



«Захист Патріотів»
«Patriot Defence»

1

Військова психологія в Україні: Проблеми та виклики впродовж циклу розгортання бойових дій

Андріяна Білак, координатор
Захист Патріотів





Короткий опис

Внаслідок протестів на Майдані під назвою «Революції гідності» протягом зими 2013/2014 рр і триваючої війни на Донбасі питання, пов'язані з професією психолога в Україні, є на першому плані в людській свідомості. Після року бойових дій військовослужбовці і цивільні особи, які зазнали психологічних травм, залишилися сам на сам зі системою, яка здається не в змозі забезпечити якість психологічних послуг у відповідь на складні проблеми. Це особливо очевидно в області військової психології; зокрема, українська система військової психології зіткнулася з проблемою забезпечення ефективної тривалої психологічної підтримки солдатів перед розгортанням, під час і після розгортання бойових дій (цикл розгортання).

Грунтуючись на інтерв'ю і дослідженнях, в цій доповіді ми намагатимемося висвітлити проблеми з якими стикається військова психологія в українському контексті, тому можливе проведення подальшого наукового дослідження. Використовуючи поточні доступні ресурси, цей аналіз призначений, для оцінки заходів, прийнятих для вирішення даних проблем, порівняти українські протоколи з військовими стандартами США і НАТО, і запропонувати деякі практичні рекомендації з ефективними способами, щоб підтримати розвиваючі практики психології в Збройних Силах України.

Вступ

Військова психологія займається вивченням людської поведінки у військовому контексті з акцентом на психологічні дослідження, оцінки та ставлення до військовослужбовців після дій, пов'язаних з військовою службою, воєнними факторами, і психології військових організацій (Чіачіа).

Психологія і військові історично переплелися; Друга світова війна призвела до безпрецедентного попиту на психологічні дослідження і підготовлених клінічних психологів, який завершився випереджаючим зростанням в області психології (Саммерс, 2008). Американські військові звернулися по допомогу до цивільних психологів, щоб впоратися з великою кількістю психічних розладів, що удосконалило прийняття фахівців в області психології у військову структуру і суспільство, і породило дослідження в нових спеціальностях, таких як групи моралі, керівництво, розчарування і агресія, які були раніше недослідженими (Саммерс, 2008). Військові відіграли настільки важливу роль в еволюції психології, що психолог заявив про те, що «військові можуть зробити для психології те, що промислова революція зробила для фізичних наук» (Саммерс, 2008).

За даними Товариства військової психології (без дати), військова психологія охоплює різні психологічні дисципліни, спеціальності і методики, застосовувані у дослідженні або клінічних умовах. Область інтересів включає набір, тестування і вимір, стрес і мотивації, клінічну психологію та психологію здоров'я. Військова психологія продовжує відігравати важливу роль у створенні, оцінці та збереженні психологічної





придатності серед військовослужбовців та членів їх сімей («Про суспільства»).

Американські військові реалізували Стратегічний план психічного здоров'я (MHSP) завдяки синхронізованим зусиллям між Управлінням охорони здоров'я міністерства оборони (DHA) і американськими військовими. План забезпечує дорожню карту для реалізації повністю інтегрованої, метричної системи психічної допомоги. Американський військовий MHSP має чотири основні цілі; покращити психічне здоров'я всього дотаційного населення, забезпечити доступ до безпечної та ефективної охорони психічного здоров'я, покращити значення через стандартизацію та покращити психічне здоров'я військових підрозділів. Є 31 фактори, які підтримують стратегію, і є організоване управління на місці, щоб контролювати виконання. Одним з ключових факторів в планах США є забезпечення ефективності оперативних / впроваджених поведінкових активів. Одне практичне застосування військової психології можна побачити в структурі армії США Впроваджена клініка з вивчення поведінки (EBHC) разом з психологічним навчальним посібником для військових офіцерів НАТО.

За даними американського Бюро статистики праці (2014) військовий психолог повинен отримати таку ж освіту, як цивільний психолог для отримання звання доктора філософії (Ph.D.) в області психології чи доктора психології (Psy.D.) і повинен мати ліцензію про проходження практики. Єдина істотна відмінність в тому, що військові психологи повинні пройти спеціальне стажування в військовій галузі. Незважаючи на те, що вони не змушені відвідувати військову академію, кожна конкретна галузь вимагає польову підготовку для психологів протягом певного часу («Як стати психологом», 2014) (див Додаток А для більш детальної інформації). Ця система професійної освіти використовує діагностичні статистичні довідники, такі як Діагностичний статистичний довідник, п'яте видання (DSM-5) і Міжнародна класифікація хвороб, десята редакція (ICD -10), аби інформувати обґрунтовані рішення щодо лікування, які дозволяють стандартизацію догляду та лікування в професії психолога.

Що стосується психологічної підтримки протягом усього циклу розгортання, то американські військові мають впроваджених медичних спеціалістів, які вивчають поведінку в межах підрозділів в стадіях перед розгортанням, під час і після розгортання («Готові і стійкі», 2013). Це дозволяє зміцнення відносин між **спеціалістами, які вивчають поведінку**, та військовослужбовцями, і гарантує, що члени підрозділу мають рівний доступ до якісних формальних і неформальних психологічних послуг («Готові і стійкі», 2013; Угода про стандартизацію [STANAG] 2565, 2011).

НАТО Психологічне керівництво для керівників впродовж циклу розгортання бойових дій (2011), підтримує важливість впроваджених психологічних структур, але підкреслює всеохоплюючу роль, яку лідери відіграють у психологічній придатності членів свого апарату. Це включає в себе формування очікувань під час передсезонної підготовки розгортання,





створюючи умови, які сприяють рівній підтримці і знання, коли потрібно включити психіатрів (МНР). В обох випадках є очікування, що військовослужбовці видужають природно, в той час як психіатри вважаються останньою лінією оборони, медичними спеціалістами в районі бойових дій, таким чином вони швидко можуть повернутися до своїх обов'язків (STANAG 2565, 2011).

У порівнянні, **розвиток військової психології** в Україні перебуває в ембріональній стадії, на тій самій, на якій США було після Другої світової війни. Представляючи досвід військової психології США і НАТО, ця доповідь прагне показати деякі тонкощі української військової психології та запропонувати ефективні стратегії втручання в українському контексті. Хоча слід визнати, що всі країни повинні пройти через процес розвитку. Зростання випадків психологічних травм серед військовослужбовців і цивільного населення продемонстрували неготовність нинішньої української системи до боротьби з цими складними проблемами. Зокрема, будуть досліджені освіта та критерії відбору військових психологів, і роль психолога протягом усього циклу розгортання бойових дій.

I. Військова психологія в контексті збройних сил США і НАТО протягом усього циклу розгортання бойових дій

1. Збройні сили США

Важко зрозуміти стан підтримки українською психологією своїх військовослужбовців, не порівнюючи її з функціонуючою, топ-стандарту системою перед, під час і після розгортання як, наприклад, у збройних силах США. Незважаючи на те, що американські військові пережили свій власний процес розвитку, вони тепер використовують стандартизовані системи психічного здоров'я з метою підвищення готовності солдатів, щоб зменшити бар'єри для надання послуг психологічної підтримки та забезпечити продовження допомоги («Готові і стійкі», 2013).

Американські військові прагнуть забезпечити раннє виявлення і втручання, встановлюючи **процес моніторингу симптоматики** для членів підрозділу впродовж циклу розгортання. Військовослужбовці перевіряються щодо **чотирьох різних положень**:

- (i) 120 днів до розгортання, оцінюючи поточний психічний стан здоров'я і проблеми із здоров'ям;
- (ii) 90-180 днів після розгортання, з їх психологічними оцінками, викладеними в Оцінці стану здоров'я після розгортання (див Додаток D для отримання додаткової інформації про PDHA);
- (iii) 180 днів - 18 місяців після розгортання, і
- (iv) 18 місяців - 30 місяців після розгортання





Американські військові працюють з метою інтеграції двох останніх оцінок у щорічну оцінку періодичного стану здоров'я всіх співробітників, а не тільки окремих осіб. Ці оцінки показують стан депресії, посттравматичного стресового розладу і зловживання психоактивними речовинами серед інших ознак.

Американські військові використовують анкети для самозвіту, які потім оцінюються медичними спеціалістами з вивчення поведінки або іншими навченими і сертифікованими працівниками охорони здоров'я, які потім обговорюють результати з особами по телефону або особисто. При необхідності, буде визначатися відповідний курс дій, наприклад, направлення для спеціалізованої особистої допомоги, у впроваджену психіатричну клініку або щодо надання інших послуг. Ці оцінки є обов'язковими і розглядаються в якості медичного обслуговування за послугу з припущенням, що психічне здоров'я дорівнює фізичному здоров'ю, оскільки воно відноситься до готовності щодо виконання поставленої місії.

Впроваджені клініки з вивчення поведінки у армії були створені у відповідь на збільшення кількості психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і зловживання психоактивними речовинами, так як військовослужбовці поверталися додому з бойових завдань, починаючи з 2003. У цей час, стигми психічного здоров'я були високими, і клініки з вивчення поведінки були розташовані всередині лікарень армії, далеко від Бригадної тактичної групи (БТГ) армії. Це створювало різні бар'єри для тих, хто шукав психологічної підтримки. Щоб зламати цей бар'єр, армія США по суті подвоїла кількість медичних спеціалістів з вивчення поведінки, перевівши багатьох з них в клініки, розташовані коло підрозділів. Створення такої клініки служило в якості розширення медичного лікування, щоб надати таку ж якість, науково-обґрунтований рівень обслуговування, який можна було б отримати в лікарні Армії. Клініка з вивчення поведінки включає в себе різних медичних спеціалістів з вивчення поведінки, у тому числі психологів, психіатрів, соціальних працівників, спеціалістів по проблемі та інших («Готові і стійкі», 2013).

