- [lxiii] Edward Jones and Simon Wessely, “Forward Psychiatry” in the Military: Its Origins and Effectiveness. J Trauma Stress 16, 411–419 (2003). <https://doi.org/10.1023/A:1024426321072>
- [lxiv] Leonard Grant, “Post-Vietnam syndrome: psychiatry, anti-war politics, and the reconstitution of the Vietnam veteran.” Rhetoric of Health & Medicine 3, no. 2 (2020): 189-219. <https://muse.jhu.edu/article/757050>
- [lxv] How Common Is PTSD? <https://www.ptsd.va.gov/understand/common/index.asp>
- [lxvi] SC Park and YK, Kim, (2020). Anxiety Disorders in the DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions. In: Kim, YK. (eds) Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1191. Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0\\_12](https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_12)
- [lxvii] Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- [lxviii] Military Sexual Trauma. US Department of Veterans Affairs. <https://www.va.gov/health-care/health-needs-conditions/military-sexual-trauma/>
- [lxix] Sonya B. Norman and Shira Maguen, Moral Injury, National Center for PTSD. [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral\\_injury.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral_injury.asp)

# ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

1. <https://reliefweb.int/report/ukraine/mental-health-ukraine-april-2023>
2. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmdfence/1635/1635.pdf>
3. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmdfence/813/813.pdf>
4. <http://journal.eu-jr.eu/health/article/view/797/774>
5. <https://www.rsisinternational.org/journals/ijrias/DigitalLibrary/Vol.4&Issue1/07-11.pdf>
6. <https://www.mil.gov.ua/ministry/zmi-pro-nas/2014/10/20/psihologidlyauchasnikiv-ato/>
7. <http://army.unian.ua/998082-psihologidlyauchasnikiv-ato.html>
8. [https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2014/11/104\\_124-127.pdf](https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2014/11/104_124-127.pdf)
9. <https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/2021/2021-National-Veteran-Suicide-Prevention-Annual-Report-FINAL-9-8-21.pdf>
10. <https://dx.doi.org/10.1037/e530682014-001>
11. [https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/media/documents/publication/kennan\\_cable\\_13\\_what\\_ukraine\\_can\\_learn\\_from\\_other\\_countries\\_about\\_ptsd.pdf](https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/media/documents/publication/kennan_cable_13_what_ukraine_can_learn_from_other_countries_about_ptsd.pdf)
12. <https://s31949.pcdn.co/wp-content/uploads/UKVFS-Report-2-v6c.pdf>
13. <https://s31949.pcdn.co/wp-content/uploads/Single-Page-Full-Report.pdf>
14. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1145999/UK\\_armed\\_forces\\_suicides\\_1984\\_to\\_2022.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1145999/UK_armed_forces_suicides_1984_to_2022.pdf)
15. [https://www.mentalhealth.va.gov/suicide\\_prevention/docs/Office-of-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-National-Strategy-for-Preventing-Veterans-Suicide.pdf](https://www.mentalhealth.va.gov/suicide_prevention/docs/Office-of-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-National-Strategy-for-Preventing-Veterans-Suicide.pdf)
16. <https://www.ptsd.va.gov/professional/index.asp>
17. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VA-DoD-CPG-PTSD-Full-CPG.pdf>
18. [https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common\\_veterans.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp)
19. [https://www.researchgate.net/publication/314875777\\_UK\\_Psychological\\_Trauma\\_Society\\_UKPTS\\_Guideline\\_for\\_the\\_treatment\\_and\\_planning\\_of\\_services\\_for\\_Complex\\_Post-Traumatic\\_Stress\\_Disorder\\_in\\_adults](https://www.researchgate.net/publication/314875777_UK_Psychological_Trauma_Society_UKPTS_Guideline_for_the_treatment_and_planning_of_services_for_Complex_Post-Traumatic_Stress_Disorder_in_adults)
20. <https://acpuk.org.uk/wp-content/uploads/2022/03/Standards-for-Psychological-Rehabilitation-in-Major-Trauma-CHPN-ACP-Mar-2022.pdf>
21. <https://www.rand.org/news/press/2008/04/17.html#:~:text=Nearly%2020%20percent%20of%20military,a%20new%20RAND%20Corporation%20study>
22. <https://www.wilsoncenter.org/publication/kennan-cable-no13-what-ukraine-can-learn-other-countries-experiences-ptsd>
23. [https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2800086?utm\\_source=For\\_The\\_Media&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=ftm\\_links&utm\\_term=010523](https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2800086?utm_source=For_The_Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_term=010523)
24. [https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common\\_veterans.asp#:~:text=At%20some%20point%20in%20their,of%20100%2C%20or%206%25](https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp#:~:text=At%20some%20point%20in%20their,of%20100%2C%20or%206%25)
25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31248740/>
26. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/association-between-posttraumatic-stress-disorder-severity-and-death-by-suicide-in-us-military-veterans-retrospective-cohort-study/2B7ACEA938B808BC53D5AE606E05D484>
27. <https://www.nbcnews.com/us-news>
28. [https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/vpj1112\\_sum.pdf](https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/vpj1112_sum.pdf)
29. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/armedforcescommunity/bulletins/ukarmedforcesveteransenglandandwales/census2021>
30. <https://www.kcl.ac.uk/news/increase-in-probable-ptsd-among-british-military>
31. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/mental-health-outcomes-at-the-end-of-the-british-involvement-in-the-iraq-and-afghanistan-conflicts-a-cohort-study/E77CCC4B6D0B2A3B6A481C0980D29E93>
32. [https://books.google.com.ua/books?id=Dc3xDwAAQBAJ&pg=PA269&lpg=PA269&dq=Among+people+who+have+had+a+diagnosis+of+PTSD+at+some+point+in+their+lifetime,+approximately+27%25+have+also+attempted+suicide.&source=bl&ots=4ODX2YgL9g&sig=ACfU3U2BxYtC9MGkNbr-eNGUdp1ai&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Among%20people%20who%20have%20had%20a%20diagnosis%20of%20PTSD%20at%20some%20point%20in%20their%20lifetime%2C%20approximately%2027%25%20have%20also%20attempted%20suicide.&f=false](https://books.google.com.ua/books?id=Dc3xDwAAQBAJ&pg=PA269&lpg=PA269&dq=Among+people+who+have+had+a+diagnosis+of+PTSD+at+some+point+in+their+lifetime,+approximately+27%25+have+also+attempted+suicide.&source=bl&ots=4ODX2YgL9g&sig=ACfU3U2BxYtC9MGkNbr-eNGUdp1ai&redir_esc=y#v=onepage&q=Among%20people%20who%20have%20had%20a%20diagnosis%20of%20PTSD%20at%20some%20point%20in%20their%20lifetime%2C%20approximately%2027%25%20have%20also%20attempted%20suicide.&f=false)