Щоб реалізувати цю програму потрібно було близько 10 років, і тепер продовжуються зменшуватися кількість бар'єрів для піклування і відторгнення. В даний час є 54 клініки, які підтримують 34 армійські бригадні тактичні групи і, за оцінками, у вересні 2016 року кожна звичайна бригадна тактична група армії матиме Клініку з вивчення поведінки в їх гарнізонній програмі («Готові і стійкі», 2013).

Впроваджена клініка з вивчення поведінки у армії стратегічно і функціонально поєднана з конкретними підрозділами, що дозволяє формування довіри між медичними працівниками, членами підрозділу і їх командирами. В результаті, командири позитивно відгукнулися про Впроваджену клініку з вивчення поведінки та її роль для своїх солдатів, так як вони визнають, що намір Впровадженої клініки з вивчення поведінки є





підвищення боєготовності у підрозділі. Солдати також більш охоче звертаються за допомогою, коли ця поведінка підтримується командою високого рівня і, будуючи відносини з їх медичним працівником, їх лікування стає більш детальне і з урахуванням їх потреб.

Спеціалісти, які працюють в Впровадженій клініці з вивчення поведінки, також являються консультантами; їх основна робота полягає в забезпеченні консультування, а також пропонувати підтримку команді, підрозділу капеланів, медичному персоналу та керівникам оперативних підрозділів за допомогою освіти і професійної підготовки. Ця взаємодія підсилює свій статус «частини групи», а не аутсайдерів, знижуючи стигми та бар'єри для надання психологічних послуг.

Є також штатні працівники з вивчення поведінки, призначені для підрозділів американських військових. Штатні працівники беруть участь на всіх етапах військового розгортання, і також навчаються та розгортаються з військовими частинами. Ці працівники є військовослужбовцями США, які мають ліцензію психологів та соціальних працівників зі спеціальною військовою підготовкою. Під час бойових дій ці працівники повинні вирішувати питання ризику і готовності, маючи справу з проблемами здоров'я, пов'язаними з поведінкою. Метою є залучити всіх членів підрозділу і не виводити з операції, якщо це не є ризиком для людини та підрозділу.

Тим не менш, ефективне лікування не завжди тягне за собою безпосередню участь медичного спеціаліста з вивчення поведінки. Воно починається з профілактики. Насправді, для перших ліній оборони в психологічній першій допомозі потрібна підтримка, яка є найбільш успішною, коли керівництво і члени підрозділу можуть порозумітися. Важливо, щоб люди могли знайти додаткову підтримку, коли стикнуться з серйозними проблемами, такими як думки про самогубство, консультуючись із медичним спеціалістом або зателефонувавши на гарячу лінію. Маючи ресурси з профілактики на місці забезпечується додатковий рівень захисту для військовослужбовців. Підтримка керуючих для членів підрозділів, щоб мати можливість звернутися за психологічною допомогою, є ключовим елементом готовності місії. Проведення дружніх навчань про те, як розпізнати симптоми, має важливе значення для успіху програми дружньої підтримки.

2. НАТО Психологічне керівництво для керівників впродовж циклу розгортання бойових дій

Психологічне керівництво для керівників впродовж циклу розгортання (2011) було створене НАТО як доповнення до навчання, яке лідери проходять з метою підвищення їх знань психологічної придатності і свого ставлення до готовності членів протягом початку, під час і після розгортання. Це означає застосування неформальних і формальних оцінок для психологічної придатності, знаючи, які поведінки вказують на





несприятливі стресові реакції, і ознайомлення з військовими психіатрами (МНР) і як і коли отримати їх послуги (STANAG 2565, 2011).

Згідно з Керівництвом, військові лідери відіграють життєво важливу роль у психологічній готовності протягом усього циклу розгортання, управляючи складними ситуаціями, починаючи від смерті члена підрозділу до сімейних проблем (STANAG 2565, 2011).

(i) Перед розгортанням

У Керівництві (2011) вказується, що перед розгортанням є особливо важливим періодом для зміцнення психологічної готовності шляхом формування і зміцнення неформальних і формальних механізмів підтримки. Неформальні механізми включають в себе розробку відповідних очікувань щодо оперативної обстановки та ознайомлення членів підрозділу з можливими стресовими ситуаціями під час розгортання (STANAG 2565, 2011). Керівництво НАТО (2011) стверджує, що формальні механізми включають в себе інтегрованих військових спеціалістів з вивчення поведінки (психологів, психіатрів, соціальних працівників, психіатричних медсестер, капеланів і лікарів) в підрозділах під час підготовки та ознайомлення військових з доступними для них послугами.

У цьому випадку обидва механізми дозволяють лідеру постійно оцінювати індивідуальну і командну готовність до розгортання. Відповідні очікування формуються у вигляді жорсткої, реалістичної підготовки; це важливо, оскільки вони сприяють психологічній стійкості в умовах стресу (STANAG 2565, 2011). Ця взаємодія між керівниками, членами підрозділу і спеціалістами з вивчення поведінки забезпечує готовність до розгортання і сприяє розумовій твердості, щоб ефективно боротися зі суворими оперативними завданнями.

(ii) Розгортання

Керівництво (2011) вказує, що під час розгортання військовослужбовці можуть зіткнутися з повсякденними труднощами, такими як випадки, які викликають хронічний стрес, та стресові фактори, які класифікуються як випробування, з якими стикається член підрозділу в ході місії. Потенційно травмуючі події вважаються більш значущим типом стресу з високою ймовірністю значно вплинути на членів підрозділу (STANAG 2565, 2011). Керівництво передбачає, що першим завданням керівника під час місії є те, щоб переконатися, що члени підрозділу зосереджені на своїх цілях і завданнях; після цього в центрі уваги буде підтримка психологічної стійкості.

Після травматичної події керівники повинні надати членам підрозділу можливість впоратися з ситуацією; механізми подолання є вельми суб'єктивні, і середовище, в якому жартують, тренуються або обмінюються досвідом щодо травми, нормалізує стресові реакції (STANAG 2565, 2011). Ці заходи зміцнюють неформальні механізми підтримки та дозволяють керівникам продовжувати оцінювати психологічну готовність своєї команди.





Тільки тоді, коли природні процеси подолання стресу є недостатніми і психологічні симптоми все ще зберігаються, керівник може допомогти, використовуючи **формальні і неформальні втручання** (STANAG 2565, 2011). Керівництво виділяє три рівні психологічної підтримки, доступні протягом усього циклу розгортання:

Рівень 1: самодопомога / допомога друга і військові дії керівника (неформальний)

Рівень 2: консультації з спеціалістами з вивчення поведінки і навченими колегами (формальний)

Рівень 3: лікування фахівцями з надання психологічної підтримки (формальний)

Рівень 1 відбувається відразу ж після травматичної події і найбільш широко використовується (STANAG 2565, 2011). Реакції можуть бути **пізнавальні, фізичні, емоційні та поведінкові**, які стають очевидними відразу ж після травматичної події або з'являються через кілька місяців. Керівництво (2011) підкреслює, що допомога друга є неоціненною формою першої психологічної допомоги, яка побудована на особистих відносинах, створених у підготовці та під час розгортання; члени підрозділу діляться загальним досвідом, що важко буде зрозуміти іншим особам. Програми зосереджені на підготовці осіб, щоб виявити ознаки стресу і розвивати методи його подолання (STANAG 2565, 2011).

Рівні 2 і 3 включають формальні механізми підтримки і починаються, коли зберігаються поведінкові зміни, незважаючи на підтримку друзів (STANAG 2565, 2011). Керівництво підкреслює, що **рівні 2 і 3 є винятком, а не нормою, і що члени підрозділу, як очікується, повертаються до активної служби після відновлення. Рівень 2** підтримки включає в себе використання визнаних оцінок керівників для дружньої підтримки, навчених формальним методам допомоги, і спеціалістів з вивчення поведінки (STANAG 2565, 2011). Основна роль спеціалістів з вивчення поведінки в цій ситуації полягає в забезпеченні раннього втручання і виявлення осіб, які вимагають 3 рівня лікування. Шість загальних проблем, які визначають спеціалісти з вивчення поведінки: проблеми зі сном, травматичний стрес, депресія, алкогольна залежність / зловживання психоактивними речовинами, гнів і дратівливість, проблеми відносин або психосоматичні прояви (STANAG 2565, 2011).

Рівень 3 є найбільш часто використовуваним методом втручання і тягне за собою надання спеціалізованого, індивідуального лікування. Спеціалісти з вивчення поведінки оцінюють, діагностують та лікують осіб поза межами підрозділу (STANAG 2565, 2011).

(iii) Після розгортання

Керівництво НАТО (2011) підкреслює, що роль керівника в психологічній придатності продовжується після того, як військовослужбовці переходять до циклу після розгортання. Психологічні





симптоми можуть не бути помітні відразу, часто проявлятися через 3-6 місяці після розгортання. Програми зменшення напруження після розгортання спрямовані на навчання членів підрозділів та їх сімей щодо адаптації до сімейного життя (STANAG 2565, 2011). Керівництво (2011) також наголошує, що спеціалізовані сімейні спеціалісти з вивчення поведінки побічно підтримують військовослужбовців, готуючи їх до сімейного життя протягом усього циклу розгортання, дозволяючи членам зосередитися на оперативних цілях та сприяючи їх загальній психологічній підготовці.

Досвід військових США і протоколів НАТО демонструє життєво важливе значення зменшення бар'єрів для догляду завдяки стаціонарним спеціалістам з вивчення поведінки, рівного доступу до таких спеціалістів і психологічним послугам, сприяючи підтримці з боку друзів, і спостереження після розгортання бойових дій.

Ця основа допомагає критично оцінити стан військової психології в українському контексті, а також шукати стратегії для покращення рівня допомоги військовослужбовцям України та членам їх сімей.

II. Українська військова психологія

1. Контекст

Психологічні зусилля щодо добробуту українських військовослужбовців, членів їх сімей та військової організації тільки починають розроблятися у відповідь на війну на Донбасі і вплив, який вона мала на військових і цивільне населення. В даний час психолог, який працює в батальйоні або у відділі на військовій базі вважається «військовим психологом», хоча вони не отримують спеціалізовану підготовку, відмінну від цивільних психологів.

Історично склалося так, що українське розуміння військової психології складалося з військовослужбовців, які проходили підготовку щодо психології в бою і регуляції стресу, а не методи психотерапії. Військові академії і сьогодні структуровані, щоб відображати паралельні громадянські інститути у військовому контексті; таким чином, шляхом об'єднання класичної університетської освіти з військовою підготовкою, військовослужбовці не просто солдати, але й військові техніки, економісти, психологи тощо.

Поточний стан військової психології необхідно розглядати в контексті подій останніх двох років в Україні, що посилюється зневагою до Збройних Сил України протягом майже 25 років. Тим не менш, зменшення військової готовності країни було навмисною політикою режиму Януковича; в результаті, на початку війни на Донбасі в травні 2014 стан військової психології відображає стан деградованих військових України в цілому. Крім того, звернення до психолога є в стадії стигматизації, тому що це не є загальноприйнятою практикою серед військових і цивільного населення, забезпечуючи додаткові перешкоди для надання психологічної підтримки.





Зіткнувшись з унікальною «гібридною» війною, у Збройних Силах України практично немає ресурсів, щоб протистояти наслідкам війни щодо своїх солдатів. У відчаї, військові працювали разом з цивільними добровольцями з метою мобілізації ресурсів для вирішення різкого збільшення психологічних травм у випадках, виявлених в ході розгортання бойових дій. З травня по грудень 2014 року військові і цивільні добровольці створили підрозділи мобільного реагування, координовані з соціально-психологічного центру Збройних Сил України, в якості негайних заходів для вирішення безпрецедентного попиту щодо психологічної допомоги, яка описана більш докладно нижче.

В результаті численних уроків, здобутих протягом цього періоду, старші командири зрозуміли, що така тимчасова структура не стійка, в основному через відсутність ресурсів, і в даний час прагнуть поліпшити професійну систему підтримки шляхом проведення її в армії. Згодом, Збройні сили створили Департамент військової психології щодо вдосконалення системи.

Тим не менш, за словами високопоставлених співробітників, на додаток до недостатніх матеріальних ресурсів, є три основні перешкоди на шляху до забезпечення надання ефективної послуги військової психології:

- (i) **дефіцит кваліфікованих кадрів** для лікування солдатів, а також навчання інших психологів, вимагаючи поліпшення кваліфікації психологів;
- (ii) **слабка координація** між державними органами (особливо МО і Міністерством соціальної політики, яке відповідає за справи ветеранів) ускладнює визначення обов'язків і організацію підтримки; і
- (iii) **відсутність чітких правових і професійних норм**, що регулюють практику психологів, створює протиріччя і невизначеність щодо того, що протоколи повинні бути прийняті і застосовуватися для максимальної стандартизації та ефективності обробки. У зв'язку з цим, старші посадові особи зазначили, що було б недоречно сліпо прийняти стандарти НАТО і США, а Україна не володіє необхідною соціальною та професійною інфраструктурою для підтримки цих систем; тому застосування іноземних моделей повинне брати до уваги український контекст.

2. Професійна кваліфікація

Військові академії зіткнулися з тією ж проблемою, що і Збройні Сили, і не працювали у повному обсязі протягом двох років, що передували війні на Донбасі. Це означає, що ніякі військові психологи не були підготовлені з 2012-2014. Українські військові академії в даний час займаються вирішенням цієї ситуації шляхом введення в 2015 році програми магістра у військовій психології в спробі уніфікувати освіту в цій дисципліні.

Ця нова програма в кінцевому рахунку прагне надати психологам спеціалізовану підготовку в травматології-орієнтованої психології. Тим не





менш, залишаються розбіжності між знаннями предмета, що викладається і здатністю вирішувати проблеми на полі бою.

Українські військові психологи проходять ту саму базову підготовку що і цивільні психологи; вони повинні після чотирьох років отримати ступінь з психології, після чого вони отримають статус повністю кваліфікованих психологів, а потім можуть застосувати знання з військової академії у військовій психології. Для того, щоб бути розглянутими, заявники повинні завершити процес вичерпного відбору і подачі.

У процесі відбору перед подачею заявки кандидати повинні представити в їх місцеві військові комітети повні перевірки (у тому числі щодо соціального стану, сімейного стану) і тести фізичних і психологічних оцінок, розроблених спеціалізованим психологічним відділом військових офіцерів для визначення військової сумісності. Психологічні оцінки скринінгу включають IQ тестування, нейропсихологічне обстеження і, наприклад, матриця тестів Равена. Також повинен бути наданий Рекомендаційний лист. Якщо вони проходять відбір перед подачею заявки, вони можуть звернутися у військову академію, заповнивши власний процес прийому до Академії.

За їх результатами, кандидатам запропонують умовний допуск до військової програми з психології. Повне прийняття відбувається тільки після завершення одного місяця курсу з військової підготовки для визначення потенціалу в якості солдатів, участі у фізичній підготовці та розробці бойових навичок, а також орієнтуватися у військовій організації.

3. Навчальний план

Військова програма з психології є спеціалізацією для навчання на магістра протягом одного року, зосередивши увагу **на психологічній травмі**. Студентів вчать про посттравматичний стресовий розлад, кризову психологію та військовими методами психотерапії травми. Теми щодо військових травм включають вивчення військовополонених, як надіслати повідомлення про смерть, взаємодію з місцевим населенням і внутрішньо переміщеними особами (ВПО) і методи подолання стресу. Студенти повинні представити дисертацію на основі своїх досліджень. Навчальний план заснований не на конкретній психологічній парадигмі і складений на основі особистого досвіду і тематичних досліджень з досвіду психологів на лінії фронту.

Іноземний вплив включає ізраїльські стандарти та досвід у кризовій психології в поєднанні з вченням Френка Пьюселіка (експерт з нейролінгвістичного програмування), заснованим на основі проведеного шестиденного семінару в Україні. Програма є поєднанням теорії, дослідження та практики, однак, здається, має дуже мало клінічного досвіду.

Після отримання дипломів, випускники потім направляються у військові структури (військові бази, Службу безпеки України, Національну гвардію) в якості військових психологів протягом одного року. Психологи повинні займатися своєю діяльністю протягом як мінімум року, перш ніж





вони можуть перейти у інші відомства, претендувати на керівні посади, здобувати ступінь кандидата наук або робити кар'єру в галузі науки і досліджень, а також працювати в освітніх установах.

В середньому академія випускає від 10 до 30 (30 це максимум) військових психологів в групі. Спеціальний відділ Міністерства оборони (МО), **Соціально-психологічний центр Збройних сил України (СПЦ)** в Києві, координує, куди направлений кожен психолог; нібито, є один психолог на кожні 100 військовослужбовців. Тим не менш, для приблизно 70,000 мобілізованих солдатів потрібно не менше 700 психологів, щоб зробити цю заяву правдоподібною. Оскільки військові академії були закриті між 2012 - 2014, психологи не навчалися і тільки 10-30 військових психологів закінчили в 2015 році, то ця статистика виглядає перебільшеною. Багато студентів в академії в даний час закінчують достроково і відправляються в зону Антитерористичної операції (АТО), надаючи скорочені тренінги та пропонуючи професійну підтримку.

Слід зазначити, що ця доповідь не розглядає психологічну освіту та навчання, які отримують спеціалізовані військові сили, які, здається, мають свої власні системи забезпечення психологічної підтримки, і це визнає, що брак кваліфікованих кадрів є перешкодою з якою також стикаються багато країн НАТО.

4. Проблеми

(і) Відсутність кваліфікованих практиків

Крайня нестача кваліфікованих практиків з «військової психології» і усвідомлення пов'язаних зі стресом травм у бою стало однією з головних соціальних та політичних питань в Україні; університети та військові академії намагаються розробити адекватні та відповідні програми щодо вирішення цієї проблеми.

Тим не менш, у той час як західні програми засновані на **науково-обґрунтованих дослідженнях**, українські навчальні програми засновані суб'єктивно. Українські психологи мають обмежений клінічний досвід після закінчення навчання, не навчені міжнародно визнаних стандартів лікування, або сертифіковані як «експерти» після участі в скорочених навчальних семінарах.

У порівнянні з їх західними колегами, програми доктора філософії в Україні також мають вичерпні вимоги, покликані забезпечити компетентність і спроможність (для отримання додаткової інформації див Додаток А). В результаті - відсутність кваліфікованих фахівців, здатних виховувати, навчати та контролювати студентів у відповідності з західними стандартами. Це завершується каскадним ефектом, який негативно впливає на якість надаваних психологічних послуг.

Схоже найбільш кваліфіковані особи для навчання і практикування психотерапії в Україні є психологи, акредитовані Європейською асоціацією когнітивно-поведінкової терапії (ЕАВСТ). Інститут психічного здоров'я (ІПЗ), філія Українського Католицького Університету заснованого у Львові, є акредитованим членом Асоціації ЕАВСТ, навчає психологів і надає такі





послуги (див. Додаток В для отримання додаткової інформації про ІПЗ). Щоб отримати акредитацію, члени повинні дотримуватися міжнародних СВТ клінічних, професійних стандартів та стандартів нагляду («ЕАВСТ акредитація»).

(ii) Нестача клінічного нагляду

Дана програма не включає в себе контрольовану клінічну складову, наприклад, контрольоване військове стажування. Відсутність контролю пояснюється тим, що українських психологів вважають як практикуючих перед початком програми; однак, це явище спостерігається в більшості програмах навчання магістрів психології в Україні. Відсутність контролю також є логістичною проблемою.

Під час своїх досліджень студенти направляються у військові частини по всій Україні, і, через обмежений запас кваліфікованих викладачів, контроль за діяльністю всіх студентів просто не представляється можливим. Клінічна практика під наглядом є невід'ємною частиною якісної освіти, оскільки вона допомагає гарантувати дотримання студентами міжнародних стандартів і поведінки відповідним чином.