- 33.** <https://combatstress.org.uk/new-research-reveals-higher-rate-ptsd-among-veterans>
- 34.** <https://www.dailyrecord.co.uk/news/scottish-news/uk-armed-forces-suicide-rate-23891035>
- 35.** [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/874821/6.6409\\_CO\\_Armed-Forces\\_Veterans-Factsheet\\_v9\\_web.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/874821/6.6409_CO_Armed-Forces_Veterans-Factsheet_v9_web.pdf)
- 36.** <https://www.gov.uk/government/collections/offender-management-statistics-quarterly>
- 37.** [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/750708/ex-service-personnel-prison-population-2018.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/750708/ex-service-personnel-prison-population-2018.pdf)
- 38.** <https://www.gov.uk/government/publications/former-members-of-the-armed-forces-and-the-criminal-justice-system>
- 39.** [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/717033/20180621\\_Mental\\_Health\\_Annual\\_Report\\_17-18\\_O.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/717033/20180621_Mental_Health_Annual_Report_17-18_O.pdf)
- 40.** [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/694148/20180327-UK\\_AF\\_Suicide\\_National\\_Statistic\\_2018\\_O.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/694148/20180327-UK_AF_Suicide_National_Statistic_2018_O.pdf)
- 41.** [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1145999/UK\\_armed\\_forces\\_suicides\\_1984\\_to\\_2022.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1145999/UK_armed_forces_suicides_1984_to_2022.pdf)
- 42.** <https://balkaninsight.com/2018/09/20/inadequate-assistance-of-croatian-veterans-treated-by-ptsd-veteran-association-warned-09-20-2018/>
- 43.** [https://www.pilar.hr/wp-content/images/stories/dokumenti/zbornici/21/z\\_21\\_103.pdf](https://www.pilar.hr/wp-content/images/stories/dokumenti/zbornici/21/z_21_103.pdf)
- 44.** [https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/In\\_Press/In\\_Press\\_61.pdf](https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/In_Press/In_Press_61.pdf)
- 45.** <https://www.zagreb.hr/UserDocsImages/arhiva/branitelji/PUBLIKACIJA%20Samoubojstva%20hrvatskih%20branitelja%20u%20Zagrebu%20i%20Hrvatskoj.pdf>
- 46.** <https://www.vanityfair.com/news/2015/05/ptsd-war-home-sebastian-junger>
- 47.** <https://www.wilsoncenter.org/publication/kennan-cable-no13-what-ukraine-can-learn-other-countries-experiences-ptsd>
- 48.** <https://www.middleeastmonitor.com/20230501-soaring-suicide-cases-among-israel-forces-warns-army-chief/>
- 49.** <https://www.ibtimes.com/suicide-rates-more-doubled-among-soldiers-serving-israel-defense-forces-1772338>
- 50.** <https://www.timesofisrael.com/with-1-in-15-soldiers-jailed-last-year-idf-rethinks-its-rules-of-incarceration/>
- 51.** <https://hromadske.ua/posts/kilkist-veteraniv-ta-chleniv-simej-zagiblih-mozhe-zrosti-do-5-mln-pislyavijni-minveteraniv>
- 52.** [https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/30987/2/MNTKv3\\_2019v3\\_Sochenko\\_T\\_Y-PTSD\\_among\\_military\\_160-161.pdf](https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/30987/2/MNTKv3_2019v3_Sochenko_T_Y-PTSD_among_military_160-161.pdf)
- 53.** <http://eprints.zu.edu.ua/31037/1/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%96%D1%81%D0%BD%D0%B5%20%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%B7%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D1%82%D0%B5%D0%B7.pdf#page=194>
- 54.** <https://minjust.gov.ua/news/ministry/minyust-ta-minveteraniv-domovilis-pro-stvorennya-robochoi-grupi-z-vzaemodii-schodo-zasudjenih-yaki-e-veteranami-viyni>
- 55.** [https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/MH-report-for\\_INTERNET\\_All\\_ua.pdf](https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/MH-report-for_INTERNET_All_ua.pdf)
- 56.** Adams, R. S., Larson, M. J., Meerwijk, E. L., Williams, T. V., & Harris, A. H. S. (2019). Post deployment polytrauma diagnoses among soldiers and veterans using the veterans' health affairs polytrauma system of care and receipt of opioids, nonpharmacologic, and mental health treatments. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 34(3), 167-175.
- 57.** Albright, D. L., Lana-Walsh, K., Thayer, B. A., Godfrey, K. K., & Waller, R. J. (2020). Combat veterans with polytrauma and traumatic brain injury: Exploring variables affecting access to social work outpatient services. *Traumatology*, 26(4), 344-350.
- 58.** American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed.)
- 59.** American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> ed.).
- 60.** Baker, D. G., Heppner, P., Afari, N., Nunnink, S., Kilmer, M., Simmons, A., et al. (2009). Trauma exposure, branch of service, and physical injury in relation to mental health among US veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Mil Med*, 174, 733-78.
- 61.** Bam, M., Yang, X., Zumbrun, E. E., Zhong, Y., Zhou, J., Ginsberg, J. P., Leyden, Q., Zhang, J., Nagarkatti, S. P., Nagarkatti, M. (2016). Dysregulated immune system networks in war veterans with PTSD is an outcome of altered miRNA expression and DNA methylation. *Scientific Reports*. 6. 31209
- 62.** Betancourt, T. S., Keegan, K., Farrar, J., & Brennan, R. T. (2020). The intergenerational impact of war on mental health and psychological wellbeing: Lessons from the longitudinal study of war-affected youth in Sierra Leone. *Conflict and Health*, 14(62). <https://DOI.org/10.1186/s13031-020-00308-7>