(iii) Відсутність стандартизованих методів діагностики

Відсутність єдиної прихильності в Україні до одного методу стандартної діагностики має глибокий вплив на рівень освіти і якість психологічних послуг, що надаються військовим і цивільним особам. У Сполучених Штатах Америки всі психологи навчаються за допомогою критеріїв DSM, які були клінічно перевірені за допомогою досліджень. Процес ліцензування також забезпечує, що *всі* практикуючі психологи мають знання і досвід з *тим же набором стандартів лікування*.

Через те, що українські психологи застосовують змінні діагностичні моделі і використовують особистий досвід, то лікування розладів, таких як посттравматичний синдром і зловживання психоактивними речовинами, значно відрізняється і може сприйматися по-різному залежно від професора. Крім того, військова академія застосовує різні міжнародні класифікації і методи лікування в діагностиці. Це має значення при порівнянні досліджень і передової практики в Україні для більш широкої міжнародної аудиторії. Підтримуючи міжнародно визнані стандарти практики та діагностики, знання методології перевершує мовні бар'єри і сприяє співпраці між народами.

(iv) Ліцензування

Однією з головних цілей ліцензування в психології являється оцінка *знань* психолога або знання основних психологічних принципів (соціальні / біологічні основи поведінки, оцінки, діагностики) та забезпечення, щоб вони отримали належну освіту, навчання, досвід і нагляд (Дітманн). У США ви не можете практикувати без ліцензії, і ліцензія повинно регулярно оновлюватися («Як стати психологом», 2014). Крім того, отримання добровільної професійної сертифікації демонструє їх *компетентність*





в області спеціалізації, визначаючи наскільки добре психолог *використовує* свої знання («Важливість професійної сертифікації»). Ці заходи введені в дію, щоб гарантувати якість послуг.

В Україні в даний час не існує системи ліцензування, тому ми отримуємо повністю кваліфікованих практикуючих психологів після завершення їх ступеня бакалавра, немає формального правового механізму за допомогою якого можна було б навчати, реєструвати, регулювати або стандартизувати освітню та професійну діяльність психологів. Це піднімає питання про те, *хто* кваліфікований для забезпечення допомоги, як вони будуть надавати її і для *кого*.

Крім того, додавши до цих ускладнень, відповідно до українського законодавства **тільки лікарі можуть практикувати психотерапію та ставити діагнози**; однак, українські лікарі не отримують достатньої освіти і навчання психотерапевтичних методів на практиці, як психотерапевти відповідно до міжнародних стандартів. Це означає, що лікарі, які ставлять діагнози, переважно лікують за допомогою ліків. Навпаки, українцям, які отримали міжнародну акредитацію психотерапевтів, не дозволено законодавством ставити діагнози або практикувати в Україні.

5. Система психологічної підтримки українських військових

У відповідь на збільшення психологічних випадків в результаті війни в Україні, психологи в МО зрозуміли, що вони повинні мобілізувати швидко і більше не можуть надавати психологічні послуги за допомогою існуючих застарілих формальних механізмів. Отже, психологічна підтримка, яку отримують солдати, зосереджена в ході розгортання, з обмеженою підготовкою або відновленням до і після розгортання відповідно.

Як наголошується в Керівництві НАТО з психології для керівників і практикується у військовій системі США, функціонуюча структура психологічної допомоги включає в себе стаціонарних медичних працівників з вивчення поведінки у фазах **перед, під час і після розгортання** військових дій (STANAG 2565, 2011). Ці системи ефективно знижують бар'єри для підтримки і схвалення продовження догляду серед військовослужбовців.

В даний час, психологічна підтримка в Україні протягом усього циклу розгортання не стандартизована і значною мірою спирається на використання психологів з мінімальним акцентом на профілактику та виявлення.

(і) Перед розгортанням

Як вже говорилося вище, гарна якість підготовки перед розгортанням має неоціненне значення для формування відповідних очікувань, створення міцної групової динаміки (основа взаємної підтримки), ознайомлення членів підрозділу з можливими стресовими факторами розгортання та використання психіатрів і наявних формальних механізмів підтримки (STANAG 2565, 2011).





В Україні однак в даний час не існує систематизованого підходу до впровадження психологічної підготовки або підтримки. Хоча військовослужбовці беруть участь в бойовій підготовці, ніякого формального акценту немає на тимблдинг або групову згуртованість. На перший погляд українські військові академії включають в себе психологію як частину їх навчальної програми, але командири і солдати в значній мірі не знають і не готові до можливого психологічного стресу і наступних реакцій. Це проявляється у великій кількості самозвітів щодо зловживання алкоголем і наркотиками, наданих членами сімей і групами добровольців, і у стійкій стигмі навколишньої психологічної допомоги.

Існує також відсутність спеціалізованої підготовки керівництва щодо обов'язків в підрозділі і індивідуальної готовності до розгортання військових дій. Командири, здається, не надмірно стурбовані психологічним благополуччям свого підрозділу і не цінують життєво важливу роль в психологічній придатності і мотивації.

Можливо, найбільш згубним наслідком упущення психологічної освіти та навчання є те, що воно обходить створення експертної підтримки, однієї з найбільш ефективних форм психологічної першої допомоги (STANAG 2565, 2011). Без командної згуртованості, довіри і відкритих ліній зв'язку, спроби взаємної підтримки заважають, затримують ріст природного процесу психологічного оздоровлення. Перед розгортанням бойових дій психологічна готовність має першорядне значення, оскільки вона забезпечує основу для систем психологічної підтримки і може зменшити ймовірність розвитку побічних реакцій на стрес під час розгортання (STANAG 2565, 2011).

В даний час докладаються зусилля для створення програм, спрямованих для розвитку психологічної готовності і підготовки перед розгортанням військових дій. Психологічна кризова служба, неурядова організація, яка співпрацює з Міністерством оборони, створила навчальну одноденну програму для членів підрозділу, яка охоплює такі теми, як мотивація, стрес і реакції під час бою, домінуючий вплив російських ЗМІ, а також включає в себе вправи для тимблдингу (див. Додаток С для отримання додаткової інформації щодо їх програм).

Тим не менше, подібні програми не є впровадженою структурою у військових і, таким чином, не всі військовослужбовці мають рівний доступ до професійної підготовки, чий масштаб і ефективність також обмежується одноденним терміном. Довіра і дружба не зміцняться протягом 24-годинного періоду, і навчальні матеріали складені на основі тематичних досліджень та особистого досвіду, а не на основі **фактичних даних, методів дослідження міжнародного масштабу.**

(ii) Розгортання бойових дій

Під час розгортання, НАТО Психологічне керівництво для керівників впродовж циклу розгортання бойових дій (2011) вказує, що підтримка з боку колег є ефективною формою першої психологічної допомоги після травматичної події. Звертаючись до членів підрозділу наступні події в групі





або з особами, які поділилися досвідом, дозволяють членам підтримувати один одного, допомагаючи нормалізувати стресові реакції (STANAG 2565, 2011). Це також дозволяє членам спостерігати один за одним і допомагає визначити осіб, схильних до ризику, які проявляють постійні психологічні симптоми. Формальні втручання психіатрів відбуваються під час останньої лінії оборони з очікуванням, що військовослужбовці повернуться до своїх обов'язків (STANAG 2565, 2011 року).

Українська система, здається, робить протилежне, покладаючись на використання психологів замість підтримки з боку колег. Така залежність є результатом сформованої психологічної культури в українських військових, де командири не знають про психологічну придатність членів їх підрозділу. Це відштовхує солдатів від обговорення їхніх проблем між собою або зі своїми командирами, виводячи психологів на перший план.

Однак, війна продовжується і поведінкові зміни почали проявлятися під час служби і після повернення військовослужбовців, психологи в Міністерстві оборони зрозуміли, що нова система психологічної підтримки є необхідною.

Для вирішення нагальної потреби в **кваліфікованих професійних військових психологах**, Міністерство оборони посприяло в співпраці між військовими та цивільними психологами для створення стратегії, як краще надавати психологічні послуги українським військовослужбовцям. Починаючи з травня 2014 року, Міністерство оборони організувало систему запиту, в результаті чого кожен батальйон має призначеного «психолога», відповідального за контакт з Міністерством оборони і який може надати психологічну підтримку. Коаліція військових, цивільних та волонтерських психологів створила Соціально-психологічний центр (СПЦ) під командуванням Збройних Сил України як координуючий орган для цих питань.

СПЦ надсилає психологів у зону антитерористичної операції (АТО), лікарні і сім'ям у скорботі. Крім того, вони також організують тричотириденні навчальні семінари для військових психологів і психологів-добровольців, багато з яких були психологами під час Майдану, пропонуючи спеціалізовану підготовку при посттравматичному синдромі, травми і стресі. СПЦ також запустив інформаційну кампанію для солдатів, намагаючись викрити потенційні фактори стресу і пояснити їх.

Ця система працює з використанням двох до трьох психологів, які не надають звичайні послуги. Ці психологи мобільні і реагують на кризові ситуації. Спочатку мобільні психологічні підрозділи зосереджені на батальйонах, які понесли важкі бої і збитки від нещасних випадків. Підрозділи будуть призвані на військову базу, у відповідь на те, що «психолог» вважатиме травматичною подією. Прибувши на місце, психологи спочатку консультуватимуть командирів щодо психологічного стану членів їх підрозділів, які в значній мірі не в змозі забезпечити цю оцінку, і на основі зауважень запропонують курс лікування, орієнтуючись на кризове втручання та навички, отримані в першій психологічній допомозі.





Кризове втручання складається з короткострокової психотерапії після травматичної події, де підрозділи мають від однієї до трьох ток-сесій з солдатом. Основними цілями є стабілізація емоційних реакцій солдата і направлення пізнавальних процесів, щоб мінімізувати психологічну травму. Можуть бути організовані дебрифінги для групи, які психологи проводять тільки тоді, коли група вважається «стабільною». Підрозділи проводять від двох днів до одного тижня на базі, перш ніж перейти до наступної групи. Соціально-психологічний центр розпочав діяльність з приблизно 47 психологами, і до вересня 2014 року, коли була сформована Психологічна кризова служба, не вистачало психологів для ротації, що призвело до значного напруження на членів мобільних підрозділів.

Керівництво військовими частинами не було готове мати справу з несприятливими психологічними реакціями окремих осіб, які генерують значну невизначеність серед солдатів. Військовослужбовці не довіряли і продовжують не довіряти, та скептично налаштовані щодо психологів, що витікає з недовіри до їх старших командирів, які просили допомоги у психологів.

Цей фактор очевидно підриває ефективність мобільних психологічних підрозділів. Тим не менш, вони продовжують працювати в першу чергу з солдатами на передовій лінії, а також надавати підтримку постраждалим військовослужбовцям, сім'ям загиблих воїнів і демобілізованим.

Українська система психологічної підтримки під час розгортання бойових дій стикається з трьома проблемами **а) відсутність підтримки з боку колег, б) несумісні догляд та доступність психологічної служби, і с) надмірні очікування від психологів.**

(а) Відсутність підтримки з боку колег

Обходячи процес взаємної підтримки після травматичної події, українська система підриває значну роль неформальних механізмів підтримки в першій психологічній допомозі і ініціює природне відновлення серед членів підрозділу.

Як наслідок керівництво не надає підтримки колегам, військовослужбовці втрачають довіру до керівництва і психологів, тому члени військових частин часто залишаються сам на сам і не бажають спілкуватися не тільки з професіоналами в області психічного здоров'я, але найголовніше між собою. Оскільки Україна рідко використовує неофіційні психологічні методи, такі як підтримка з боку колег, військовослужбовці, ймовірно, хочуть більш формальні засоби психологічного втручання, так як вони не вдаються до природного оздоровлення.

Підтримка колег є захисною мірою, яка допомагає зменшити ймовірність розвитку несприятливої психологічної стрес-реакції (STANAG 2565, 2011). Важливо практикувати активні психологічні заходи, ніж постійно використовувати реактивні методи для лікування солдат. Якщо





члени підрозділу мають можливість відновитися природно, тоді буде необхідно менше формальних механізмів психологічної підтримки.

(b) Несумісні догляд та доступність психологічної служби

Оскільки наявність психологів - ще не впроваджена послуга у військовій структурі, військовослужбовці можуть розглядатися урядовими, цивільними та волонтерськими психологами. Мається на увазі, що якість психологічних послуг є суперечливою або однаково доступною серед військовослужбовців; людям можуть не приділяти уваги, якщо їх керівництво не має співпраці з Соціально-психологічним центром або іншою волонтерською групою. Якість допомоги, яку вони отримують, може залежати від групи лікування і кваліфікації окремого психолога.

Крім того, інтерпретація того, що вважається травматичною подією належить командирі, який відповідає за ініціювання контакту з психологами. Це означає, що, залежно від компетенції офіцера, який може визначити ознаки психологічного дистресу, і наявності психологів, військовослужбовці, котрі відчувають негативні стресові реакції, можуть не мати доступу до надання якісних послуг, які вони вимагають.

(c) Надмірні очікування від психологів

Українська військова система в значній мірі спирається на використання психологів, щоб надати психологічну підтримку. Ця система, можливо, була вироблена в результаті поганої підготовки офіцерів і низького рівня психологічної обізнаності всіх військовослужбовців, у тому числі команди. Тим не менш, переважна присутність психологів робить згубний вплив на готовність військовослужбовців шукати психологічної підтримки. Через стигми у пошуку психологічної підтримки, військовослужбовці побоюються, що їхні колеги та товариші будуть вважати їх слабкими, або що потенційні роботодавці не найматимуть їх.

Замінюючи психологів на підтримку колег / друзів, психологи знаходяться на передньому краї у військовій і цивільній культурі, де люди не довіряють психології. Постійна ротація психологів створює бар'єр, який відштовхує багато військовослужбовців від звернення за допомогою, тому що вони не хочуть бути предметом висміювання, не мають часу розвинути відносини довіри, або не знають про психологічні наслідки їх поведінкових симптомів. Військовослужбовці вважають, що, зустрівши психолога, у них вже є психологічна проблема; поговорити неофіційно з іншими членами підрозділу, які пережили ту ж подію буде набагато легше, ніж звернутися до психолога в офіційній обстановці.

(iii) Після розгортання: Повернення до сімейного життя

На відміну від американської системи, не існує жодного відповідного процесу відбору або континууму психологічної допомоги для повернення військовослужбовців в Україні. Як правило, після завершення бойових дій військовослужбовці направляються в Київ і заповнюють медичні протоколи, викладені у Міністерстві оборони, але немає необхідного





психологічного скринінгу або декомпресії військовослужбовців, і вони відправляються додому. Солдати хочуть чим швидше повернутися додому і як правило не зацікавлені в участі в процесі декомпресії або скринінгу, не підозрюючи про те, що їх психологічний стан може вплинути на їх поведінку і здатність до успішної реінтеграції в мирне життя.

Тим не менш, є прогрес; хоча Соціально-психологічний центр орієнтований в основному на надання невідкладної допомоги під час розгортання, вони створили три-денну програму декомпресії у співпраці з неурядовою організацією Психологічною кризовою службою в спробі вирішити цю потребу.

Декомпресія в основному допомагає нейтралізувати стресові реакції за допомогою гіпнозу, методики дихання, когнітивно-поведінкової терапії та інших методів лікування на індивідуальному і груповому рівнях, щоб допомогти членам підрозділу у вираженні своїх емоцій і досягнення катарсису (див Додаток С для отримання більш докладної інформації). Психодинамічні методи інтегрують вчення Фрейда, Адлера, Юнга, Ненсі Мак-Вільямса та інших сучасних психоаналітичних теорій. Протягом усього процесу психологи не проводять психологічного тестування або скринінгу (використовуючи протоколи ICD) до третього дня, тому що військовослужбовці не довіряють психологам і не хочуть відкрито говорити з ними.

Ускладнюючим фактором може бути те, що психологи не можуть з юридичної точки зору проводити солдатам діагноз, оскільки вони не є лікарями; психіатри в лікарнях ставлять більшість діагнозів. Тим не менш, відповідно до протоколу США і НАТО, методи скринінгу розробляються для раннього виявлення групи ризику осіб, створення механізму для моніторингу симптоматики і пропонування додаткової підтримки при необхідності (Градус Дж ; STANAG 2565, 2011). За цим стандартом, український підхід є недостатнім, оскільки навіть якщо скринінг проводиться (що буває рідко), немає достатнього послідовного виконання або системи рекомендацій для підтримки визначених груп ризику персоналу.

Вдома військовослужбовець повинен піти у їх місцевий військовий центр і зареєструвати себе як ветеран, щоб почати отримувати винагороди. Після реєстрації, його архіви стану здоров'я (у тому числі психологічна оцінка, якщо він був на обліку у психіатра у лікарні) повинні бути відправлені до місцевих лікарів, де військовослужбовець повторно пройде медичний огляд і йому буде призначено подальше лікування, якщо це необхідно.

У цьому і полягає виклик для системи; місцевий лікар повинен визначити, чи військовослужбовець вимагає психологічного лікування, оскільки лікарі загальної практики не належним чином навчені психотерапевтичними методами. Ця система також спирається на невдачі успішного транспортування медичного архіву солдата до місцевого лікаря.

Крім того, ускладнення виникають у процесі направлення військовослужбовців до інших місцевих психологів. Україні бракує





професійної мережі психологів, так як різні групи психологів в значній мірі не знають про практику інших психологів і практиків у галузі психічного здоров'я.

Є чотири основних проблеми, з якими стикається система після завершення бойових дій в Україні: **a) несистемна система після закінчення бойових дій, b) нечітка юрисдикція, c) гіпердіагностика посттравматичного стресового розладу, і d) відсутність професійної мережі.**

(a) Несистемна система після закінчення бойових дій

Є багато наслідків для не впровадження і систематизації психологічних оцінок після завершення бойових дій. Ці наслідки включають в себе погану ідентифікацію осіб у групі ризику, нерівну можливість доступу до якісних психологічних послуг, а також посилення стигми навколо психології.

Оскільки оцінки не є обов'язковими в Україні, невизначені особи у групі ризику не одержать психологічної підтримки, яку вони вимагають, і, отже, вони більш схильні до розвитку психічних розладів (Гібсон Л.). Це також відповідальність військовослужбовця, щоб шукати психологічної підтримки, якщо вони визнають свої поведінкові зміни, як психологічні симптоми.

В системі США стигма психологічних оцінок після завершення бойових дій зменшується, тому що оцінка є обов'язковою для всіх. Ці оцінки є основою для подальшої психологічної допомоги та ідентифікації осіб, схильних до ризику, і встановлення базової лінії для порівняння. У суспільстві, де українці не довіряють психології, здається мало імовірним, щоб вони почали лікування самостійно, ніж якби це було звичайною справою після завершення бойових дій.

(b) Нечітка юрисдикція

Розподіл відповідальності між Міністерством оборони і Службою ветеранів (при Міністерстві соціальної політики) для психологічного благополуччя після повернення військовослужбовців є нечітким, особливо на місцевому рівні. Очевидною є погана координація та співробітництво між двома міністерствами, особливо в випадках травмованих військовослужбовців у лікарнях, що негативно впливає на якість догляду за цими особами. Уряд запропонував створити орган для координації цих питань в рамках Національної ради оборони та безпеки України, проте ніякі дії поки не були прийняті у цьому зв'язку.