- 63.** Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. F., Domino, J. L. (2015). The Post Traumatic Check List for DSM-5 (PLC-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 28 (6). 489-498.
- 64.** Boggs-Bookwalter, D., Roenfledt, K. A., LeardMann, C. A., Yeon-Kong, S., Riddle, M. S., & Rull, R. P. (2020). Posttraumatic stress disorder and risk of selected autoimmune disease among US military personnel. *BMC Psychiatry*, 20(23), 1-8.
- 65.** Bouvard Guzman, M. (2012). Invisible Injuries of War: Coming Home from Iraq and Afghanistan. *Prometheus*
- 66.** Bryant, R. A., Nickerson, A., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., & Galatzer-Levy, I. (2015). Trajectory of post-traumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. *Be J Psychiatry*, 206(5), 417-423.
- 67.** Burrell, L. M., Adams, G. A., Durand, D. B., Castro, C. A. (2006). The impact of military lifestyle demands on well-being, army and family outcomes. 33(24). 352-355.
- 68.** Courtois, C. (2008). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, S(1), 86-100.
- 69.** Dyball, D., Evans, S. C., M., Boos, C. J., Stevelink, S., & Fear, N. T. (2019). The association between PTSD and cardiovascular disease and its risk factors in male veterans of the Iraq/Afghanistan conflicts: A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 31(1), 34-48.
- 70.** Ehrlich, P., and M. Morgenroth. (1900). The Concept of 'horror autotoxicus' first expressed: on heamolysis: third communication. In *The Collected Papers of Paul Ehrlich*. New York: Pergamon. 205-212
- 71.** Friedman, M. J. (2003). Post-traumatic stress disorder: The latest assessment and treatment strategies. *Compact Clinicals*.
- 72.** Fulton, J. J. Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., & Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/ Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 31,98-107.
- 73.** Godbout, N., Hodges, M., Briere, J., Runtz, M. (2016) Structural Analysis of the Trauma Symptom Inventory-2. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma*. 25(3). 333-346.
- 74.** Groer, M. W., Kane, B., Williams, S. N., & Duffy, A. (2015). Relationship of PTSD symptoms with combat exposure, stress, and inflammation in Americans Soldiers. *Biological Research for Nursing*, 17(3), 303-310.
- 75.** Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N. Engl. J. Med*, 351, 13-22.
- 76.** Hotopf, M., Hull, L., Fear, N. T., Fear, Browne, T., Horn, O., Iversen, A., Jones, M., Murphy, Dominic, Bland, D., Earnshaw, M., Greenburg, N., Hacker-Hughes, J., Tate, R. T., Dandeker, C., Rona, R., Wessely, S. (2006). The health of UK military personnel who deployed to the 2006 Iraq war: a cohort study. *Lancet*. 367: 1731-41
- 77.** House of Commons Defence Committee, Mental Health and the Armed Forces, Part One : The Scale of the Mental Health Issues. Eleventh Report of Session 2017 – 2019. Published 2018.
- 78.** Howell, A. (2014). Resilience, war, and austerity: The ethics of military human enhancement and the politics of data. *Security Dialogue*, 46(1), 15-31.
- 79.** International classification of diseases eleventh revision (ICD-11). (2022). Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-ND 3.0 IGO.
- 80.** Jones, N., Jones, E., Robbins, I., Wessely, S., Greenburg, N. (2017). Combat Experiences and their Relationship to Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Clusters in UK Military Personnel Deployed to Afghanistan. *Behavioral Medicine*. 44(2). 131 – 140.
- 81.** Jones, N., Whelan, C., MacFarlane, A., Harden L., Burdett, H., Greenburg, N. (2018). Resilience-based intervention for UK military recruits: A randomized controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine* 76(2).
- 82.** Karabatsakis, A., Hamuni, G., Wilker, S., Kolassa, S., Renu, D., Kadereit, S., et al. (2015). Metabolite profiling in post-traumatic stress disorder. *J Mol Psychiatry*, 3(1), 2.
- 83.** Katrini, S., Oliveria, N. C. S., Felger, J. C., Michopoulos, V., & Smith, A. K. (2022). The role of the immune system in posttraumatic stress disorder. *Translational Psychiatry*, 12(313), 1-14.
- 84.** Kiyimba, N., Buxton, C., Suttleworth, J., & Pathe, E. (2022). Discourses of psychological trauma. Cham, Switzerland: Palgrave MacMillan.
- 85.** Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbanks, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., and Weiss, D. S. (1988). Contractual report findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study: Volume I: Executive summary, Description of finding, and technical appendices. *National Vietnam Veterans Readjustment Study*
- 86.** Leardmann, C. A., Smith, T. C., Smith, B., Wells, T. S., & Ryan, M. A. (2009). Baseline self-reported functional health and vulnerability to post-traumatic stress disorder after combat deployment: Prospective US military cohort study. *BMJ*, 338, 1273.