Крім того, Служба ветеранів має п'ять будівель, які функціонують в якості психологічних реабілітаційних центрів, але є плутанина, **кого** будуть лікувати, тобто які критерії повинні бути дотримані, щоб бути допущеним, і які психологічні розлади вони повинні лікувати; **хто** працюватиме там, тобто яка кваліфікація і спеціальна підготовка психіатра вимагається для того, щоб працювати в цьому центрі; і **які** стандарти медичної допомоги та





діагностики будуть застосовуватися для лікування військовослужбовців. П'ять центрів розташовані в Київській області, і в даний час працюють сімейні і дитячі психологи, які не отримали ніякого спеціалізованого навчання в травматичній психотерапії. Існує значне дублювання обов'язків між двома міністерствами і, здавалося б, що обов'язки кожного міністерства повинні бути чітко розмежовані.

(с) Гіпердіагностика посттравматичного стресового розладу і гіподіагностика Гострого стресового розладу (ГСР)

До війни посттравматичний стресовий розлад був невідомим розладом і в значній мірі відсутня суспільна та професійна свідомість. У ході війни, психічні наслідки військового травми стали очевидними, і посттравматичний стресовий розлад стає більш знаний. Тим не менш, це призвело до збільшення кількості «діагнозів» посттравматичний стресовий розлад, заснованих на різних, а часом суб'єктивних діагностичних критеріях і стандартах, створених українськими психологами. Це загальне, в значній мірі необгрунтоване припущення, що більшість військовослужбовців, які повертаються з фронту з ознаками стресу, страждають від посттравматичного стресового розладу.

Стрес реакції є нормальним явищем після отримання травми, і не всі початкові симптоми будуть зберігатися. Посттравматичний стресовий розлад класифікується як синдром хронічного стресу і може бути діагностований тільки через місяць після отримання травми (Американська психіатрична асоціація, 2013). До цього несприятливі реакції на стрес класифікуються як ГСР; діагноз ГСР має високу прогностичну валідність і надалі розвивається в ПТСР, якщо його не лікувати (Гібсон Л.).

У результаті неефективних протоколів скринінгу, люди з ГСР можуть бути не ідентифіковані і не отримують лікування, що може привести до високої захворюваності осіб з ПТСР після ГСР. Тим не менш, слід розуміти, що відповідно до Асоціації ветеранів США, тільки від 10 до 14% військовослужбовців, починаючи з війни в Перській затоці в даний час страждають від посттравматичного стресового розладу (Гібсон Л.), демонструючи, що ПТСР відчувають менша підгрупа осіб.

Це важливо, тому що Україна розробляє протоколи скринінгу, засновані на міжнародних стандартах для визначення психологічних розладів точно, так як наслідки бездіяльності або неправильного діагнозу може бути шкідливим для психічного здоров'я людини.

(d) Відсутність кваліфікованої професійної мережі

Хоча Україна має уявну довідкову систему психологів, в цілому відсутня ефективна професійна мережі серед психологів. Це видно через відсутність обізнаності між психологічними групами і організаціями про те, що вони роблять і те, які стандарти діагностики вони застосовують. Відсутність професійної мережі є проблематичною, оскільки немає професійного форуму, в якому можна було б обмінятися передовим досвідом, скоординувати зусилля і зменшити надмірність. Це також може





перешкоджати впровадженню міжнародних стандартів у професії психолога, так як різні групи використовують різні стандарти.

Аспект будучи кваліфікованим психологом визнає, що ви можете потребувати лікування самі. Існує серйозна проблема, так як психологи та інші фахівці з охорони психічного здоров'я також зазнали травм у війні і не шукають підтримки, що в свою чергу може негативно позначитися на їх професійній діяльності.

Таким чином, відсутність кваліфікованої професійної психологічної мережі є супутнім чинником для змінного рівня якості послуг, відсутності рівного доступу до послуг серед психологічних кадрів, а також особистого і професійного захисту для психологів. Ліцензування буде правильним рішенням, де всі практикуючі психологи будуть дотримуватися одного набору стандартів і керівних принципів, практикуючих.

(e) Капелани

Українська Православна Церква Київського патріархату, Українська греко-католицька церква та інші конфесії мають, на прохання Міністерства оборони України, організованих капеланів для надання послуг солдатам. Капелани не є членами збройних сил і направлені їх церквами до лінії фронту на ротаційній основі протягом місячного періоду, де вони пропонують духовне керівництво і підтримку військовослужбовців.

Так як релігія відіграє велику роль в українському суспільстві, багато солдатів (і їх сімей) відчувають себе більш комфортно, спілкуючись із священником, ніж з психологом, який допомагає зменшити стигму пошуку психологічної підтримки. Священники страждають від нестачі кваліфікованої підготовки, щоб ідентифікувати психологічні стресори, які знижують їх потенційну ефективність в ранньому виявленні проблем та призначенні відповідного лікування.

Деякі священнослужителі продовжують служіння для солдатів після завершення бойових дій, а якщо військовослужбовець після повернення додому бажає продовжити спілкування зі священником, тоді церква, як правило, організовує відвідування священником військовослужбовця на дому. Міноборони не бере участі в діях капеланів після звершення бойових дій, хоча є деяка координація на місцевому рівні між парафіяльними священниками і послугами, які надаються Міністерством соціальної політики.

III. Практичні рекомендації

Протоколи США і НАТО надають керівництво про можливу допомогу для подальшого розвитку військової психології в Україні. Їх сліпе застосування навряд чи буде ефективним. Програми підтримки і допомоги повинні враховувати український контекст, наприклад, сильну соціальну стигму навколо психічного здоров'я і їхній досвід незвичайного конфлікту. Це динамічний процес, і українські військові адаптуються досить швидко в складних умовах.





Таким чином, нижче рекомендації слід розглядати в якості пропозицій щодо зміцнення можливої національної / військової стратегії для психічного здоров'я, де уряд, у тому числі Міністерство оборони, може підтримати військових у реалізації нової інституційної структури психічного здоров'я в Україні. Рекомендації охоплюють різні теми, такі як **регулювання, освіта, стандартизація, інституціоналізація та підвищення обізнаності громадськості**. Важливо, щоб відповідні державні структури брали участь у підтримці систематичних змін.

1. Нормативні питання

Існуюча правова база, яка регулює психологічну практику, є змішаною, тому важливо, щоб Україна представила **чіткі і послідовні нормативні параметри** для освіти і практики психології, визначаючи роль психіатрів в системі охорони здоров'я України. Це допоможе розрізнити юридичні обов'язки психолога від юридичних обов'язків психіатра і дозволить розвиватися психології в якості професії. Основні питання, включаючи класифікацію психіатрів, яким дозволено проводити діагностику і хто має право практикувати психотерапію, повинні бути вирішені. Український уряд повинен дозволити тільки міжнародно акредитованим психологам, соціальним працівникам, психіатрам та іншим спеціалістам практикувати і вчити психотерапевтичним методам після отримання відповідної підготовки та освіти. Після того, як буде створена міцна правова база, можуть послідувати відповідні зміни в освіті, ліцензуванні та стандартизації.

2. Освіта

Повинні бути розроблені нові освітні програми, які відповідатимуть прийнятним на міжнародному рівні академічним стандартам. **Всесвітньо підтверджені, науково-обґрунтовані діагностичні моделі**, такі як поточні версії DSM або МКБ, повинні бути включені в університетські програми і застосовуватися в клінічних умовах. Правила повинні передбачати, що тільки університетам з міжнародно акредитованими програмами і персоналом дозволяється навчати студентів. Некваліфіковані викладачі очевидно впливають на якість психологічних послуг, що надаються в професійній сфері.

Іноземні фахівці у військовій психології можуть навчити психологів, як вести відповідні психологічні інтерв'ю і методів в діагностиці, в тому числі визнаних методів лікування захворювань, таких як посттравматичний стресовий розлад, депресію і наркоманію, і як взаємодіяти з пацієнтами.

Навчальні програми орієнтовані на основних методах скринінгу і стратегії кризового втручання повинні включати в себе допоміжні групи, такі як капелани, які були б актуальні і мали б вирішальне значення для боротьби зі стигмою в Україні, так як вони можуть сприяти діалогу між громадянським і військовим населенням з професійним сектором. Враховуючи ефективність показану на сьогоднішній день з боку послуг духовенства, що надаються деякими конфесіями, це може бути корисно, щоб





допомогти Міноборони у створенні такої служби в лавах збройних сил. Надання духовенству **базової підготовки у виявленні психологічних стресорів** може допомогти порозумітися із особами у групі ризику на початку і ефективного вести лікування.

«Програми навчання тренерів» повинні бути розроблені для усунення прірви в наданні якісних психологічних послуг для військовослужбовців, а також цивільних осіб з метою реалізації стійких, довгострокових програм, які інституціоналізують ці зміни і програми. Український Католицький Університет в даний час працює над використанням з міжнародною акредитацією, трирічною СВТ програмою щодо травми в Інституті психічного здоров'я. Майбутня співпраця з програмами, які вже роблять ефективну роботу, може бути найбільш ефективним способом, щоб швидко прийняти значимі зміни.

3. Ліцензовані професіонали

Впроваджуючи ліцензування фахівців-психологів є життєво важливим для забезпечення підзвітності в застосуванні та забезпеченні дотримання стандартів. Ліцензування переконає громадськість, що психологи володіють відповідним рівнем знань та клінічного досвіду, що всі психологи дотримуються єдиних стандартів практики та діагностики, отриманих від науково обгрунтованих досліджень, і що зловживання службовим становищем може бути санкціоноване. Ці протоколи лікування вже існують; це просто спосіб їх реалізації.

Крім того, **створення реєстру ліцензованих психологів** зробило б психологів підзвітних громадськості; публічний реєстр психологів, які кваліфіковані для надання послуг, дозволить керівним органам забезпечення дотримання стандартів. Важливо відзначити, що ліцензування буде вимагати від усіх психологів бути акредитованими при *одному* комплексі стандартів, на відміну від нинішньої ситуації, коли будь-яка група може встановити і слідувати своїм власним протоколам.

4. Стандартизація

Стандартизація психологічних протоколів і практик має вирішальне значення для координації навчальних і лікувальних зусиль в Україні. Для того, щоб отримати ліцензію, стандарти лікування й практики вводяться на рівні освіти і залишаються постійним протягом процесу освіти. Ліцензування гарантує, що психологи знають і компетентні у використанні цих стандартів у своїй практиці.