87. Lerner, A. Jeremais, P., Matthais, T. (2015). The world incidence and prevalence of autoimmune disease is increasing. *Int. J. Celiac Dis*, 3, 151-155.
88. Lindqvist, D., Mellon, S. H., Dhabhar, F. S., Yehuda, R., Grenon, S. M., Florys, J. D., Bierer, L. M., Abu-Amara, D., Coy, M., Makotkine, I., Reus, V. I., Bersanito, F. S., Marmar, C. R., & Wolkowitz, O. M. (2017). Increased pro-inflammatory milieu in combat related PTSD - A new cohort replication study *Brain Behav Immun*, 59, 260-264.
89. MacManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T. (2016). Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey. Leeds: NHS Digital.
90. McFarlane, A. C. (2015). The impact of war on mental health: Lest we forget. *World Psychiatry*, 14(3), 351-353.
91. McFarlane, A.C., Lawrence-Wood, E., Van-Hooff, M., Malhi, G.S., Yehuda, R. (2017), The Need to Take a Staging Approach to the Biological Mechanisms of PTSD and its Treatment. *Psychiatry Rep* (2017). 19. 10.
92. Mellon, S. H., Gautam, A., Hammamieh, R., Jett, M., & Wolkowitz, O.M. (2018). Metabolism, metabolomics, and inflammation in post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 83, 866-75.
93. Mellon, S. H., Bersani, F. S., Lindqvist, D., Hammamieh, R., Donohue, D., Dean, K., Jett, M., Yehuda, R., Flory, J., Reus, V. I., Bierer, Makotkine, I., Abu-Amara, D., Henn-Hasse, C., Coy, M., Doyle, F. J., Marmar, C., & Wolkowitz, O. M. (2019). Metabolomic analysis of male combat veterans with post-traumatic stress disorder. *PLoS ONE*, 14(3), 1-25.
94. Miller, K., Discroll, D., Smith, L. M., & Ramaswamy, S. (2017). The role of inflammation in later-life post-traumatic stress disorder. *Military Medicine*, 182, 11-12.
95. Myers, C. (1915). A contribution to the study of shell shock: Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the Duchess of Westminster's War Hospital, Le Toutquet. *The Lancet*, 185(4772), 316-320.
96. Mellon, S. H., Gautam, A., Hammamieh, R., Jett, M., & Wolkowitz, O.M. (2018). Metabolism, metabolomics, and inflammation in post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 83, 866-75.
97. Newman, E., Briere, J., Kirlic, N., (2012). Clinical assesment as a form of listening and intervention. In R. A. McMackin, E. Newmand, J. M. Fogler, T.M. Keane (Eds), *Trauma therapy in context: The science and craft of evidence-based practice* (pp. 51-71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13746-003>
98. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder NICE Guidelines. Accessed from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/post-traumatic-stress-disorder-pdf-666141601777861>
99. O'Donovan, A., Cohen, B. E., Seal, K., Bertenthal, D., Margareteen, M., Nishimi, K., & Neylan, T. C. (2016). Elevated risk for autoimmune disorders in Iraq and Afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 77(4), 365-374.
100. Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiology foundation of emotions, attachment, communications, and self-regulation*. New York, NY: Norton.
101. Schultebraucks, K., Qian, M., Abu-Amara, D., Dean, K., Laska, E., Siegel, C., Gautam, A., Guffanti, G., Hammamieh, R., Misganaw, B., Mellon, S. H., Wolkowitz, O. M., Blessing, E. M., Etkin, A., Ressler, K. J., Doyle, F. J., Jett, M., & Marmar, C. R. (2021). Pre-deployment risk factors for PTSD in active-duty personnel deployed to Afghanistan: A machine-learning approach for analyzing multivariate predictors. *Molecular Psychiatry*, 26, 5011-5022.
102. Shalev, I., Entringer, S., Wadhwa, P.D., Wolkowitz, O. M., Puterman, E., Lin, J., & Epel, E.S (2013). Stress and Telomere biology: A lifespan perspective. *Psycho- neuroendocrinology*, 38(9), 1835-1842. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2013.03.010. Epub 2013 Apr 29. PMID: 23639252: PMCID: PMC3735679
103. Sherman, N. (2015). *Afterwar: Healing the moral wounds of our soldiers*. Oxford: Oxford University Press.
104. Sibai, A. M., Fletcher, A., & Armenian, H. K. (2001). Variations in the impact of long-term wartime stressors on mortality among the middle-aged and older populations in Beirut, Lebanon, 1983-1993. *Amerlcan Journl od Epidemiology*, 154(2)128-137.
105. Smurr, L. M., Robinson, M., & Smith-Forbes, E. (2008). Treating the war casualty: Case reports of polytrauma. *Journal of Hand Therapy*, 21(2), 177-188.
106. Sumner, J. A., Nishimi, K. M., Koenen, K. C., Roberts, A. L., & Kubzansky, L. D. (2020). Posttraumatic stress disorder and inflammation: Untangling issues of bidirectionality. *Society of Biological Psychiatry*, 87, 885-897.
107. Snell, F. I., Hatler, J. M. (2010). A signature wound of war: mild traumatic brain injury. *Nurse Mental Health*. 48(2). 22-28.
108. U.S Department of Veterans Affairs. (2022). VA disability compensation for PTSD. <https://www.va.gov/disability/eligibility/ptsd/> [Accessed on 14/03/22].

- 109.** Vogt, D., Borowski, S. C., Godier-McBard, L. R., Fossey, M. J., Copeland, L. A., Perkins, D. F., & Finley, E. P. (2022). Changes in the health and broader well-being of U.S. veterans in the first three years after leaving the military service: Overall trends and group differences. *Soc Sci Med*, 294, 1-10)
- 110.** World Health Organisation (2022). International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). <https://icd.who.int/en>
- 111.** World Health Organization Ukraine. (2022). Accessing health care in Ukraine after 8 months of war: The health system remains resilient, but key health services and medicine are increasingly unaffordable. <https://www.who.int/europe/news/item/24-10-2022-accessing-health-care-in-ukraine-after-8-months-of-war--the-health-system-remains-resilient--but-key-health-services-and-medicine-are-increasingly-unaffordable>
- 112.** Yehuda, R., Vermetten, E., McFarlane, A.C., & Lehrer, A. (2014). PTSD in the military: Special considerations for understanding prevalence, pathophysiology and treatment following deployment. *Eur J Psycho-traumatology*, 5, 1-7.
- 113.** Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції : монографія. Харків. Вид-во НУЦЗУ. 2017. 256 с.
- 114.** Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2020. 192 с.
- 115.** U.S. Department of Veterans Affairs | 810 Vermont Avenue, NW Washington DC 20420
- 116.** [www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/complex\\_ptsd.asp](http://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/complex_ptsd.asp)
- 117.** Мері Бет Вільямс. ПТСР: Робочий зошит. Ефективні методи подолання симptomів травматичного стресу Київ. Видавництво Ростислава Бурлаки. 2023. – 528 с.
- 118.** Ройтер Кірбі, діалектична поведінкова терапія ПТСР. Тренінг навичок. Практичні вправи. СПб.: Діалектика. 2021. – 256 с.
- 119.** Протокол з діагностики та терапії ПТСР. URL: [https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice\\_2.pdf](https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf)
- 120.** World Health Organization, 2006 - World Health Organization (2006) Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group «Health» (EGH). Editors: B. Bennet, M. Repacholli, Zh. Carr. WHO, Geneva, 160 p.
- 121.** Loganovsky K. et al., 2008 Loganovsky K., Havenaar J.M., Tintle N.L. et al. (2008) The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident. *Psychol. Med.*, 38(4): 481–488.
- 122.** Тарабрина Н.В. (ред.), 2007 Тарабрина Н.В. (ред.) (2007) Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Когито-Центр, Москва, 48 с.
- 123.** Speckhard A., 2005 Speckhard A. (2005) Psycho-social and physical outcomes of technological disaster: information as a traumatic stressor. N. Berkowitz (Ed.) A Chernobyl reader, University of Wisconsin Press (<http://www.annespeckhard.com/articles.html>).
- 124.** Румянцева Г. М., Степанов А.Л., 200; Румянцева Г.М., Степанов А.Л. (2006). Клинико-психопатологические особенности посттравматического стрессового расстройства при разных типах стрессового воздействия и некоторые терапевтические подходы. *Психиатр. и психофармакологер.*, 8 (6): 10–16.
- 125.** Пострелко В.М., 2001; 2003; б; в Пострелко В.М. (2001) Психічні розлади у ліквідаторів Чорнобильської катастрофи, що страждають на синдром залежності від алкоголю (клініко-психологічні особливості). *Архів психіатрії*, 1–2: 2–25.
- 126.** Пострелко В.М. (2003а) Особливості анамнезу коморбідних станів, спричинених сукупним впливом іонізуючих випромінювань та синдромом залежності від алкоголю. *Вісн. наук. досліджень*.
- 127.** Пострелко В.М. (2003б) Особливості перебігу стану відміни у осіб, що є залежними від алкоголю і страждають нервово-психічними розладами радіаційного походження. *Укр. мед. альманах*, 6(6): 127–129.
- 128.** Пострелко В.М. (2003в) Специфіка патогенезу синдрому залежності від алкоголю у хворих з непсихотичними психічними розладами радіаційного походження. *Укр. мед. альманах*, 6: 113–115.
- 129.** Bennet B. et al., 2006; Bromet EJ, 2007 Bennet B., Repacholli M., Carr Zh. (Eds.) (2006) World Health Organization. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group «Health» (EGH), WHO, Geneva, 160 p.
- 130.** Напрєнко О.К., Логановський К.М. (2002) Сучасні психіатричні класифікації: спроба об'єднання. *Укр. мед. часопис*, 2 (28): 5–12 (<http://www.umj.com.ua/article/1564>).
- 131.** Qureshi SU et al., 2011 Qureshi S.U., Long M.E., Bradshaw M.R. et al. (2011) Does PTSD impair cognition beyond the effect of trauma? *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 23(1): 16–28.