Представлені єдині стандарти в Україні можуть значно поліпшити **три основні напрямки: методи лікування, збір даних і міжнародний вплив.**

(i) Методи лікування

Стандартизація методів лікування може усунути поточну практику суб'єктивно-обгрунтованих протоколів і непослідовності серед





психологічних груп, де повинні застосовуватися стандарти замість введення оцінки і протоколів лікування на основі фактичних даних. Об'єднуючи психологічні практики в рамках єдиного набору стандартів, українські психологи можуть більш ефективно **зосередитися на тому кого лікувати, а не на те, як їх лікувати**. Важливим аспектом діагностичних моделей є надійність, або здатність тесту або оцінки показати аналогічні результати після декількох застосувань (МакЛеод, 2013).

Цей принцип складається з двох частин: внутрішньої і зовнішньої надійності. Внутрішня надійність оцінює логічність тесту або оцінки, у той час як зовнішня надійність відноситься до зміни мір під час застосувань (МакЛеод, 2013). Особливе значення для українського контексту має принцип зовнішньої надійності; він оцінює різні здібності оцінювачів, щоб забезпечити послідовну оцінку одного і того ж розладу («Використовуючи глобальне оцінювання»). Використання діагностичних керівництв значно знижує мінливість в діагностиці серед практиків психічного здоров'я, забезпечуючи якість психологічних послуг.

У той час як заманливо вірити, що прийняття цих рекомендацій буде реформувати систему психології, насправді порушена систематична зміна є своєчасним процесом, який не повинен бути поспішним. Ці рекомендації призначені для вирішення тривалих змін, які ми сподіваємося використовувати в якості основи нової системи, але в той же час, прогалини в системі можна подолати за допомогою освіти та підготовки професій «середнього класу», так званих поведінкових помічників.

(ii) Збір даних

Реалізація єдиних стандартів психологічної практики також сприятиме збору якісних даних. Україна не має сильну **дослідницьку культуру**, яка в подальшому закріпиться за допомогою неоднорідних протоколів лікування. Стандартизація практики дозволить ефективно лікування для порівняння і оцінки, а також створення національної бази даних, надання статистики про поширеність розладів, таких як депресія, ПТСР та зловживання психоактивними речовинами. Це дозволить українцям відстежувати психологічні тенденції з плином часу, оцінювати свої зусилля і вплив на сектор психічного здоров'я, а також взаємодіяти і порівнювати їх з інформацією з міжнародними колегами.

(iii) Досвід міжнародного спілкування

Крім того, стандартизація практики **сприятиме здатності України взаємодіяти та співпрацювати з міжнародними інституціями**. Ці міжнародні партнерства мають життєво важливе значення для викриття українських фахівців у кращих міжнародних практиках. Україна має унікальну можливість пройти важкий процес розвитку психічного здоров'я, який інші країни подолати, і застосувати знання в українському контексті. Крім того, впровадження стандартів допоможе зробити Україну привабливим варіантом для іноземних вчених і фахівців, щоб приїхати





працювати, виконувати дослідження та передавати передовий досвід, оскільки вони будуть використовувати ту ж методологію.

5. Впровадження протягом усього циклу розгортання військових дій

Для того, щоб оновити українські військові психологічні послуги, не можна просто заявити, що психологи повинні стати частиною військової системи і повинні бути прийняті протоколи НАТО і США. Українська система в значній мірі залежить від психолога, тому що не існує обізнаності військової культури або прийняття принципів психологічної придатності та готовності розгортання, або відкритих ліній зв'язку у вигляді підтримки з боку колег.

Таким чином, психологи і військове керівництво повинні отримати підготовку і навчання того, що таке психологічна придатність і що тягне за собою готовність до розгортання, і як ці два важливі чинники впливають один на одного. Натівське Психологічне керівництво для керівників впродовж циклу розгортання бойових дій (яке вже перекладене українською Захистом патріотів) може бути введене в навчання у військовій академії в якості командної посади, або як курс підготовки керівників.

Зокрема у **фазі перед розгортанням**, це керівництво може підтримати керівників, які збираються розгортатися з підрозділами, а також може бути доповнене протоколами державної політики (STANAG 2565, 2011). Необхідно, щоб військове керівництво брало участь у психологічному покращенні членів їх підрозділу, сприяючи неформальним механізмам підтримки з боку колег по зміцненню довіри через відкриті лінії зв'язку, так як це може знизити стигму та бар'єри спілкування між військовими.

З метою підтримки військових керівників в забезпеченні своїм підрозділам психологічної придатності та готовності до розгортання повинна успішно функціонувати система **формальних механізмів підтримки**, які надаються кваліфікованими психологами. По-перше, українські військові повинні знати строгі практики прийому на основі кваліфікації та досвіду психолога, які будуть регульовані прийняттям стандартів і протоколів ліцензування. Далі, українські психологи повинні отримати підготовку в тому, як управляти оцінками скринінгу під час виявлення зловживання психоактивними речовинами, ПТСР та депресії, поряд з іншими порушеннями. Ці протоколи скринінгу є першим кроком у виявленні осіб в групі ризику та активації варіантів профілактичної допомоги.

Нарешті, важливо, щоб військовослужбовці відвідували психологів протягом усього **циклу розгортання** для того, щоб солдатам було комфортно в їх присутності, для зміцнення відносин і подальшого зниження стигми (STANAG 2565, 2011). В ідеалі, залежність від психологів в якості першої лінії оборони повинна поступатися взаємній підтримці колег. Однак психологи повинні залишатися поряд, щоб запропонувати керівництво і підтримку на прохання керівника, а в крайніх випадках, ініціювати формальні механізми підтримки для членів групи (STANAG 2565, 2011).





Тільки тоді психологи можуть бути **останньою лінією підтримки**, а не першою.

У фазі **після розгортання** бойових дій слід створити формальний період декомпресії і систему безперервного догляду. Це включає в себе реалізацію обов'язкових оцінок для ПТСР, токсикоманії і депресії у конкретні терміни для того, щоб контролювати симптоматику протягом довгого часу. Мета цієї системи повинна полягати в виявленні осіб, схильних до ризику, і забезпечити їх постійною, довгостроковою системи підтримки, що буде адаптуватися до їх мінливих потреб. Найголовніше, впроваджені психологи також повинні забезпечити, щоб **усі** військовослужбовці мали однаковий доступ і можливість для формальних механізмів підтримки.

Через стандартизацію та регулювання професії психолога, **професійна мережа психологів** допоможе створити надійну мережу пацієнтів серед місцевого населення, де військові психологи з впевненістю направляли б пацієнтів до місцевих психологів, і навпаки, де місцеві лікарі могли б направляти своїх пацієнтів до надійних психологів.

6. Стигма боротьби: Стратегічний зв'язок

Стигма, пов'язана з психічним здоров'ям, глибоко вкоренилася в українському суспільстві в результаті недовіри до психологів і системи охорони психічного здоров'я. Скептицизм мабуть виник від тиску суспільства, недостатньої інформації про психологію серед населення і можливою несумісною і ненадійною природою поточних психологічних втручань. Однак, коли молоді, працездатні чоловіки і жінки повертаються додому фізично здоровими, а психологічно травмованими, здається, зсув відбувається у свідомості суспільства.

Як свідчить гіпердіагностика ПТСР і гіподіагностика ГСР, **інформування громадськості та інформаційна кампанія** можуть бути корисним в орієнтації українців щодо базової симптоматики, лікування та доступних послуг для вирішення спільних психічних розладів. Навчаючи громадськість, неправильні уявлення про розлади можуть бути протиставлені з фактами, розумінням наявних методів лікування і їх основа може усунути підозри, а інформація про кваліфікації практикуючих може подолати недовіру, хоча ми віримо, що колись реалізуються стандарти, які допоможуть узаконити професію.





Додаток А

Короткий зміст навчання та акредитації, необхідних для американських психологів, щоб практикувати психологію.

Підготовка і акредитація американських психологів

За інформацією АРА, щоб отримати ступінь доктора філософії, кандидат повинен пройти основний навчальний курс, практику, захистити дисертацію, пройти стажування і аспірантуру за вимогами університету (Діттманн). Після отримання доктора філософії, випускники повинні отримати ліцензію, щоб практикувати. Ліцензування оцінює *знання* основних психологічних принципів (соціальних / біологічних основ поведінки, оцінки, діагностики) і повинне регулярно оновлюватися («Як стати психологом», 2014).

Середні вимоги для отримання ліцензії складаються з 2000 годин наглядних клінічних годин стажування і 2000 годин післядокторської роботи; прохідного балу на Іспиті для професійної практики в галузі психології (EPPP), який перевіряє знання в багатоваріантному форматі; і, якщо необхідно, складання іспиту з юриспруденції (Діттманн). Крім того, багато психологів бажають отримати добровільну професійну сертифікацію, яка демонструє компетентність в області спеціалізації і наскільки добре психолог відноситься до своїх знань, забезпечуючи якісні послуги. («Важливість професійної сертифікації»).





Додаток В

Короткий зміст Інституту психічного здоров'я в Українському католицькому університеті (Львів) та їх майбутні проекти.

Український Католицький Університет (УКУ) є частиною інтегрованої мережі католицьких університетів по всьому світу. Він має зв'язує і поділяє ресурси з провідними європейськими та північноамериканськими університетами. Афілійованим інститутом є Інститут психічного здоров'я (ІПЗ) на чолі з Олегом Романчуком, який акредитований Європейською асоціацією когнітивних поведінкових терапій (ЕАСВТ). Науковим партнером ІПЗ є Когнітивний навчальний центр, Оксфорд, і разом вони допомагають навчати потенційних психологів методів СВТ, а також проводити свої власні проекти та послуги.