# БІОГРАФІЇ ЕКСПЕРТІВ

## Iuliia Osmolovska

Iuliia Osmolovska is a Director of the Kyiv Office of GLOBSEC. She is a sitting member of the Civil Council of the Ministry of Foreign Affairs of Ukraine. Iuliia is a career diplomat with 15 years of diplomatic and civil service at the Ministry of Foreign Affairs of Ukraine, the Office of the President of Ukraine and the Cabinet of Ministers of Ukraine with the focus on institutional reforms in the government sector. She holds a Master of Philosophy in European Studies from the University of Cambridge, a Master in Foreign Policy from the Diplomatic Academy of Ukraine, Master of International Management from Kyiv State Economic University.

## Mandy Bostwick, MSc, MA, ISSTD, Specialist Trauma Psychotherapist

Mandy Bostwick is a clinician, consultant, and speaker. Her work in the UK has involved supporting military regiments and veterans and their families, advising mental health services, prison sector establishments, and court and police liaison officers. In 2016, Mandy was appointed as Specialist Trauma Psychotherapist to the Colonel Fund of the Grenadier Guards, a charitable arm of the Grenadier Guards Charity established in 2007. Recognized as one of the leaders in her field, Mandy was appointed to help support the most seriously wounded and traumatized, many suffering Complex PTSD and comorbid disorders as a result of the Afghanistan conflict. Since then, she has championed their causes and worked tirelessly to ensure their injuries are better diagnosed and understood to reduce detrimental impact of PTSD on their health and long-term well-being. Highly respected amongst her peers and patients Mandy has previously provided evidence to the Ministry of Defense and the Defense Select Committee raising the profile of Traumatic Brain Injury for those who had returned from Iraq and Afghanistan without accurate assessment, diagnosis, and treatment. Mandy's pioneering work challenges the current ideology of PTSD and is based on the most up-to-date research and involves collaboration with international experts around the world. Mandy is currently completing her doctorate at Chester University in England and is supporting Ukraine to adopt more advanced approaches to assessment, diagnosis, and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder.

## Lenny Grant, PhD

Assistant Professor of Writing and Rhetoric at Syracuse University (New York, USA). He researches historical relationships between language and medical codifications of psychological trauma, focusing on how those codifications influence treatment options and patient identity with an eye on addressing present concerns. He is also co-leader of the Onondaga Community Trauma Task Force (NY), which assesses and addresses gaps in mental health infrastructure and psychoeducation. In 2021, Dr. Grant founded the Resilience Writing Project to teach mental health workers and allied professionals to use expressive writing to process primary and secondary trauma and develop pro-social emotions.

## RJ Naperkowski

is a 2023 graduate of the Syracuse University College of Law and currently works as the Senior Research Fellow for the Institute for Security Policy and Law (SPL). In this role, RJ supports SPL's esteemed national security professionals such as Judge James E. Baker and Vice Admiral Robert Murrett (Ret.) with qualitative research on topics ranging from Artificial Intelligence to the War in Ukraine. Before working at SPL, RJ served as a U.S. Army Captain in Explosive Ordnance Disposal from 2014 through 2020. As an EOD Officer, RJ worked closely with multiple U.S. Agencies to mitigate Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and Explosives threats as well as train NATO Allies and Partner Nation Forces across the globe.

## Yana Sofovich

International Relations Lecturer and Project Executive, with MSc in Political Sociology, MA in Diplomacy and BA in Political Science. Experience in variety of fields such as demining mine fields in Angola, organization of political conferences, interpreter, strategic planning at London Olympic 2012, presenter and served at Israeli Defense Forces as medical nurse. Volunteered at Human Rights Watch London, United Hatzalah and Frida. Medical Volunteer Mission in Ukraine.