Студенти навчаються згідно з протоколами ЕАСВТ і отримують навички як використовувати DSM-V, щоб поставити діагноз. ІПЗ також переклали критерії DSM-IV для ПТСР і дитячих розладів і керівні принципи для ПТСР на українську мову, описуючи як проводити оцінку і тактику раннього розпізнавання. Це може бути важливим кроком на шляху надання допомоги Україні в стандартизації своїх психологічних практик.

УКУ та ІПЗ працює, щоб довести до кінця і інші проекти, які стосуються психології в Україні. Наприклад, УКУ співпрацював з західними університетами і створив Школу відновлювальної медицини для навчання українських фізіотерапевтів та трудотерапевтів у відповідності з провідними західними методиками реабілітації.

В рамках магістерської програми у фізичній реабілітації, Школа відновлювальної медицини створює амбулаторну клініку фізичної реабілітації, де солдати (і цивільні особи) можуть отримувати якісні фізичні і психологічні оцінки і підтримку в регульованих умовах, наголошуючи на перевагах взаємної підтримки.

ІПЗ також зацікавлений у створенні робочої групи з психологічною освітою та ліцензуванням. Студенти будуть вивчати відповідний матеріал кваліфікованими практикуючими, що створить стандарт переваги серед психологів, роблячи це не просто назвою, але досягненням.

ЕАСВТ стандарти навчання та акредитації: <http://eabct.eu/training-and-accreditation/training-supervision-and-accreditation-standards/>

Когнітивний навчальний центр, Оксфорд: <https://www.octc.co.uk>





Додаток С

Підсумок психологічних програм підтримки Психологічної кризової служби, які проводяться протягом усього циклу розгортання

1. Психологічна підготовка перед розгортанням бойових дій

Програма навчання перед розгортання є експериментальною програмою, яка проводиться в окремих військових базах з військовослужбовцями, хоча вони також починають навчати офіцерів. Одноденний курс складається з вправ для тимблдинга, інформації про можливі стресові фактори розгортання, як нормалізувати стресові реакції, як підтримувати себе і як повернутися до сімейного життя після розгортання. Програма заснована на особистому досвіді психолога в зоні бойових дій і на рекомендаціях від колег у США, Ізраїлі, Польщі, Чехії та Грузії.

Програма спеціально охоплює вісім тем: мотивація, бойовий стрес і реакція, перша психологічна допомога після травматичних подій, стресу та алкоголю, саморегулювання / самопомога, домінуючий вплив російських ЗМІ, об'єднання групи, спілкування та запобігання конфліктів (вправи для тимблдингу) і стресори після розгортання (перехід до мирного життя і реінтеграція з родиною). Одним з головних причин введення стресорів після розгортання є те, що психологи не знають, чи члени підрозділу будуть отримувати допомогу після розгортання і хочуть використати час для навчання.

2. Навчання військовополонених

ПКЦ також створив спеціальну підготовку в тому, як вести себе в ситуаціях з військовополоненими і як взаємодіяти з цивільними особами на Донбасі на основі їх досвіду в АТО. Навчання військовополонених здійснюється через створення моделі ситуації, щоб допомогти військовослужбовцям зрозуміти, які почуття вони могли відчувати і як спілкуватися зі своїми викрадачами.

Особливий компонент навчання також приділяє особливу увагу розвитку навичок, щоб захистити пости охорони. Це спеціалізоване навчання визначається психологами залежно від їхнього досвіду в АТО, які брали участь в цих неоднозначних ситуаціях, коли виникає конфлікт. Навчання включає в себе візуальні оцінки загроз та управління погрозами, у тому числі поліпшення уваги, пам'яті і як діяти в ситуаціях високого тиску.

3. Короткострокова психологічна реабілітація для солдатів під час ротації

Ця програма була створена, щоб зорієнтувати військовослужбовців на коротку відпустку під час ротації. Ці заняття тривають три-п'ять днів (залежно від того, як довго вони були в АТО) і складаються з чотирьох етапів:

- 1) опитування групи, використовуючи психодинамічні підходи,





2) методи терапії для тіла (арт-терапія, дихання, спеціалізовані масажі, СВТ),

3) нормалізації стресових реакцій шляхом стабілізації реакції організму на емоції, і

4) стресори після розгортання, у тому числі, як взаємодіяти з сім'єю, поводитися із засобами масової інформації, а також зміни в мирному житті.

Тільки після того як психологи закінчили свої заняття, вони намагаються виконати будь-які оцінки скринінгу. Три дні це мінімальна кількість часу, необхідного для поставлення діагнозу, так як психологи часто відчувають, що військовослужбовці не довіряють їм і повинні намагатися побудувати відносини з ними протягом цього короткого періоду. Психологи повинні наголосити, що вони використовують оцінки, щоб запропонувати рекомендації, а не ставити діагнози.





Додаток D

Підсумок протоколів психологічного відбору після розгортання бойових дій, які застосовуються у збройних силах США

Психологічна підтримка після розгортання бойових дій

У Сполучених Штатах Америки Міністерство оборони (МО) створило систему безперервного моніторингу здоров'я для повернення солдатів, яка складається з трьох частин: оцінка здоров'я після розгортання (PDHA), переоцінка здоров'я після розгортання (PDHRA) і Періодична оцінка здоров'я (PDA) (Стернс, 2007).

PDHA є обов'язковим активним інструментом для оцінки скринінгу для всіх солдатів, які повертаються з бойових дій, призначеним для оцінки фізичного і психічного здоров'я військовослужбовця, вплив розгортання та інших пов'язаних з розгортанням проблем зі здоров'ям (Андервуд). Що стосується психічного здоров'я, PDHA оцінює бажання військовослужбовців отримати допомогу щодо депресії, суїцидальних ідей, пост-травматичного стресу і агресивної ідеї (Андервуд). Якщо військовослужбовці мають ознаки даних психічних розладів, то психіатр може офіційно оцінювати людей і запропонувати подальші варіанти лікування.

PDHRA другий необхідний інструмент для оцінки скринінгу, який використовується через 3-6 місяці після розгортання (Стернс, 2007). Він визнається як критичний період, коли несприятливі психологічні симптоми стають очевидними, і призначений для виявлення військовослужбовців в зоні ризику, що вимагають подальшої оцінки, навчання і скринінгу (Стернс, 2007).

PDA щорічний процес моніторингу охорони здоров'я, необхідний для всіх осіб, які проходять службу, і кадрового резерву, який оцінює поточні проблеми зі здоров'ям, професійні ризики та потреби в профілактичній медичній допомозі (Стернс, 2007). В рамках безперервного догляду, це дозволяє психіатрам проводити моніторинг та показати загальний стан здоров'я військовослужбовців.





Список використаної літератури:

- About the Society for Military Psychology. (n.d.). Retrieved from <http://www.apadivisions.org/division-19/about/index.aspx>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Chiacchia, K. (n.d.). Military Psychology - the psychology of military organization, the psychology of military life, the psychology of combat. Retrieved from <http://psychology.jrank.org/pages/422/Military-Psychology.html>
- Dittmann, M. (n.d.). What You Need to Know to Get Licensed. Retrieved from <http://www.apa.org/gradpsych/2004/01/get-licensed.aspx>
- EACBT Accreditation. (n.d.). Retrieved from <http://eabct.eu/training-and-accreditation/accreditation/>
- Gibson, L. (n.d.) Acute Stress Disorder. Retrieved from <http://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/early/acute-stress-disorder.asp>
- Gradus, J. (n.d.). PTSD: National Center for PTSD. Retrieved from <http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd-overview/epidemiological-facts-ptsd.asp>
- How to Become a Psychologist. (2014, January 8). Retrieved from <http://www.bls.gov/ooh/life-physical-and-social-science/psychologists.htm#tab-4>
- McLeod, S. (2013). What is Reliability?. Retrieved from <http://www.simplypsychology.org/reliability.html>
- Military Committee Medical Standardization Board. (2011, March 3). STANAG 2565 MEOSTD (Edition 1) - A Psychological Guide for Leaders Across the Deployment Cycle.
- Ready and Resilient Campaign: Embedded Behaviour Health. (2013, August 13). Retrieved from http://www.army.mil/standto/archive_2013-08-13/
- Stearns, S. (2007). Your: PDHA, PDHRA and PHA: Why it Matters. *The Magazine of Force Health Protection and Readiness*, 2(2), 3.
- Summers, F. (2008). Making Sense Of The APA: A History Of The Relationship Between Psychology And The Military. *Psychoanalytic Dialogues*, 18(5), 614-637. doi:10.1080/10481880802297665





The Importance of Board Certification. (n.d.). Retrieved from <http://www.abpp.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3291>

Underwood, P. K. (n.d.). Pre- and Post-Deployment Health Assessment Process. Retrieved from <http://fhp.osd.mil/pdhrainfo/media/slidesonly.pdf>

Using the Global Assessment of Functioning Scale to Demonstrate the Importance of Inter-rater Reliability. (n.d.). Retrieved from <http://www.apa.org/ed/precollege/undergrad/ptacc/inter-rater-reliability.aspx>

Інтерв'ю:

Олег Романчук – лікар-психотерапевт, директор Інституту психічного здоров'я, Львів, Україна

Катя Фастовець – психолог, Психологічна кризова служба, Київ, Україна

Наталія Мас – психолог, Київська військова академія, Київ, Україна

Сергій Дмитрієв – священник, Київський Патріархат

Полковник Сергій Грилюк - головний психолог, Міністерство оборони, Соціально-психологічний центр, Київ, Україна

Полковник Джеффри Ярвіс - ліцензований соціальний працівник, доктор філософії, Старший офіцер з оперативних питань Карл Р. Дарнелл Військово-медичний центр, армія США

Підполковник Тодд Йосік – ліцензований соціальний працівник, працює в Воєнно-медичній службі, начальник медичної служби і у зв'язку з Міністерством оборони та Управлінням ветеранів, армія США

Вільям Саттерфілд – клінічний психолог, Міністерство охорони здоров'я США, керуючий агентства охорони здоров'я, психологічний офіс здоров'я, армія США