## Oleksandr Gershmanov, M.Ed S.W. CBT psychotherapist

Graduate of Kharkiv and Jerusalem Universities. International psycho-trauma expert. Consultant on psycho-educational programs for the United Nations and Council of Europe. Director of Education Programs,

Israel Trauma Coalition. In the field of mental health since 1997, Oleksandr worked for 10 years as a coordinator at the Israel Crisis Management Center, working with the population in areas under attack during four wars and security escalations. Oleksandr has more than 10 years of experience in social and psychological support of families who have lost their loved ones. Co-author of the Resource-Behavioral Therapy method and the therapeutic cards set "OMNIS". The author of the book for people who have experienced the loss of loved ones "The One Who Walks With You on the Path" and co-author of the methodical guide "The Path to Healing: The Basics of Working with the Consequences of Traumatic Events" (Ukraine, 2023). Since 2014, has been conducting educational programs for working with trauma for specialists in Ukraine as part of Israel Trauma Coalition programs, and since February 2022 developed and led all ITC projects for specialists and care providers in Ukraine.

### **Max Goldenberg**

Max is a senior emergency management professional, with wide-ranging experience and knowledge in public resilience, contingency planning, continuity of operations, civil-military and interagency cooperation. Since 2016 Max has led all of the international training programs for the Israel Trauma Coalition. He has extensive experience in developing effective programs for all aspects of population crisis awareness and preparedness, as well as readiness and response plans for municipalities and critical infrastructure. Max provides consulting services to Israel National Emergency Management Authority (national-level exercises' planning, update, and validation of emergency protocols for nationwide emergency scenarios), Ashdod Port (emergency preparedness, development of response protocols), Israel Water Authority (water crisis preparedness and response) and to Home Front Command, IDF (operational planning and development of training programs). He has his Master's Degree in Emergency Management from Haifa University, Israel. Currently in the rank of LTC (res.) in IDF. During his military career served as on-site coordinator of international support during Carmel Forest Fire (Israel, 2010) and took part in the deployment of State of Israel humanitarian assistance and rescue missions—Japan (2011), Bulgaria (2012), Colombia (2012), Philippines (2013), Ghana (2013) and Nepal (2015). Max has initiated and participated in the INSARAG (UN) classification process for the National Rescue Unit of the HFC as an Operational Focal Point for INSARAG activities in Israel.

### **Goran Čerkez**

Goran Čerkez, a medical doctor, and specialist in social medicine, organization and economics of health care, has more than 25 years of experience in public health, with a special focus on policy, strategy community care development, and crisis situations. Head of the WB project for the rehabilitation of war victims for more than four years. Consultant for human resource development as well as for community services. As a health expert, he worked with the WB, WHO, IOM, UNFPA, and CoE. As an expert participated in the elaboration of the European Action Plan for Mental Health of the World Health Organisation. Since 2000 he has been working in the Federal Ministry of Health, first as an Adviser to the Minister, and after that as Assistant to the Minister where he closely worked with WHO, UNICEF, IOM, and NGOs. Goran Čerkez is an invited lecturer on issues related to the development of health services at the Faculty of Medicine in Sarajevo, the summer healthcare schools in Miločere in the United Nations Center for Peace, the Summer School for Social Workers in Dubrovnik, and the Faculty of Criminology, Criminology and Security Studies on peer violence. As a mental health expert, worked with the World Bank, WHO, IOM and the Council of Europe, ITF, UNICEF, UNFP, Harward Refugee Trauma, the Southeast Europe Health Network, as well as many NGOs.

**Dr Biljana Lakić**, MD, MS, psychiatrist, psychotherapist (CBT of anxiety disorders and social phobias, Group analysis, SEE FAR CBT/ Culturally sensitive post-trauma treatment, EMDR).

Since 1998 she has been working at the University Clinical Center of Republika Srpska, Psychiatric Hospital, Banja Luka. From 2010 to 2023 she worked in the Mental Health Project in BH, IPD, as an Entity and Component Leader. In 2006, she was appointed as the Republic Coordinator for Mental Health and WHO focal point for mental health at the Ministry of Health and Social Welfare (MoHSW) in the Government of Republika Srpska, BH. Since then, she has participated in numerous activities of the MoHSW and other partners related to mental health reform processes in BH and developing a network of community mental health centers. Co-author of the research project "The impact of war and post-war stress and trauma on the mental health of veterans in the Republic of Srpska", organized in 2007 by the Veterans' Organization of the Republic of Srpska, with the support of the MoH and the Ministry of Labor and Veterans' Disability Protection in the Government of the Republic of Srpska. In 2010 appointed National Mental Health Coordinator for BH in the Stability Pact/SEEHN. On several occasions, she worked as a consultant for the WHO, Regional Office for Europe, in 2015 in Kyiv, Ukraine, related to the WHO Mission on mental health status in Ukraine. Since 2022, she has been a member of the pan-European Mental Health Coalition of WHO. Author and co-author of several papers, brochures, publications, clinical guides, manuals, and books.

### **Asan Cadyrov**

Practicing psychiatrist and narcologist. Since 2014 the founder and head of Cadyrov Clinic (Kyiv, Ukraine), which specializes in PTSD, mental disorders and addiction cases. Is renowned for his signature tailor-made treatment programs, where he applies multidisciplinary approach to PTSD treatment. Prior to 2014 founded and for 10 years headed Cadyrov Clinic in Crimea, but had to abrupt his work and to leave Crimea due to russian invasion. Previous years of clinical experience include top position in the leading narcological clinic in Tashkent (Uzbekistan).

### **Prof Valentyn Postrelko**

Ph.D. in Medicine (1990); holds the academic titles of Senior Researcher in Psychiatry (1995), Doctor of Medicine (2010), Professor (2021). He has experience in the treatment of PTSD since 1986, as a liaison officer for the accident at the Chornobyl nuclear power plant. Since 2014, he has been actively involved in the development of methods for treating PTSD in ATO and JFO participants. Since February 2022, he has provided assistance to military and civilians with PTSD. In June 2022, he began implementing a new method of rehabilitation for patients using virtual reality glasses. Head of the Department of Mental Health at the International European University. Author of many articles, patents, and monographs.

### **Myronets Serhii, crisis psychologist**

Graduated from the Marshal S. Biryuzov Strategic Missile Forces Military and Political School in Riga (1988) and the Ivan Chernyakhovsky Humanitarian Institute of the National Defence Academy of Ukraine (2001, social and military psychology). Holds Ph.D. in Psychology (2007), the academic title of Associate Professor at the Department of Public Administration and International Projects (2010), doctoral degree in psychology in the specialty of the psychology of activity in special conditions (2020). A member of the Subject (Sectoral) Expert Commission on Health, Safety, and Wellbeing of the Ministry of Education and Science of Ukraine; Chairman of the Institute of Modern Psychological Counselling; member of the Scientific Council of the European Association of Security Sciences (Krakow); member of the Ukrainian Association of Organisational and Labour Psychologists; member of the Ukrainian Association of Family Psychologists; co-editor of the scientific journal "Civil Security: Public Administration & Crisis Management". Author of about 300 scientific publications in professional scientific journals on extreme and crisis psychology, on overcoming the negative effects of acute traumatic stress in extremal professional activities. Member of working groups on the development of several legislative and by-laws, one of the initiators of the Psychological Service in the system of the Ministry of Emergency Situations / SES of Ukraine.

### **Olena Konovalova**

Ph.D. in philosophy, specialty "Psychology", consultant in Positive Psychotherapy (WAPP certificate, Germany). Psychosomatologist. Practical psychologist and lecturer at the Kyiv Trade and Economic College of the State University of Trade and Economics (Kyiv). She has over 10 years of experience in counseling and psychotherapy at the request of clients of different age groups and over 20 years of experience in all areas of practical psychological activity in education. Permanent member of the Ukrainian Association of Organizational and Occupational Psychologists and the International Association of Psychosomatics and Body Therapy. She is the author of curricula and methodological recommendations in the disciplines of Psychology, Psychology of Trade, Conflictology, Sociology, and Economic Sociology. Since 2014, she has been supporting military families and IDPs, and it was during this period that she began working with PTSD. Today, she works with combatants and their families, refugees (since the end of 2022, she has received many requests from refugees abroad - integration, witness trauma, loss of meaning), IDPs, students, and colleagues; she conducts educational activities with all participants in the educational process on the skills of Primary Psychological Care and First Aid.

### **Denys Bogush**

Military doctor, mobilized on 02.03.2022. Neurologist, neurophysiologist, specialist in longevity medicine and psychotechnology. Political and military expert, political strategist, and strategic communications specialist. Graduated from the Kyiv Medical Institute of the Ukrainian Academy of Medical Sciences (general practitioner) and the Shchupky Medical Academy of Postgraduate Education (neurologist), Kyiv Higher School of Public Relations at the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine. Researcher at the Bogomolets Institute of Physiology of the National Academy of Sciences of Ukraine (2000-2013); conducted research in the field of stress, pain physiology, the effects of electromagnetic waves on the human body, extreme exposure, biologically active acupuncture, and acupuncture. Has competence in Acupuncture and Oriental Medicine Japanese, Chinese, Korean, Indian, Vietnamese, Su-Jok Acupuncture, Massage and Manual

Therapy, Survival Courses in Extreme Conditions, Hypnotic Techniques, Psychotherapy, Neuro-Linguistic Programming, Psychotechnology, Psychodiagnostics and Paranormal Influences, Traditional Cossack medicine and characteristic practices. President of Bohush Communications Agency (Kyiv, 2000). Head of the international project "Kozak-Kharacternik" www.kh.org.ua. Author of over 30 books and 100 scientific articles, including "Practical and Experimental Methods of Emergency Care and Self-Regulation in Extreme Conditions in the System "Alpha-Control" (1997), "Anti-Stress Strategy and Practical Methods of the System "Alpha-control", 2001, "How to live 120 years or modern technologies of longevity", "Japanese resuscitation technique in martial arts practice" and many more.

**Martin Poliačik**

Is a founding member of two liberal political parties in Slovakia, wrote or co-wrote 4 political programs for parliamentary elections and co-worked on the Government Manifesto in 2010. For 10 years he was a Member of Parliament in Slovakia and for 4 years a member of Parliamentary Assembly of Council of Europe. He is a co-founder, senior lecturer and a consultant at Academy of Critical Thinking, with over 25 years of experience in teaching argumentation, patterns of thinking and communication.

**Mykyta Havrylei**

Received a degree in law. Developed basic knowledge of psychology and is currently completing his degree in this field at the State National University n.a.Taras Shevchenko (Ukraine).



Цей звіт був офіційно представлений на Третьому Саміті Перших леді та джентльменів у Києві 6 вересня 2023 року.

Його отримали Президент України Володимир Зеленський та Перша леді України Олена Зеленська.